

Kleinstäuber
Thomas
Witthöft · Hiller



Kognitive Verhaltenstherapie

bei medizinisch unerklärten
Körperbeschwerden
und somatoformen
Störungen

**inkl. CD
mit
sämtlichen
Materialien**

Maria Kleinstäuber – Petra Thomas –
Michael Witthöft – Wolfgang Hiller

**Kognitive Verhaltenstherapie
bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden
und somatoformen Störungen**

Maria Kleinstäuber – Petra Thomas –
Michael Witthöft – Wolfgang Hiller

Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen

Dr. Maria Kleinstäuber
Psychologisches Institut
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Wallstraße 3
55122 Mainz

Dipl.-Psych. Petra Thomas
Bethesda Spital AG
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Gellertstraße 144
4020 Basel, Schweiz

Dr. Michael Witthöft
Psychologisches Institut
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Wallstraße 3
55122 Mainz

Prof. Dr. Wolfgang Hiller
Psychologisches Institut
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Wallstraße 3
55122 Mainz

ISBN-13 978-3-642-20107-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg
Lektorat: Annette Allée, Dinslaken
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Coverbild: deblik Berlin
Satz: Fotosatz Detzner, Speyer
SPIN: 80040769

Gedruckt auf säurefreiem Papier 26/2126 – 5 4 3 2 1 0

Für Annelies und Dr. Gerd Kleinstäuber,
Elisabeth und Rudolf Schneider

(M. K.)

Geleitwort

Somatoforme Störungen waren gerade im Bereich der Psychotherapieforschung eher ein »Stiefkind«. Betrachtet man die hohe Anzahl an Therapiestudien zum Bereich Depression oder Angsterkrankungen, so erstaunt, wie wenig Vergleichbares aus dem Bereich somatoformer Störungen vorliegt. Dies ist umso bedenklicher, da somatoforme Störungen mindestens vergleichbar häufig zu Depressionen und Angsterkrankungen sind und gerade in Deutschland durch das große Netz an psychosomatischen Kliniken viele Menschen mit solchen Erkrankungsbildern sogar stationäre Behandlung erhalten. Aber auch im ambulanten Setting gibt es hohen Behandlungsbedarf, um zu vermeiden, dass betroffene Personen hilflos von einem Facharzt zum nächsten, von der traditionellen Medizin zu Alternativverfahren und zurück oder zu anderen Heilsversprechern wechseln.

Vor diesem Hintergrund ist es besonders erfreulich, dass endlich ein deutsches Behandlungsmanual für eine psychologisch fundierte, empirisch abgesicherte Intervention vorgestellt wird. Während zwar in der Vergangenheit zunehmend Behandlungsleitfäden entwickelt wurden, fehlte doch bis zuletzt ein ausführliches Behandlungsmanual, das konkrete Schritte des therapeutischen Vorgehens beschreibt, dazu Arbeitsmaterialien anbietet und alles auf einer guten empirischen Fundierung beruht. Zusätzlich enthält das vorliegende Buch zahlreiche Hintergrundinformationen, die für ein besseres Verständnis der Erkrankung als auch für eine adäquate Behandlung notwendig sind. Der Behandlungsleitfaden stellt dem Leser zahlreiche Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung, um Patienten für einen psychotherapeutischen Zugang zu motivieren. Die oftmals eher organisch orientierten Patienten mit somatoformen Störungen erhalten leicht verständliche und gut akzeptierbare Informationen und begleitende Verhaltensexperimente, die die komplexe Vernetzung von körperlichem Wohlbefinden und seelischen Prozessen verdeutlichen. Damit erhält das Problem, das früher manchmal unbewältigbar erschien, plötzlich einen Lösungsweg: Wie gewinne ich diese Patienten für Psychotherapie?

Die Autorengruppe ist hierbei bestens ausgewiesen, ein solches Behandlungsmanual zu erstellen: Ihre Erfahrungen basieren nicht nur auf jahrelanger praktischer Tätigkeit in diesem Bereich, sondern unter der gleichen Erstautorenschaft wurde auch eine vielbeachtete Metaanalyse zur Behandlung somatoformer Störungen erstellt und veröffentlicht. Somit fließen in das vorliegende Manual nicht nur viele praktische Erfahrungen ein, sondern auch das theoretische Wissen über viele andere Behandlungsversuche in diesem Bereich.

Vor diesem Hintergrund ist dem Buch vor allem zu wünschen, dass es den ihm zustehenden Erfolg erhalten möge. Für den praktischen Psychotherapeuten stellt es eine entscheidende Hilfe dar, um mit dieser oftmals als schwierig empfundenen Patientengruppe gut akzeptable und erfolgreiche Behandlungsschritte durchzuführen. Durch die Manualisierung werden jedoch auch dem Psychotherapieforscher neue Wege eröffnet: Hier ist der Behandlungsweg, an dem sich andere messen lassen müssen, und auch therapeutische Neu- und Weiterentwicklungen sind an dem Manual von Kleinstäuber et al. zu messen. Dies ist der neue Standard der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen.

Deshalb wünsche ich dem Buch eine hohe Verbreitung, auch im Namen der vielen Patientinnen und Patienten, die davon profitieren können.

Marburg an der Lahn, im September 2011

Prof. Dr. Winfried Rief

Vorwort

Man darf das Schiff nicht an einen einzigen Anker und das Leben nicht an eine einzige Hoffnung binden.
(Epiktet, griechischer Philosoph, 50–138 n. Chr.)

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass körperliche Beschwerden, die in deutschen Hausarztpraxen untersucht werden, in der weit überwiegenden Zahl der Fälle medizinisch nicht erklärt werden können. Bis die Betroffenen eine adäquate Behandlung erhalten, die auch psychotherapeutische Maßnahmen einschließt, vergehen oft viele Jahre. In dieser Zeit durchlaufen viele Patienten langwierige – zum Teil unnötige, zum Teil sogar kontraindizierte – diagnostische Prozeduren und Behandlungen. Dabei sind sie in Gefahr, ihr Leben an eine **einzig**e Hoffnung zu binden – nämlich die Hoffnung auf eine endgültige Ursachenbekämpfung und Heilung ihrer Beschwerden. Diese Hoffnung wird leider allzu häufig enttäuscht und mündet in Frustration, Verzweiflung und Resignation.

Internationale Forschungsarbeiten zeigen, dass für diese klinische Gruppe eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung sehr vielversprechend ist. Sie vermittelt den Patienten eine neue Perspektive ihrer Beschwerden. Anstatt sich zurückzulehnen und passiv auf ein »Allheilmittel« zu hoffen, werden sie ermuntert und angeleitet, sich aktiv mit ihren Beschwerden und damit zusammenhängenden Problemen auseinanderzusetzen. Es gilt, selbst aktiv zu werden und zu lernen, trotz der Symptome wieder ein höheres Maß an Wohlbefinden zu erreichen. Damit soll neben der primären Hoffnung auf Heilung eine **neue** Hoffnung entwickelt werden – z. B. eine gute Lebensqualität trotz Symptomen aufrechtzuerhalten. In den letzten zwei Jahrzehnten hat die kognitive Verhaltenstherapie viele fruchtbare Ansätze für das Verständnis und die Behandlung medizinisch unerklärter Körperbeschwerden entwickelt. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen die Wirksamkeit dieser Behandlungsansätze. Doch trotz dieser vielversprechenden Befunde lag bislang noch kein veröffentlichtes Therapiemanual zur kognitiven Verhaltenstherapie somatoformer Beschwerden im deutschsprachigen Raum vor. Wir verbinden daher mit diesem Buch das Anliegen, dem Praktiker unsere Erfahrungen sowie die Erfahrungen anderer Arbeitsgruppen zugänglich zu machen.

Um dem Ziel der praxisnahen Gestaltung dieses Behandlungsprogramms gerecht werden zu können, stellen wir dem Leser eine Vielzahl von Arbeitsblättern, praktischen Übungen und dazugehörigen Instruktionstexten sowie Fragebeispielen zur Gestaltung der Therapiesitzung zur Verfügung. Dies ist in einen Überblick aktueller epidemiologischer, ätiologischer sowie diagnostischer Hintergrundinformationen zu medizinisch unerklärten Körperbeschwerden eingebettet. Das vorliegende Buch ist daher nicht ausschließlich ein therapeutisches Hilfsmittel für die psychologischen bzw. psychotherapeutischen Kollegen, sondern richtet sich zugleich an Ärzte im ambulanten wie auch stationären Behandlungssetting, die mit Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden arbeiten.

