

Psychotherapie: Manuale

Maria Kleinstäuber
Petra Thomas · Michael Witthöft
Wolfgang Hiller

Kognitive Verhaltenstherapie

bei medizinisch unerklärten
Körperbeschwerden und somatoformen
Störungen

2. Auflage

EXTRAS ONLINE

 Springer

Psychotherapie: Manuale

Maria Kleinstäuber
Petra Thomas
Michael Witthöft
Wolfgang Hiller

Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen

Mit 88 Arbeitsblättern und 23 Abbildungen

Maria Kleinstäuber

University of Auckland, Grafton Auckland, Neuseeland

Petra Thomas

Bethesda Spital AG, Basel, Schweiz

Michael Witthöft

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Wolfgang Hiller

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Mainz, Deutschland

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com>

ISBN 978-3-662-54663-5 978-3-662-54664-2 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-54664-2>

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

Springer

© Springer-Verlag GmbH Germany 2012, 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Zeichnerin: Claudia Styrsky, München (Abb. 12.11, 12.12, 12.13, 12.14)

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH, DE

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

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 Behandlungsmニュアル für eine psychologisch fundierte, empirisch abgesicherte Intervention vorgestellt wird. Während zwar in der Vergangenheit zunehmend Behandlungsleitfäden entwickelt wurden, fehlte doch bis zuletzt ein ausführliches Behandlungsmニュアル, 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.

Prof. Dr. Winfried Rief

Marburg an der Lahn, im September 2011

Vorwort zur 2. Auflage

Die vergangenen 6 Jahre haben im Bereich medizinisch unerklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen – in der klinischen Praxis wie auch Forschung – wichtige neue Erkenntnisse und Implikationen für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung gebracht. Im Rahmen einer aktualisierten 2. Auflage dieses Behandlungsmaterials möchten wir den Leserinnen und Lesern einen Einblick in diese neuen Erkenntnisse geben.

Im Bereich der Diagnostik bzw. diagnostischen Klassifikation medizinisch unerklärter Körperbeschwerden gab es im Jahr 2013 mit der Einführung der 5. Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals eine grundlegende Veränderung. Die neue diagnostische Kategorie »Somatische Belastungsstörung« ersetzt einen Teil der Diagnoseeinheiten der vorherigen somatoformen Störungen. Eines der bisher entscheidenden diagnostischen Kriterien, welches besagt, dass die körperlichen Beschwerden medizinisch nicht oder nicht ausreichend erklärt werden können, wurde abgeschafft. Erstmals wurden psychologische Kriterien, wie z. B. übermäßige Gedanken und Ängste in Bezug auf die Körpersymptome, eingeführt. Weitere Informationen zu den Neuerungen in der diagnostischen Klassifikation können Sie ► Kap. 1 entnehmen, das zudem hinsichtlich neuer epidemiologischer Forschungsbefunde und Erkenntnisse zu kulturell gebundenen Konzepten unerklärter körperlicher Beschwerden aktualisiert wurde.

Im Bereich der ätiologischen Forschung zu chronischen Körpersymptomen, insbesondere Schmerzsymptomen, hat das Angst-Vermeidungs-Modell an Bedeutung gewonnen. Es erklärt die Entstehung stark ausgeprägter Ängste vor Verletzung bzw. Wiederverletzung, die ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bez. körperlicher Aktivitäten und Bewegung zur Folge haben. Informationen zu diesem Modell finden Sie in ► Kap. 2.

Aus diesem Modell lässt sich ein verhaltenstherapeutischer, expositionsbasierter Behandlungsansatz, bei dem Patienten mit den gefürchteten und vermiedenen körperlichen Bewegungen bis zur Angsthabituation konfrontiert werden, ableiten, der genauer in ► Kap. 3 vorgestellt wird. Weitere Neuerungen in psychologischen Behandlungsan-

sätzen ergeben sich im Zusammenhang mit den »Therapieverfahren der dritten Welle der kognitiven Verhaltenstherapie«. Wir geben einen kurzen Einblick in akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Ansätze sowie in ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiekonzept, das mit Emotionsregulationsstrategien angereichert wurde. Des Weiteren wurden 2014 zwei umfangreiche Metaanalysen von der Cochrane Gesellschaft – einer internationalen, renommierten und unabhängigen Organisation, in der sich Forscher weltweit ehrenamtlich und unabhängig engagieren und systematische Übersichtsarbeiten zu verschiedensten Interventionen im Gesundheitsbereich erstellen – zu psychologischen sowie pharmakologischen Interventionen bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden veröffentlicht. Die wichtigsten Befunde dieser beiden Arbeiten werden in ► Kap. 3 zusammengefasst. In Deutschland wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie sowie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien zur Behandlung von somatoformen Störungen publiziert, über die zusammenfassende Informationen aus dem aktualisierten ► Kap. 3 entnommen werden können.

Aus den neuen klinisch-therapeutischen Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen, die wir über die vergangenen 6 Jahre gesammelt haben, haben wir im Praxisteil dieses Manuals Aktualisierungen an verschiedenen Stellen vorgenommen. Bereits für die Therapieeingangsphase (► Kap. 4) haben wir z. B. Vorschläge ergänzt, wie unser kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit Verfahren der dritten Welle der kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert werden können oder wie unser Behandlungsmanual ins stationäre Setting übertragen werden kann. Wir gehen auf das Problem des »Rentenbegehrens« ein und auf ein sehr aktuelles Thema – Besonderheiten in der Therapie von Patienten mit Migrationshintergrund. Die Kapitel zur therapeutischen Phase (► Kap. 5–11) haben wir mit verschiedenen Vorschlägen zu neuen therapeutischen Übungen und zum Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit angereichert (z. B. zur Erweiterung des subjektiven Störungsmodells der Patienten in ► Kap. 5; Antizipation und Umgangsmöglichkeiten bei Problemen bei der Durchführung von Entspan-