Wie es das – aus der Mongolei stammende – Sprichwort »Mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen« treffend zum Ausdruck bringt, entstand auch dieses Buch nicht in Alleinarbeit, sondern stellt das Produkt einer fruchtbaren und bereichernden Zusammenarbeit der vier Autoren dar. Besonderen Dank richten wir an Prof. Dr. Winfried Rief und Dr. Gaby Bleichhardt von der Universität Marburg für ihre vielseitigen Anregungen und fachkompetente Unterstützung. Zudem danken wir insbesondere Dipl.-Psych. Carina Grama, Dipl.-Psych. Ann Christin Krämer und Dr. Fabian Jasper, ohne deren Mitarbeit die aufwendige Wirksamkeitsevaluation dieses Behandlungsprogramms nicht umsetzbar gewesen wäre. Besonderen Dank sprechen wir aber vor allem den Patienten aus, die aufgrund ihrer Beschwerden unseren Behandlungsschwerpunkt »Somatoforme Störungen« der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz aufgesucht, uns ihr Vertrauen geschenkt und mit dem Ausfüllen vieler Fragebögen enorm viel Unterstützung geleistet haben. Wir bitten in diesem Zusammenhang insbesondere unsere **Leserinnen** – diejenigen, die selbst von medizinisch unerklärten Körperbeschwerden betroffen sind, sowie unsere Kolleginnen – um Verständnis, dass wir um

der Lesbarkeit willen in diesem Text das generische Maskulinum verwenden und nicht Frauen und Männer separat als geschlechtliche Wesen charakterisieren.

Mit dem vorliegenden Buch möchten wir dazu beitragen, dass die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen optimiert wird, also die Betroffenen frühzeitig adäquat diagnostiziert werden und zeitnah die passende Behandlung erhalten. Wir sind uns bewusst, dass auf diesen Schritt noch viele weitere folgen müssen – in der Forschung wie auch in der Praxis.

Mainz, im Herbst 2011

Maria Kleinstäuber, Petra Thomas, Michael Witthöft und Wolfgang Hiller

Inhaltsverzeichnis

1	Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	1
1.1	Phänomenologie	2
1.1.1	Die Verzweiflung der Frau O.	2
1.1.2	Die Leiden des Herrn Z.	3
1.2	Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft	3
1.2.1	Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung«	4
1.2.2	Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte	5
1.2.3	Zukunft: Somatoforme Störungen im DSM-5	6
1.3	Diagnostik	7
1.3.1	Diagnostische Klassifikationskriterien nach dem DSM-IV und der ICD-10	8
1.3.2	Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden	11
1.3.3	Differenzialdiagnostische Abgrenzung	12
1.3.4	Weitere diagnostische Verfahren	14
1.4	Epidemiologie	16
1.4.1	Prävalenz	16
1.4.2	Soziodemographische und transkulturelle Besonderheiten	18
1.4.3	Komorbidität	20
1.4.4	Verlauf	21
1.4.5	Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten	22
2	Störungstheorien, Modelle und Konzepte unerklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen	25
2.1	Konzept der somatosensorischen Verstärkung	26
2.2	Kognitiv-behaviorale Störungsmodelle	26
2.3	Kognitionspsychologisches Modell	27
2.4	Psychobiologisches Filtermodell	29
2.5	Modell der klassischen Konditionierung somatoformer Beschwerden	30
2.6	Mechanismus der zentralen Sensitivierung	32
2.7	Physiologische und psychophysiologische Faktoren bei Somatisierung	32
2.8	Interpersonelles Modell der Somatisierung	33
2.9	Psychoanalytische und tiefenpsychologische Konzepte	34
2.10	Ausblick: Dysfunktionale Emotionsregulationsprozesse bei somatoformen Beschwerden	35
2.11	Ätiologie und Pathogenese somatoformer Störungen nach aktuellem Kenntnisstand: Ein integratives Modell	35
3	Therapieansätze für unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	37
3.1	Psychotherapie und sonstige psychologische Behandlungsansätze	38
3.1.1	Kognitiv-verhaltenstherapeutische und verhaltensmedizinische Ansätze	38
3.1.2	Entspannungsverfahren und Biofeedback	41
3.1.3	Reattributionstraining	42
3.1.4	Tiefenpsychologisch fundierte Therapieansätze	43
3.1.5	Interpersonelle Therapieansätze	44
3.1.6	Sport- und Bewegungstherapie	45
3.2	Psychopharmakotherapie	45
3.3	Wirksamkeitsevidenz für verschiedene Therapieansätze bei unerklärten Körperbeschwerden	46
3.3.1	Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen und verhaltensmedizinischen Interventionen, Reattributionstraining und Entspannungsverfahren	46
3.3.2	Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierten Therapieansätzen	48
3.3.3	Wirksamkeit von interpersonellen Therapieansätzen	49
3.3.4	Wirksamkeit von Sport- und Bewegungstherapie	49

3.3.5	Wirksamkeit von psychopharmakologischer Therapie	49
3.4	Schlussfolgerungen für zukünftige kognitive Verhaltenstherapie bei unerklärten Körperbeschwerden	50
4	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzeltherapiekonzept für Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden:	
	Grundlagen und Eingangsphase	51
4.1	Einführung in die Struktur des Manuals	52
4.1.1	Anwendung des manualisiert-strukturierten Vorgehens im Praxisalltag: Chancen und Probleme	52
4.1.2	Empfehlungen für therapeutische Schwerpunktsetzungen bei der Behandlung monosymptomatischer funktioneller Syndrome	55
4.2	Eingangsphase der Therapie	56
4.2.1	Erstkontakt und Therapieerwartungen des Patienten	56
4.2.2	Besonderheiten im weiteren Verlauf	62
5	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzeltherapiekonzept für Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden: Therapeutische Phase	65
5.1	Modul 1: Behandlungsmotivation	66
5.1.1	Sitzung 1	66
5.2	Modul 2: Stress und Stressbewältigung (Teil 1)	67
5.2.1	Sitzung 2	67
5.2.2	Sitzung 3	70
5.3	Modul 3: Aufmerksamkeit	74
5.3.1	Sitzung 4	74
5.3.2	Sitzung 5	77
5.3.3	Sitzung 6	79
5.4	Modul 4: Bewertungsprozesse	81
5.4.1	Sitzung 7	81
5.4.2	Sitzung 8	84
5.4.3	Sitzung 9	87
5.4.4	Sitzung 10	89
5.4.5	Sitzung 11	92
5.5	Modul 5: Krankheitsverhalten	94
5.5.1	Sitzung 12	94
5.5.2	Sitzung 13	96
5.5.3	Sitzung 14	98
5.5.4	Sitzung 15	100
5.6	Modul 6: Stress und Stressbewältigung (Teil 2)	102
5.6.1	Sitzung 16	102
5.6.2	Sitzung 17	104
5.6.3	Sitzung 18	107
5.6.4	Sitzung 19	110
5.7	Modul 7: Störungsmodell	112
5.7.1	Sitzung 20	112
5.8	Kasuistik	114
6	Evaluation des Einzeltherapiekonzepts	119
6.1	Merkmale der behandelten Patienten	120
6.2	Auswertung klinischer Skalen	120
6.3	Patientenzufriedenheit	124
	Arbeitsblätter	128
	Literatur	190
	Stichwortverzeichnis	196

Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen

- 1.1 Phänomenologie – 2**
 - 1.1.1 Die Verzweiflung der Frau O. – 2
 - 1.1.2 Die Leiden des Herrn Z. – 3
- 1.2 Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft – 3**
 - 1.2.1 Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung« – 4
 - 1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte – 5
 - 1.2.3 Zukunft: Somatoforme Störungen im DSM-5 – 6
- 1.3 Diagnostik – 7**
 - 1.3.1 Diagnostische Klassifikationskriterien nach dem DSM-IV und der ICD-10 – 8
 - 1.3.2 Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden – 11
 - 1.3.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung – 12
 - 1.3.4 Weitere diagnostische Verfahren – 14
- 1.4 Epidemiologie – 16**
 - 1.4.1 Prävalenz – 16
 - 1.4.2 Soziodemographische und transkulturelle Besonderheiten – 18
 - 1.4.3 Komorbidität – 20
 - 1.4.4 Verlauf – 21
 - 1.4.5 Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten – 22

1.1 Phänomenologie

Patienten mit somatoformen Symptomen weisen Körperbeschwerden auf, für die trotz ärztlicher Untersuchung kein bzw. kein ausreichender organischer Befund nachweisbar ist. Dieses einleitende Kapitel gibt einen tieferen Einblick in das Erscheinungsbild, die Diagnostik und Epidemiologie somatoformer Störungen. Zum Einstieg sollen zwei Fallbeispiele einen Eindruck davon vermitteln, wie heterogen die therapeutische Ausgangslage bei Patienten mit medizinisch unklaren Körperbeschwerden aussehen kann.

1.1.1 Die Verzweiflung der Frau O.

Frau O. fühlt sich am Rande eines Nervenzusammenbruchs. Mit weit nach oben geschraubten Erwartungen nimmt sie heute erstmalig einen Termin bei einer Psychotherapeutin wahr. Diese wurde ihr von ihrem Hausarzt empfohlen. Bisher hatte Frau O. keinerlei Kontakt zu Psychiatrie und Psychotherapie.

Als Frau O. im Erstgespräch darum gebeten wird, ihre Beschwerden zu schildern, platzt es aus ihr heraus: »Zuallererst möchte ich betonen, dass ich KEIN psychisches Problem habe! Ich habe seit langer Zeit Rückenschmerzen, und der Rücken hat ja mit der Psyche wohl herzlich wenig zu tun. Na, und neben meinem Rücken wäre da mein vegetatives Nervensystem, das total spinnt. Dass mich mein Hausarzt nun zu Ihnen überwiesen hat, finde ich nicht wirklich gut. Ich komme mir ein wenig abgeschoben und nicht ernst genommen vor. Klar gehen diese ganzen körperlichen Beschwerden mit der Zeit an die Substanz und zehren auch an meinen psychischen Kräften, doch glauben Sie mir, wenn mein Körper normal funktionieren würde, dann wäre ich der glücklichste Mensch auf dieser Welt. Ich weiß zwar nicht, wie Sie als Psychologin mir jetzt in dieser Angelegenheit helfen wollen, doch in der Not greift man ja bekanntlich nach jedem Strohalm, der vor einem auftaucht.«

Frau O. ist 43 Jahre alt, geschieden, allerdings liiert und Mutter einer 11-jährigen Tochter, die aus einer früheren Beziehung stammt. Sie ist selbstständig als Physiotherapeutin tätig. Derzeit mit einem Pensum von 60%. Mehr schaffe sie einfach nicht, obwohl sie auf das Geld eigentlich angewiesen sei.

Sie klagt über »höllische Rückenschmerzen«, die das erste Mal vor 3 Jahren aufgetreten seien. Seit letztem Sommer werde sie permanent, d. h. täglich von diesen Schmerzen geplagt, die auch in andere Körperbereiche ausstrahlen würden (Nacken, Oberarme und Hüfte). »Sie können sich gar nicht vorstellen, wie das ist! Ich bin wirklich am Ende.«

An weiteren Beschwerden schildert Frau O. Folgendes: »Ich schwitze wie verrückt und weiß nicht, warum. Meine Hände und Füße sind oft eiskalt. Außerdem bin ich total schnell erschöpft. Oft fühle ich mich nach geringster Anstrengung wie Blei. Auch schlafen tue ich nicht mehr gut. Immer wieder wache ich wegen der Schmerzen auf und kann dann nicht mehr einschlafen. Entsprechend fühle ich mich morgens dann wie gerädert. Nein, das ist wirklich kein Leben mehr. Wenn ich mir vorstelle, dass das nun die nächsten 40 Jahre so weitergehen soll, na dann gute Nacht!«

Auf die Frage hin, was sie denn bisher alles unternommen habe, um die Beschwerden abklären und behandeln zu lassen, antwortet Frau O. wie folgt: »Zu viel! Ich verstehe das einfach nicht. Kein Arzt kann mir sagen, was ich habe. Das kann doch nicht wahr sein! In den letzten 3 Jahren bin ich bestimmt bei mindestens 20 verschiedenen so genannten Experten gewesen, doch ich habe das Gefühl, dass jeder mit mir überfordert ist und mich wie einen Schwarzen Peter dem nächsten Spezialisten zuschiebt. Wie gesagt, keiner nimmt mich ernst, und man gibt die Verantwortung einfach weiter. Langsam habe ich das Vertrauen in die Medizin verloren. Und, was meinen Hausarzt angeht, von dem bin ich maßlos enttäuscht. Wissen Sie, der hat es sich ziemlich einfach gemacht. Mich zu Ihnen weitergereicht und mir irgend so eine Psycho-Pille verschrieben, die angeblich die Schmerzen lindern soll. Und, was ist passiert? Ich habe diese Tablette 3 Wochen lang eingenommen, wie es empfohlen wird, doch wegen der starken Nebenwirkungen habe ich dann wieder damit aufgehört. Wissen Sie, ich war nicht mehr ich selbst. Wie ein Zombie bin ich durch die Gegend geschlichen. Das kann ja wohl nicht Sinn der Sache sein. Nein, nein, dann ertrage ich lieber die Schmerzen, als so benebelt zu sein. Abgesehen mal davon, ein Leben lang Pillen zu schlucken, das kann ja wohl auch nicht die Lösung meines Problems sein.«

Befragt nach psychosozialen Belastungen reagiert Frau O. abweisend, ja fast schon empört. Mit verschränkten Armen und aufgedrehter Lautstärke ergreift sie das Wort: »Jetzt versuchen Sie bitte nicht, mich zu analysieren! Meine Kindheit war glücklich, und ich habe da nix aufzuarbeiten. Ich bin auch nicht traumatisiert oder sonst wie gestört. Ich habe ein wunderbares Kind und einen Partner, der für mich da ist. – Glauben Sie mir, ich habe mein Leben im Griff, mal abgesehen von den üblichen Problemen, die jeder mit sich so herumschleppt, und eben diesen verdammten Schmerzen. Ich hatte ja gehofft, dass Sie mir sagen können, wo die herkommen, aber mittlerweile befürchte ich, dass das hier in eine ganz falsche Richtung geht.«

Das Erstgespräch endet ernüchternd und offen bezüglich des weiteren Kontaktes. Frau O. müsse sich noch einmal genau überlegen, ob ihr das hier was bringe, denn »so Gespräche allein, das ist der falsche Ansatz.« Wie auch

immer ihre Entscheidung ausfallen wird, sie werde sich innerhalb der nächsten Woche telefonisch melden.

Die Therapeutin notiert: »vorläufige Diagnose gemäß ICD-10: Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)«.

1.1.2 Die Leiden des Herrn Z.

Herr Z. ist 54 Jahre alt, in zweiter Ehe verheiratet und hat zwei (wie er sagt) »bezaubernde« Töchter im Alter von 15 und 17 Jahren. Er ist erfolgreicher Geschäftsmann in leitender Position eines Kleinunternehmens (Branche: Lebensmittelindustrie). Sein Job bedeute ihm viel und verlange auch einiges an Einsatz. Oft arbeite er über 60 Stunden in der Woche, sei viel unterwegs, manchmal auch am Wochenende. Er sei froh, dass seine Familie da vollstes Verständnis für ihn habe und ihn unterstütze, wo sie könne. Traurig finde er es natürlich, dass er gewisse Dinge des Familienalltags nicht mitbekomme und wenig Zeit mit seinen Kindern verbringen könne. »Doch das ist wohl der Preis, den ich zahlen muss.« Herr Z. gibt an, sehr sportlich zu sein und sich gerne beim Badminton auszupowern. Das praktiziere er schon seit über 30 Jahren und sei auch Mitglied in einem Verein. Bisher habe er sich auch immer bester Gesundheit erfreut: »Ein Krankenhaus habe ich noch nie von innen gesehen. Ach doch, als Besucher natürlich, aber nie als Patient.«

Vor etwas mehr als 6 Monaten habe sich sein Gesundheitszustand plötzlich schlagartig geändert. »Wie aus dem Nichts« seien diverse Magen-Darm-Beschwerden aufgetaucht: »So ein seltsames Ziehen. Manchmal auch nur ein massives Druckgefühl.« Nachdem die Beschwerden nach 2 Wochen immer noch nicht von selbst verschwunden waren, konsultierte Herr Z. seinen Hausarzt. Dieser empfahl ihm, einen Gastroenterologen aufzusuchen, was Herr Z. auch tat. Das Untersuchungsergebnis lautete: »ohne pathologischen Befund«. Auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten wurden als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen. Auf der einen Seite war Herr Z. beruhigt, doch auf der anderen Seite ließ ihn der Befund etwas ratlos zurück. »Na, und jetzt? Die Beschwerden sind doch da. Was soll ich dagegen tun?« Der Hausarzt wiederum empfahl Herrn Z., für mehr Entspannung im Alltag zu sorgen und auf seine »Work-Life-Balance« zu achten. Mit diesem Tipp konnte Herr Z. wenig anfangen, folgte schließlich dem Rat seiner Frau und probierte einiges an Naturheilmitteln aus. An seinem Lebensstil änderte Herr Z. jedoch nichts. »Stress im Job – das gehört nun mal dazu. Da kann ich nichts machen, außer Opfer bringen.« Nach einigen Wochen besserten sich in der Tat die Beschwerden, so dass Herr Z. glaubte, von seinen Leiden befreit zu sein.

Doch nun traten auf einmal andere, »sehr spezielle und komische Beschwerden in der Herzgegend« auf. Er

habe zwar noch nie in seinem Leben einen Herzinfarkt erlitten, und auch in seiner Familie habe es keine »Herzkranken« gegeben, dennoch werde er jedes Mal durch die Missempfindungen massiv verunsichert und frage sich, ob sein Herz nicht doch einen Schaden davontragen könne. Herr Z. berichtet, dass er schon immer in Stresssituationen mit massivem Herzklopfen und Spannungsgefühlen in der Brust zu kämpfen gehabt habe. Aufgrund seiner Sorge um die Gesundheit seines Herzens habe er bereits einige Herzspezialisten aufgesucht, diverse EKGs und andere, weit kostspieligere Untersuchungen durchführen lassen, doch jedes Mal habe man ihm gesagt: »Herr Z., Ihr Herz ist vollkommen in Ordnung. Machen Sie sich keine Sorgen.« Nur kurzfristig konnten ihn solche Aussagen beruhigen. Oft tauchten bereits Zweifel auf, sobald er die Praxisräume des Arztes verließ.

Herr Z. fühlt sich erneut hilflos. Das Badmintonspielen hat er vorübergehend eingestellt, »um mein Herz ein wenig zu schonen. Im Job ist es derzeit aufregend genug.« In einer Buchhandlung bleibt er kurz vor einem Regal mit Ratgebern aus dem Bereich der Psychologie stehen. Sein Blick schweift über das Angebot. Die Schlagwörter »Stress«, »Glück« und »Work-Life-Balance« erregen für einen Augenblick sein Interesse. »Vielleicht rufe ich doch mal diesen Psychologen an«, denkt sich Herr Z. und hetzt zum nächsten Geschäftstermin.

1.2 Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

Unterschiedlichste körperliche Beschwerden ohne klare organmedizinische Ursache, wie sie in den beiden vorangehenden Fallbeispielen geschildert wurden, bilden den Kern des Konzepts der somatoformen Störungen nach den international anerkannten Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10. Hierbei soll nicht verschwiegen werden, dass der Begriff der »**Somatisierung**« bzw. der »**somatoformen Störung**« in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten ist. Insbesondere im Bereich der Schmerzforschung wird die oftmals unklare Konzeptualisierung des Phänomens Somatisierung kritisiert und von der Verwendung zugunsten eines neutraleren Begriffs (z. B. körperliche Beschwerden/Symptome unklarer bzw. medizinisch unerklärter Genese) abgeraten (z. B. Crombez et al. 2009). Insgesamt befürchten viele Behandler, dass der Begriff »Somatisierung« bzw. »somatoform« von Patienten als stigmatisierend erlebt und fälschlicherweise mit »Einbildung« bzw. »Simulation« assoziiert werden könnte. Aus unserer Sicht ist diese Ambivalenz gegenüber dem Begriff »Somatisierung« in erster Linie auf eine Konfusion zwischen dem historischen Konzept der Somatisie-

1

rung (im Sinne eines psychodynamischen Konversionsprozesses) und der aktuellen Konzeptualisierung somatoformer Störungen als ätiologiefreie und operationale Definition körperlicher Symptome unklarer Genese (► Abschn. 1.3.1) zurückzuführen. Um diese Entwicklung besser nachvollziehen zu können, erläutern wir im Folgenden kurz die historischen Grundlagen des Begriffs »Somatisierung« bzw. »somatoform«, den aktuellen Gebrauch sowie zukünftige Änderungen im Hinblick auf das in Kürze zu erwartende neue Klassifikationssystem DSM-5.

1.2.1 Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung«

Das Phänomen medizinisch unerklärter körperlicher Beschwerden ist keineswegs ein Phänomen der Neuzeit oder der westlichen Industrialisierung (Eriksen et al. 2004), sondern aller Wahrscheinlichkeit nach so alt wie die Menschheit bzw. die medizinische Lehre selbst. So skizziert Morschitzky (2007), dass sich bereits in altägyptischen Aufzeichnungen Beschreibungen von Wahrnehmungsstörungen und diversen unerklärbaren Schmerzzuständen finden, die wir aus heutiger Sicht als »somatoform« bezeichnen würden.

In seinem Artikel zur Historie somatoformer Störungen weist Kapfhammer (2001) darauf hin, dass der Begriff der »Somatisierung« erstmals von Stekel (1908) verwendet wurde und aus einer psychodynamischen Sichtweise heraus den Ausdruck seelischer Konflikte auf organischer Ebene meinte. Allerdings geben Marin und Carron (2002) zu bedenken, dass der Begriff »somatization« das Produkt einer ungenauen Übersetzung des Buches von Stekel ins Englische ist (von J. van Teslaar). Ursprünglich verwendete Stekel selbst den Begriff »Organsprache«, um einen konversionsähnlichen Vorgang der Umwandlung starker Emotionen und psychischer Konflikte in Körpersymptome zu beschreiben. Stekel selbst verwendete erst 1935 explizit den Terminus »Somatisierung« (Stekel 1935, zit. nach Marin u. Carron 2002).

Als wichtigstes und ältestes Vorläuferkonzept somatoformer Störungen gilt die **Hysterie** (von griechisch »hystera«: Gebärmutter). Bereits im antiken Griechenland und Rom wurden nicht erklärbare Körpersymptome mit Abnormitäten im Bereich der Gebärmutter (z. B. Austrocknung aufgrund mangelnder sexueller Aktivität oder Herumwandern der Gebärmutter im Körper) in Verbindung gebracht (Morschitzky 2007). Zwangsläufig wurde die Hysterie als Störungsbild zu dieser Zeit als rein weibliches Beschwerdebild angesehen – eine Sichtweise, die sich erst später Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Sichtweise der Hysterie als primäre Erkrankung des Gehirns von Briquet, Charcot und Janet änderte. Im Mittelalter wurden hysteri-

sche Beschwerden fatalerweise mit Teufelswerk und dem Wirken des Bösen in Verbindung gebracht. Teufelsaustreibungen und Hexenverbrennungen resultierten aus dieser Sichtweise (Morschitzky 2007).

Das entscheidende Vorläuferkonzept der heutigen somatoformen Störungen (bzw. der Somatisierungsstörung im engeren Sinne) wurde Mitte des 19. Jahrhunderts von dem französischen Psychiater Pierre Briquet als »**Briquet-Syndrom**« vorgestellt (Briquet 1895). Wie Kapfhammer (2007) darstellt, handelt es sich bei Briquets Darstellung um eine bemerkenswert modern anmutende multifaktorielle Konzeptualisierung des heutigen Phänomens der Somatisierungsstörung, in der emotionale Einflüsse, familiäre Erfahrungen und psychosoziale Stressoren im Stile heutiger Diathese-Stress-Modelle bereits als relevante Einflussfaktoren benannt wurden.

Während sich Briquet primär der polysymptomatischen Variante somatoformer Beschwerden widmete, beschäftigten sich etwa zeitgleich der französische Neurologe Jean-Martin Charcot und später sein Schüler Pierre Janet primär mit monosymptomatischen, pseudoneurologischen Symptomen, die später als »**Konversionsstörung**« Eingang in die Klassifikationssysteme fanden. Revolutionär war hierbei die Erkenntnis, dass der Verlust bestimmter körperlicher Funktionen (z. B. Sehen, Hören oder willkürliche motorische Handlungen) in Zusammenhang zu starken emotionalen Zuständen (z. B. als Folge von Traumatisierungen) steht und auch unter Hypnose aktiv induziert werden kann (Kapfhammer 2001). Janet prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der »**Dissoziation**«, der eine Desintegration von mentalen Prozessen und Inhalten wie z. B. Erleben, Handeln oder Gedächtnis beschreibt. Die psychoanalytischen Konzepte von Breuer und Freud zur Hysterie und Konversion entwickelten sich unter dem Einfluss der Konzepte von Charcot und Janet. Allerdings fokussierte die Theoriebildung von Breuer und Freud (1893) zur Konversion später weniger auf den Charakteristika externer Traumata, sondern auf der eigenen Interpretation des Erlebten hinsichtlich Aversivität und Bedrohlichkeit und dem Ausmaß des hierdurch subjektiv erlebten inneren Konflikts. Konversionssymptome dienen nach diesem Ansatz der Kompromisslösung eines Konflikts zwischen Triebimpulsen und psychologischen Abwehrreaktionen (Kapfhammer 2001). Triebkonflikte, die auf traumatische Erlebnisse in biographisch frühen Lebensphasen zurückführbar sind, werden in späteren Lebensabschnitten zunächst erfolgreich verdrängt und können durch analoge Konflikte wieder aktualisiert werden. Erneute Verdrängung kann zu einer »Somatisierung« führen, was bedeutet, dass die Konflikte »symbolisch« in Körpersymptomen spürbar werden. Eine erschöpfende und ansprechende Darstellung der Historie somatoformer Störungen ist bei Morschitzky (2007) zu finden.

Auch in der Darstellung von Brown (2004), auf die wir weiter unten im Rahmen seines kognitionspsychologischen Modells somatoformer Beschwerden zurückkommen (► Abschn. 2.5), bilden die beiden Konzepte der **Dissoziation** und **Konversion** die beiden wichtigsten historischen Erklärungsansätze des aktuellen Somatisierungskonzepts medizinisch unerklärter körperlicher Symptome. Essenziell erscheint hierbei, dass bereits Janet (Janet 1889, zit. nach Brown 2004; Janet 1907) das Störungsbild der Hysterie als Folge einer direkten Störung des Aufmerksamkeitssystems aufgrund des Erlebens eines traumatischen Ereignisses konzeptualisierte. Hypnose und Suggestion stellten nach Janet wirksame Interventionen zur Modifikation der Dysfunktionen innerhalb des Aufmerksamkeitssystems dar. Interessanterweise gelten auch heute Veränderungen im Bereich von Aufmerksamkeits- und Arbeitsgedächtnisprozessen als zentral zur Erklärung von somatoformen Beschwerden (entsprechende aktuelle Modelle sind in ► Kap. 2 dargestellt).

Einer der ersten »modernen« Ansätze, Somatisierung operational zu definieren, stammt von Bridges und Goldberg (1985). Allerdings definieren die Autoren »Somatisierung« als Begleiterscheinung einer primären psychischen Störung. So nennen Bridges und Goldberg (1985) für die Diagnose Somatisierung vier notwendige Kriterien: ein ärztliches Inanspruchnahmeverhalten, einen somatischen Attributionsstil der Beschwerden, das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung sowie ein Ansprechen der somatischen Beschwerden auf die Behandlung der psychischen Primärerkrankung. Maßgeblichen Einfluss auf die heutige Sichtweise von Somatisierung bzw. auf die Konzeptualisierungen somatoformer Störungen hatte die viel zitierte Arbeit von Lipowski (1988), in der bereits eine multidimensionale Sichtweise von Somatisierung enthalten ist und perzeptuelle (Symptomerleben), kognitive (primäre somatische Ursachenattribution) und insbesondere verhaltensbezogene Merkmale (Suche nach medizinischer Hilfe) genannt werden. So beschreibt Lipowski Somatisierung als

» ... the tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them (Lipowski 1988, p. 38; zit. nach Stuart u. Noyes 1999). «

1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte

Gegenwärtig erfolgt die Definition und Konzeptualisierung der somatoformen Störungen in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling u. Freyberger 2000; World Health Organization 1992) und

dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-IV (American Psychiatric Association 2000; Saß et al. 2003) mit Ausnahme der Konversionsstörung weitgehend ätiologiefrei. Da der Begriff der Somatisierung jedoch ursprünglich aus der psychodynamischen Tradition stammt und eng mit einem Konversionsprozess verknüpft ist, entsteht eine Diskrepanz zwischen der aktuellen ätiologiefreien Definition und der fortdauernden Begrifflichkeit »Somatisierung« (wie beispielsweise in der Diagnose Somatisierungsstörung). Diese Diskrepanz ist einer der Hauptgründe für die wachsenden Ressentiments gegenüber dem Begriff Somatisierung. Als deutlich neutraler erweist sich hierbei der Oberbegriff der **somatoformen Störungen**, mit dem ausgedrückt wird, dass nicht eine tatsächliche somatische Erkrankung vorliegt, sondern die Symptomatik nur die »Form« einer solchen darstellt. Die somatoformen Störungen bilden gegenwärtig noch eine vergleichsweise heterogene Gruppe unterschiedlicher Störungsbilder, die von dem prototypischen Vollbild einer polysymptomatischen somatoformen Störung (in Anlehnung an das Briquet-Syndrom) mit multiplen Symptomen und diversen betroffenen Organsystemen (Somatisierungsstörung nach der ICD-10 und dem DSM-IV) über monosymptomatische Varianten (z. B. Konversionsstörung und somatoforme Schmerzstörung) bis hin zur Hypochondrie und körperdysmorphen Störung reichen (► Abschn. 1.3.1).

Da insbesondere das Vollbild der Somatisierungsstörung (und der Hypochondrie) im DSM-IV und in der ICD-10 sehr restriktiv formuliert ist, haben sich aus einem Forschungskontext heraus ergänzende diagnostische Konzepte entwickelt, denen größere Patientengruppen zugeordnet werden können. Das wohl bekannteste Konzept in dieser Hinsicht ist der »Somatic Symptom Index (SSI) – 4/6« von Escobar und Kollegen (1989). Nach dem SSI-4/6 liegt eine somatoforme Störung vor, wenn 4 (bei Männern) bzw. 6 Symptome (bei Frauen) berichtet werden. Ein ähnliches Konzept als Alternative zur Diagnose der undifferenzierten somatoformen Störung wurde von Kroenke und Kollegen (1997) beim Vorliegen von mindestens drei Symptomen unter der Bezeichnung »**multisomatoforme Störung**« formuliert. Innerhalb der deutschen Fassung des »Patient Health Questionnaires« (PHQ-D; Kroenke et al. 2002) wird von einem »**somatoformen Syndrom**« gesprochen, wenn während der letzten 4 Wochen insgesamt drei von 13 somatischen Symptomen als stark beeinträchtigend berichtet werden (Löwe et al. 2002). Im Bereich der Hypochondrie wurde von Fink und Kollegen ein weniger restriktives Konzept vorgestellt (Fink et al. 2004).

Ein Versuch, unterschiedliche Arten von Somatisierung inhaltlich zu differenzieren, stammt von Kirmayer und Robbins (1991), die eine Unterscheidung von »hypo-

chondriacal somatization«, »presenting somatization« und »functional somatization« vorschlagen. Das vorliegende Manual bezieht sich hierbei primär auf die letzte Variante der »funktionalen Somatisierung«, d. h. das Auftreten medizinisch aktuell nicht vollständig erklärbarer körperlicher Beschwerden, die nicht besser durch eine andere psychische Primärstörung (z. B. eine Panikstörung) erklärt werden können (»presenting somatization«) und die im Gegensatz zur Hypochondrie nicht lediglich die gesteigerte Wahrnehmung normaler Körpersensationen (z. B. des eigenen Herzschlags) darstellen (»hypochondriacal somatization«).

Eine weitere Unterscheidung von Rief und Hiller (1999) bezieht sich auf die Trennung von mono- vs. polysymptomatischen somatoformen Störungen. Als Beispiel für eine **monosymptomatische somatoforme Störung** kann das Reizdarmsyndrom (bzw. eine somatoforme autonome Funktionsstörung nach der ICD-10) angeführt werden, bei dem die Beschwerden in erster Linie auf den Gastrointestinaltrakt bezogen sind. Das Reizdarmsyndrom wird häufig auch als »funktionelles somatisches Syndrom« bezeichnet. Weitere Beispiele für derartige **funktionelle Syndrome** mit Schwerpunkt auf einer bestimmten Symptomatik bzw. einem bestimmten Organsystemen umfassen das chronische Erschöpfungssyndrom, das Fibromyalgiesyndrom, das prämenstruelle Syndrom, die idiopathische umweltbezogene Intoleranz (die früher als multiple chemische Sensitivität bezeichnet wurde) sowie der nichtkardiale Brustschmerz (für eine Übersicht über die funktionellen somatischen Syndrome siehe Wessely et al. 1999). Wir werden später im Rahmen der eigentlichen Behandlung nochmals auf Besonderheiten der funktionellen somatischen Syndrome zurückkommen (► Abschn. 4.1.2). Bei **polysymptomatischen somatoformen Störungen** sind dagegen mindestens zwei verschiedene Organsysteme oder Körperregionen betroffen. Als Prototyp einer polysymptomatischen somatoformen Störung wäre hierbei die Somatisierungsstörung nach dem DSM-IV und der ICD-10 zu nennen.

Zur Beschreibung einzelner somatoformer Symptome koexistieren derzeit diverse Begriffe. So plädieren einige Autoren vehement für den Begriff »Beschwerde« (englisch: »complaint«) im Gegensatz zu »Symptom«, um den subjektiven Charakter des Phänomens (im Gegensatz zu einem Krankheitssymptom, für das physiologische Evidenzen existieren) zu unterstreichen. Allerdings hat sich international der Terminus »medizinisch unerklärte Körpersymptome« (englisch: »medically unexplained [physical] symptoms« MU[P]S) eingebürgert.

Da gegenwärtig auch noch die Hypochondrie als Teil der somatoformen Störungen gilt, werden wir innerhalb des Manuals bisweilen von »symptombezogenen« somatoformen Störungen sprechen, um zu verdeutlichen, dass

sich die jeweiligen Aussagen auf mono- und polysymptomatische Störungen, nicht jedoch auf die Hypochondrie beziehen.

1.2.3 Zukunft: Somatoforme Störungen im DSM-5

Die angekündigte Revision der Gruppe somatoformer Störungen im DSM-5 wird aller Wahrscheinlichkeit nach einen Verzicht auf die Begriffe »somatoform« und »Somatisierung« beinhalten. Die Gründe liegen in der bereits erwähnten, als stigmatisierend erlebten Konnotation des Begriffs nicht nur von Seiten der Betroffenen, sondern auch von Seiten einzelner Forscher und Behandler. Aktuell (Vorschlag vom 14. Januar 2011) wird von der entsprechenden DSM-5-Taskforce (www.dsm5.org) der Oberbegriff der »**somatic symptom disorders**« für die Kategorie der somatoformen Störungen präferiert. Als Unterkategorien schlägt die DSM-5-Taskforce die folgenden sechs Störungsbilder vor:

- »psychological factors affecting medical conditions«,
- »complex somatic symptom disorder« (CSSD),
- »simple (or abridged) somatic symptom disorder«,
- »illness anxiety disorder«,
- »functional neurological symptoms«,
- »factitious disorder« und »pseudocyesis«.

Die erste Kategorie, »psychologische Faktoren, die medizinische Krankheitsbilder beeinflussen«, ist hierbei weitgehend aus dem DSM-IV übernommen worden. Die Complex somatic symptom disorder (CSSD) löst das Konzept der Somatisierungsstörung ab und ist definiert durch ein oder mehrere somatische Symptome, die Leiden und Beeinträchtigung hervorrufen (A-Kriterium), exzessive Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die mit diesen Symptomen einhergehen (B-Kriterium), sowie eine Dauer der Beschwerden von mindestens 6 Monaten (C-Kriterium). Als Zusatzspezifikationen der CSSD können folgende Subtypen vergeben werden: CSSD mit vorherrschenden somatischen Symptomen (als Entsprechung der Somatisierungsstörung im DSM-IV), CSSD mit vorherrschender Krankheitsangst (als Entsprechung der Hypochondrie im DSM-IV) sowie CSSD mit Schwerpunkt Schmerz (als Entsprechung der Schmerzstörung im DSM-IV). Die gravierendste Änderung zum DSM-IV liegt hierbei in der Tatsache, dass die CSSD keinerlei organmedizinische Ausschlussdiagnostik mehr fordert und kognitiv-emotionale Faktoren in der Definition berücksichtigt.

Neben der CSSD ist eine weniger restriktive Kategorie der Simple (or abridged) somatic symptom disorder geplant. Gefordert wird für diese Diagnose lediglich mindestens ein als sehr beeinträchtigend erlebtes Körper-

symptom (A-Kriterium), ein weiteres kognitives Symptom (z. B. starke Krankheitsängste, exzessive gedankliche Beschäftigung mit dem Symptom oder eine unangemessene anhaltende Überzeugung bezüglich einer medizinischen Gefährdung durch das betreffende Symptom; B-Kriterium) sowie eine Symptommindestdauer von einem Monat (C-Kriterium).

Als neue Kategorie ist die Diagnose der Krankheitsangststörung geplant (Illness anxiety disorder). Im Unterschied zur früheren Hypochondrie-Diagnose (die aktuell als Unterkategorie der CSSD vorgesehen ist) fordern die Diagnosekriterien dieses Störungsbildes neben exzessiven Krankheitsängsten oder Krankheitsüberzeugungen (A-Kriterium) explizit keine bzw. nur minimale Körpersymptome (B-Kriterium). Als drittes Kriterium werden charakteristische Verhaltensweisen (z. B. Suche nach Rückversicherung, Absuchen des eigenen Körpers nach Krankheitszeichen und exzessive Informationssuche im Internet genannt; Kriterium C). Als Dauerkriterium dieser Störung wird ein Zeitraum von 6 Monaten gefordert, innerhalb dessen die Ängste jedoch nicht durchgängig anhalten müssen (D-Kriterium).

Als Entsprechung des Störungsbildes der Konversionsstörung wird in dem aktuellen Entwurf des DSM-5 lediglich von funktionellen neurologischen Symptomen gesprochen (Functional neurological symptoms). Innerhalb der Diagnosekriterien besteht keine Forderung mehr nach einem Trauma oder psychosozialen Stressor, der in direktem Zusammenhang zum Auftreten der Beschwerden steht.

Zwei weitere geplante Unterkategorien der Somatic symptom disorders umfassen die vorgetäuschte Störung (Factitious disorder) und die Scheinschwangerschaft (Pseudocyesis). Da beide Bereiche nicht im Fokus des vorliegenden Behandlungsmanuals liegen, soll auf diese nicht näher eingegangen werden.

Als fundamentale Änderung der Konzeptualisierung somatoformer Störungen im DSM-5 ist der Verzicht auf die Forderung einer organmedizinischen Ausschlussdiagnostik zu nennen. An Stelle dessen ist geplant, kognitiv-emotionale Faktoren (► Kap. 2) als positive Definitionskriterien in der Diagnostik stärker zu berücksichtigen. In der Folge könnte sich das Konzept der somatoformen Störung von einem bislang negativ definierten Konzept (durch Ausschlussdiagnostik) zu einem positiv definierten Konzept wandeln. Kritisch anzumerken bleibt innerhalb des aktuell vorliegenden Revisionskonzepts, dass faktisch eine Zerteilung des ursprünglichen Störungsbildes der Hypochondrie erfolgt: So wird die ursprüngliche Hypochondrie (im Sinne von Krankheitsängsten und -sorgen ausgelöst durch eine Fehlinterpretation von körperlichen Beschwerden) als Subtyp der CSSD definiert. Zusätzlich wird das Störungsbild der Illness anxiety disorder als Krank-

heitsangst ohne bzw. mit nur minimalen Körpersymptomen neu definiert. Auch wenn sich dieses neue Konzept der Krankheitsangststörung mit vielen Beobachtungen aus der Praxis deckt, wird die Eingruppierung dieses Phänomens in den Bereich der somatoformen Störungen dem gegenwärtigen Forschungsstand, wonach engere Verbindungen der Krankheitsangst zur Gruppe der Angststörungen (und hier insbesondere zur Zwangs-, Panik- und generalisierten Angststörung) bestehen, nicht gerecht. Plausibel erscheint der Vorschlag, die körperdysmorphe Störung im DSM-5 in die Angstsektion bzw. innerhalb der Zwangsspektrumsstörungen zu klassifizieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Begriff der Somatisierung aufgrund seiner engen Verzahnung mit empirisch unzureichend fundierten psychodynamischen Konzepten in der Tat kritisch gesehen werden sollte. Gleiches gilt jedoch nicht für die neutralere, explizit deskriptive Bezeichnung »somatoformer Störungen«. Von dem Syndrom einer somatoformen Störung konzeptuell zu unterscheiden sind einzelne Symptome der Störung, im Sinne von körperlichen Beschwerden unklarer Genese, für die sich im englischsprachigen Kontext der Terminus »medically unexplained symptoms« (MUS) eingebürgert hat. Aller Wahrscheinlichkeit nach wird jedoch der Zusatz »medically unexplained« aufgrund mangelnder Reliabilität und der Implikation einer dualistisch-reduktionistischen Perspektive im DSM-5 aufgegeben werden.

1.3 Diagnostik

Die diagnostische Einordnung bzw. der diagnostische Prozess bei unerklärten Körperbeschwerden gestaltet sich in der Praxis häufig nicht einfach. Das hängt zum einen damit zusammen, dass eine enorme Vielfalt an Begriffen sowie Klassifikationsversuchen bezüglich somatoformer Symptome existiert, wie in ► Abschn. 1.2 deutlich wurde. Zum anderen treten unerklärte Körperbeschwerden häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (wie z. B. affektiven oder Angststörungen) bzw. auch zusätzlich zu somatischen Diagnosen auf und lassen sich von diesen manchmal nur schwer abgrenzen. Auf das zuerst genannte Problem soll in den folgenden beiden Abschnitten eingegangen werden. Unabhängig von den vielfältigen diagnostischen Konzepten zu unerklärten Körperbeschwerden sind in der therapeutischen Praxis die international anerkannten Klassifikationssysteme **DSM-IV** (American Psychiatric Association 2000; Saß et al. 2003) und **ICD-10** (Dilling u. Freyberger 2000; World Health Organization 1992) maßgeblich. Letzteres gilt insbesondere bei den deutschen Krankenkassen als Grundlage zur Kodierung psychischer Erkrankungen für die Beantragung einer Psychotherapie. Dementsprechend gibt ► Abschn.

1.3.1 einen Einblick, wie unerklärte Körperbeschwerden im Rahmen der Klassifikationskriterien des DSM-IV bzw. der ICD-10 eingeordnet werden können. In ► Abschn. 1.3.2 wird auf Besonderheiten im diagnostischen Prozess bei somatoformen Beschwerden hingewiesen. ► Abschn. 1.3.3 geht dann auf die zweite Problematik – die differenzialdiagnostische Abgrenzung – ein. Abschließend (► Abschn. 1.3.4) werden verschiedene diagnostische Hilfsmittel und Instrumente vorgestellt.

1.3.1 Diagnostische Klassifikationskriterien nach dem DSM-IV und der ICD-10

Unerklärte Körperbeschwerden werden nach dem DSM-IV in die Störungskategorie »Somatoforme Störungen« bzw. nach der ICD-10 in die Kategorie »F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen« eingeordnet. Der Begriff der somatoformen Störung wurde 1980 erstmals durch das damalige DSM-III eingeführt und 1994 in die damalige 10. Revision der ICD-10 übernommen. In den Vorgängerversionen dieser Klassifikationssysteme lautete die diesbezügliche Bezeichnung »Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs« (Kategorie 306 in der ICD-9).

In ■ Tab. 1.1 sind die einzelnen Störungsbilder (Diagnosen) der somatoformen Störungen des DSM-IV und der ICD-10 gegenübergestellt. Auf die Hypochondrie und die körperdysmorphe Störung soll hier nicht weiter eingegangen werden, da diese Störungen nicht vornehmlich durch körperliche Symptome definiert sind, sondern durch Krankheitsängste und Fehlbewertungen des Körperäußeren.

Die primär durch das Vorhandensein von Körpersymptomen definierten Diagnosen in ■ Tab. 1.1 lassen sich grob in poly- und monosymptomatische Störungsbilder unterteilen. Bei polysymptomatischen Störungen sind multiple körperliche Symptome aus unterschiedlichen Körperregionen und Organsystemen vorhanden, während monosymptomatische Störungen auf einen bestimmten Symptomtypus begrenzt sind, nämlich ausschließlich Schmerzsymptome bei der Schmerzstörung und ausschließlich neurologische Symptome bei der Konversionsstörung. Im Folgenden sollen die einzelnen Störungsbilder kurz charakterisiert werden.

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

Für die Somatisierungsstörung müssen mindestens acht (DSM-IV) bzw. sechs Symptome (ICD-10) aus vorgegebenen Symptomlisten vorliegen. Entsprechend der DSM-IV-Definition muss die Störung bereits vor dem 30. Lebensjahr begonnen und mindestens mehrere Jahre ange-

dauert haben. Nach der ICD-10 müssen die Symptome mindestens 2 Jahre lang andauern und Symptome vegetativer Erregung dürfen nicht das Hauptmerkmal der Störung darstellen. In ■ Abb. 1.1 sind die Kriterien der Somatisierungsstörung nach der ICD-10 wiedergegeben.

Zu beachten ist, dass die Symptomlisten der Somatisierungsstörung im DSM-IV und in der ICD-10 nicht identisch sind. So sind im DSM-IV 33 Symptome und in der ICD-10 nur 14 Symptome aufgelistet. Zudem sind nicht alle der in der ICD-10 genannten Symptome auch in der entsprechenden DSM-IV-Liste enthalten.

■ Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3)

Die somatoforme autonome Funktionsstörung existiert nur im ICD-10-System und hat sich in der internationalen Forschungsliteratur nicht durchgesetzt. Nach den diagnostischen Kriterien müssen mindestens drei Symptome aus einer Liste vegetativer und anderer somatoformer Symptome vorliegen, die der betreffende Patient auf eine körperliche Krankheit zurückführt (■ Abb. 1.2). Bei der Wahl dieser Diagnose sollte besonders sorgfältig auf die Abgrenzung gegenüber den Angststörungen geachtet werden, da diese ebenfalls hauptsächlich durch Symptome des vegetativen Nervensystems gekennzeichnet sind.

■ Undifferenzierte somatoforme Störung (DSM-IV: 300.82/ICD-10: F45.1)

Bei der undifferenzierten somatoformen Störung handelt es sich im Prinzip um eine Restkategorie für polysymptomatische Störungsbilder, welche weder als Somatisierungsstörung noch als somatoforme autonome Funktionsstörung klassifiziert werden können. Die Störungsdauer muss mindestens 6 Monate betragen. In der Fachliteratur ist als andere Bezeichnung »abridged somatization disorder« (sinngemäß: erweiterte Somatisierungsstörung) vorgeschlagen worden, um auch Störungsbilder diagnostisch berücksichtigen zu können, die nicht die strengen Einschlusskriterien der Somatisierungsstörung erfüllen. Der von Escobar et al. (1989) eingeführte Somatic Symptom Index SSI-4/6 legt beispielsweise fest, dass bei Männern mindestens vier und bei Frauen mindestens sechs somatoforme Symptome vorliegen müssen.

■ Schmerzstörung (DSM-IV: 307.8/ICD-10: F45.4)

Bei der Schmerzstörung besteht die somatoforme Symptomatik ausschließlich aus einem oder mehreren Schmerzsymptomen. In der ICD-10 wird eine Mindestdauer von 6 Monaten vorgegeben. Patienten mit der klinischen Diagnose einer Fibromyalgie erfüllen in der Regel die Kriterien dieser Störung.

■ Tab. 1.1 Gegenüberstellung der somatoformen Störungen im DSM-IV und in der ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Somatisierungsstörung	Somatisierungsstörung
Undifferenzierte somatoforme Störung	Undifferenzierte somatoforme Störung
–	Somatoforme autonome Funktionsstörung
Schmerzstörung	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
Konversionsstörung	[Dissoziative und Konversionsstörungen]
Hypochondrie	Hypochondrische Störung
Körperdysmorphie Störung	–
Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (NNB)	Sonstige/nicht näher bezeichnete somatoforme Störung

A.	Eine Vorgeschichte von mindestens 2 Jahre anhaltenden Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome, die durch keine diagnostizierbare körperliche Erkrankung erklärt werden können. Die eventuell vorliegende bekannte körperliche Erkrankung erklärt nicht die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung. Wenn einige vegetative Symptome vorliegen, bilden sie nicht das Hauptmerkmal der Störung, d. h. sie sind nicht besonders anhaltend oder belastend.
B.	Die ständige Sorge um die Symptome führt zu andauerndem Leiden und dazu, dass die Patienten mehrfach (drei- oder mehrmals) um Konsultationen oder Zusatzuntersuchungen in der Primärversorgung oder beim Spezialisten nachsuchen. Wenn aus finanziellen oder geographischen Gründen medizinische Einrichtungen nicht erreichbar sind, kommt es zu andauernder Selbstmedikation oder mehrfachen Konsultationen bei örtlichen Laienheilern.
C.	Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt. Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung.
D.	Insgesamt sechs oder mehr Symptome aus der folgenden Liste, mit Symptomen aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen:
	Gastrointestinale Symptome:
1.	Bauchschmerzen
2.	Übelkeit
3.	Gefühl von Überblähung
4.	Schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge
5.	Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen
6.	Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus
	Kardiovaskuläre Symptome:
7.	Atemlosigkeit ohne Anstrengung
8.	Brustschmerzen
	Urogenitale Symptome:
9.	Dysurie oder Klagen über Miktionshäufigkeit
10.	Unangenehme Empfindungen in oder um den Genitalbereich
11.	Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss
	Haut- und Schmerzsymptome:
12.	Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut
13.	Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken
14.	Unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl
E.	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer Panikstörung (F41.0) auf.

■ Abb. 1.1 Somatisierungsstörung nach der ICD-10 (F45.0)

A.	Symptome der autonomen (vegetativen) Erregung, die von den Patienten einer körperlichen Krankheit in einem oder mehreren der folgenden Systeme oder Organe zugeordnet werden:	
	1.	Herz und kardiovaskuläres System
	2.	Oberer Gastrointestinaltrakt (Ösophagus und Magen)
	3.	Unterer Gastrointestinaltrakt
	4.	Respiratorisches System
	5.	Urogenitalsystem
B.	Zwei oder mehrere der folgenden vegetativen Symptome:	
	1.	Palpitationen
	2.	Schweißausbrüche (heiß oder kalt)
	3.	Mundtrockenheit
	4.	Hitzewallungen oder Erröten
	5.	Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch
C.	Eines oder mehrere der folgenden Symptome:	
	1.	Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend
	2.	Dyspnoe oder Hyperventilation
	3.	Außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung
	4.	Aerophagie, Singultus oder brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium
	5.	Bericht über häufigen Stuhlgang
	6.	Erhöhte Miktionsfrequenz oder Dysurie
	7.	Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl
D.	Kein Nachweis einer Störung von Struktur oder Funktion der Organe oder Systeme, über die die Patienten klagen.	
E.	Häufiges Ausschlusskriterium: Die Symptome treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einer phobischen (F40.0–F40.3) oder einer Panikstörung (F41.0) auf.	

■ **Abb. 1.2** Somatoforme autonome Funktionsstörung nach der ICD-10 (F45.3)

■ Konversionsstörung (DSM-IV: 300.11/ICD-10: F44)

Die Konversionsstörung ist begrenzt auf neurologische Symptome des willkürlichen motorischen oder sensorischen Systems. Es wird ein Zusammenhang zu psychischen Faktoren angenommen, beispielsweise wenn Konflikte oder Stresserlebnisse dem Beginn oder der Verschlimmerung der Symptome vorausgegangen sind.

■ Somatoforme Störung NNB (DSM-IV: 300.82/ICD-10: F45.9)

Als Restkategorie ist im DSM-IV und in der ICD-10 außerdem die Diagnose einer somatoformen Störung NNB (nicht näher bezeichnet) möglich. Wie bei allen anderen psychischen Störungen ist eine solche Restkategorie erforderlich, damit der Kliniker eine Diagnose auch in Fällen stellen kann, in denen eine Person zwar eine klinisch bedeutsame Symptomatik aufweist, die speziellen Kriterien aller Störungen des entsprechenden Bereichs jedoch nicht zutreffen.

■ Funktionelle Syndrome

Im weiteren Sinne zählen zu den somatoformen Störungen auch die so genannten funktionellen Syndrome, die aller-

dings im DSM-IV und in der ICD-10 nicht definiert sind. Sie sind jedoch im klinischen Sprachgebrauch häufig anzutreffen. Zu den häufigsten Begriffen zählen:

- **chronisches Erschöpfungssyndrom** (Chronic Fatigue Syndrome, CFS; Fukuda et al. 1994) mit einer Reihe von medizinisch unklaren körperlichen Symptomen, die um das Hauptsymptom einer chronischen Erschöpfung herum angesiedelt sind;
- **Fibromyalgie**, eine Art generalisiertes Schmerzsyndrom mit erhöhter Schmerzempfindlichkeit, die in der Regel die Kriterien der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt (s. oben);
- **Reizdarmsyndrom** oder **Colon irritabile** (Drossman 2006), eine monosymptomatische Erscheinungsform gastrointestinaler Beschwerden mit Schmerzen oder Unwohlsein im Bauchraum sowie Veränderungen der Stuhlgewohnheiten;
- umweltbezogene Beschwerden mit Begriffen wie **multiple chemische Sensitivität (MCS)** oder **idiopathische umweltbezogene Intoleranz** (»idiopathic environmental intolerance«, IEI), womit körperliche Beschwerden zusammengefasst werden, die auf Umweltbelastungen oder Schadstoffe zurückgeführt werden;

- unspezifischer und **nichtkardialer Brustschmerz** sowie **somatoformer Schwindel** mit den entsprechenden Leitsymptomen,
- **prämenstruelles Syndrom (PMS)**, das durch affektive wie auch körperliche Symptome in der Lutealphase des weiblichen Menstruationszyklus gekennzeichnet ist.

Für diese diagnostischen Begriffe bzw. Konzepte liegen weder international verbindliche Kriterien vor, noch sind sie in rationaler Form in den Kontext der übrigen somatoformen Störungen eingegliedert. Für einige Syndrome wurden in der entsprechenden Forschungsliteratur diagnostische Kriterien entwickelt, z. B. die Rome-Kriterien für das Reizdarmsyndrom (Drossman 2006; Thompson et al. 1999), die Kriterien des Center for Disease Control and Prevention (Fukuda et al. 1994) für das CFS oder die Kriterien für eine besonders schwerwiegende Form des prämenstruellen Syndroms – der prämenstruellen dysphorischen Störung (»premenstrual dysphoric disorder«, PMDD) – in den Kriterienlisten des DSM-IV, die für weitere Forschung vorgesehen sind. Diese Diagnosen können daher systematisch gestellt werden, müssen dann aber entsprechend der Kriterienkataloge des DSM-IV oder der ICD-10 verschlüsselt werden. Nach dem DSM-IV wird hierfür meist der Diagnosencode der undifferenzierten somatoformen Störung verwendet, die eine Art Restkategorie darstellt. Nach der ICD-10 kann man zusätzlich prüfen, ob die Kriterien der autonomen somatoformen Funktionsstörung erfüllt sind, die beispielsweise eine Unterkategorie für vorwiegend gastrointestinale Beschwerden vorsieht, wie es für das Reizdarmsyndrom charakteristisch ist.

1.3.2 Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden

Die im DSM-IV und in der ICD-10 beschriebenen somatoformen Störungen werden typischerweise aufgrund einer freien klinischen Exploration oder mit Hilfe strukturierter Interviews diagnostiziert. Außerdem können Fragebogenverfahren eingesetzt werden (► Abschn. 1.3.4), um Hinweise auf das etwaige Vorliegen einer somatoformen Störung zu erhalten (so genanntes Screening) oder assoziierte psychopathologische Merkmale zu erfassen (z. B. dysfunktionale Kognitionen oder Krankheitsverhalten). Fragebögen werden auch eingesetzt, um den Ausprägungsgrad einer somatoformen Störung zu quantifizieren und Veränderungen im Spontanverlauf oder unter Therapie feststellen zu können.

■ Strukturierte Diagnoseverfahren

Die Diagnosenstellung sollte stets auf einer Fremdexploration und nicht auf Fragebogendaten beruhen. Als Prototyp des klinischen Interviews gilt das »**Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV**« (SKID; deutschsprachige Version: Wittchen et al. 1997). Es enthält einen eigenen Abschnitt für die Gruppe der somatoformen Störungen. Gesundheitliche Belastungen und körperliche Symptome werden entsprechend der diagnostischen Kriterien des DSM-IV erfragt. Mit Hilfe des SKID können alle im DSM-IV aufgelisteten Störungen außer der Konversionsstörung erfasst werden. Das SKID hat den Nachteil, dass Diagnosen nach der ICD-10 nicht vorgesehen sind. Manche Kliniker behelfen sich, indem sie die nach dem DSM-IV gestellten Diagnosen mit den korrespondierenden ICD-10-Codes versehen, was jedoch aufgrund der unterschiedlichen Kriterien beider Klassifikationssysteme nicht ganz korrekt ist. Zudem ist die somatoforme autonome Funktionsstörung nur in der ICD-10 und nicht im DSM-IV vorgesehen (■ Tab. 1.1).

Weitere bekannte strukturierte Interviews sind das »**Composite International Diagnostic Interview**« (CIDI; deutschsprachige Version: Wittchen et al. 1998) und das »**Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen**« (DIPS), von dem auch eine Kurzversion existiert (Margraf et al. 1994). Auf der Basis des CIDI wurde mit dem DIA-X (Wittchen u. Pfister 1997) eine computerisierte Version entwickelt, mit deren Hilfe die Antworten des Patienten unmittelbar während des Interviews in den Rechner eingegeben werden können. Aufgrund der einprogrammierten Diagnose-Algorithmen können die zutreffenden Diagnosen unmittelbar nach dem Interview erkannt werden. Ein gewisser Nachteil von CIDI und DIA-X ist, dass beide Verfahren nicht als klinische Beurteilungsverfahren konzipiert sind, sondern die Antworten des Patienten ungefiltert übernehmen. Daher muss mit Diskrepanzen im Vergleich zu klinischen Interviews wie dem SKID gerechnet werden.

Eine gute Alternative zu den etwas umständlichen Interviews stellen die von Hiller und Kollegen (Hiller et al. 1997c) entwickelten »**Internationalen Diagnose-Checklisten**« (IDCL) dar. Sie existieren in zwei getrennten Versionen sowohl für das DSM-IV als auch die ICD-10. Es handelt sich um handliche DIN-A-5-Blätter im Sinne einer Einzelblattsammlung, wobei alle diagnostischen Kriterien und Entscheidungsregeln in einer sehr übersichtlichen Form enthalten sind. Anders als bei den oben genannten Interviews sind keine an den Untersuchten zu stellenden Fragen vorgegeben, was jedoch bei geübten Klinikern kein Nachteil ist. Ein mit dem SKID vertrauter Kliniker kann üblicherweise die IDCL in sehr zuverlässiger und unkomplizierter Weise benutzen.