nungsverfahren bei Patienten mit somatoformen Störungen in ► Kap. 6; eine Sammlung typischer Inhalte dysfunktionaler Gedanken bei Patienten mit somatoformen Störungen und Ideen zu Symptomprovokationsübungen und Verhaltensexperimenten in ► Kap. 8; therapeutische Übungen für Patienten, die anstatt Vermeidungsverhalten eher Durchhalteverhalten zeigen in ► Kap. 9). Auf ein bisher in unserem Manual vernachlässigtes therapeutisches Thema – die Kommunikation der Patienten über ihre Symptome – wird in einem Exkurs-Modul in ► Kap. 12 eingegangen. Dieses neue Modul ist für diejenigen Patienten gedacht, die Defizite in Kommunikationskompetenzen aufweisen. Es werden verschiedene therapeutische Übungen vorgestellt, die den Patienten helfen sollen, in funktionaler Weise über ihre Beschwerden mit ihren Therapeuten und Ärzten bzw. Menschen in ihrem persönlichen und Arbeitsumfeld zu sprechen.

Obwohl das Thema medizinisch unerklärter Körperbeschwerden im klinischen Kontext mehr an Bedeutung gewinnt, ist der Anteil an Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden, die keine adäquate psychotherapeutische Behandlung erhalten, weiterhin enorm hoch. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass zu wenige Psychologische wie auch Ärztliche Psychotherapeuten ausreichend Kenntnisse über dieses Störungsbild bzw. über die Behandlungsstrategien zum Umgang mit dieser besonderen Störungsgruppe besitzen. Wir hoffen, dass wir mit diesem Manual unseren psychologischen wie auch ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ein Handbuch mit vielen praktischen Tipps und Arbeitsmaterialien sowie einen Therapieansatz, der sich am aktuellen Stand der Forschung orientiert, zur Verfügung stellen können. Wir möchten Ihr Interesse an der Behandlung einer bisher psychotherapeutisch stark vernachlässigten Patientengruppe wecken und Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, wie man mit den – leider nach wie vor als »im Umgang schwierig« eingestuft – Patienten eine auf Betroffenen- sowie Therapeuten- und Ärzteseite gewinnbringende Therapie durchführen kann.

Zuletzt möchten wir noch darauf hinweisen, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit in diesem Buch überwiegend das generische Maskulinum verwendet wird. Dieses impliziert natürlich immer auch die weibliche Form. Sofern die Geschlechtszugehörigkeit von Bedeutung ist, wird selbstverständlich sprachlich differenziert.

Maria Kleinstäuber

Petra Thomas

Michael Witthöft

Wolfgang Hiller

Marburg, im Frühjahr 2017

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.

Maria Kleinstäuber

Petra Thomas

Michael Witthöft

Wolfgang Hiller

Mainz, Juli 2011

Inhaltsverzeichnis

I Theorie

1	Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	3
1.1	Phänomenologie	4
1.1.1	Die Verzweiflung der Frau O.	4
1.1.2	Die Leiden des Herrn Z.	5
1.2	Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft	5
1.2.1	Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung«	6
1.2.2	Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte	7
1.2.3	Das Verschwinden der somatoformen Störungen als eigenständige Kategorie im DSM-5	8
1.3	Diagnostik	9
1.3.1	Diagnostische Klassifikationskriterien nach der ICD-10 und dem DSM-5	10
1.3.2	Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden	13
1.3.3	Differenzialdiagnostische Abgrenzung	15
1.3.4	Weitere diagnostische Verfahren	16
1.4	Epidemiologie	18
1.4.1	Prävalenz	18
1.4.2	Soziodemografische und transkulturelle Besonderheiten	21
1.4.3	Komorbidität	23
1.4.4	Verlauf	25
1.4.5	Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten	26
	Literatur	27
2	Störungstheorien, Modelle und Konzepte unerklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen	33
2.1	Konzept der somatosensorischen Verstärkung	34
2.2	Kognitiv-behaviorale Störungsmodelle	34
2.3	Integrativ-kognitives Modell	36
2.4	Psychobiologisches Filtermodell	38
2.5	Modell der klassischen Konditionierung somatoformer Beschwerden	39
2.6	Angst-Vermeidungs-Modell chronischer Schmerzen	40
2.7	Mechanismus der zentralen Sensitivierung	40
2.8	Physiologische und psychophysiologische Faktoren bei Somatisierung	41
2.9	Interpersonelles Modell der Somatisierung	42
2.10	Psychoanalytische und tiefenpsychologische Konzepte	43
2.11	Ausblick: Dysfunktionale Emotionsregulationsprozesse bei somatoformen Beschwerden	43
2.12	Ätiologie und Pathogenese somatoformer Störungen nach aktuellem Kenntnisstand:	
	Ein integratives Modell	44
	Literatur	46
3	Therapieansätze für unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	49
3.1	Psychotherapie und sonstige psychologische Behandlungsansätze	50
3.1.1	Kognitiv-verhaltenstherapeutische und verhaltensmedizinische Ansätze	50
3.1.2	Entspannungsverfahren und Biofeedback	53
3.1.3	Reattributionstraining	54
3.1.4	Tiefenpsychologisch fundierte Therapieansätze	55
3.1.5	Psychodynamisch-interpersonelle Therapieansätze	56
3.1.6	Sport- und Bewegungstherapie	57
3.2	Psychopharmakotherapie	58

3.3	Wirksamkeitsevidenz für verschiedene Therapieansätze bei unerklärten Körperbeschwerden . . .	58
3.3.1	Psychotherapie	60
3.3.2	Wirksamkeit von psychopharmakologischer Therapie	62
3.4	Evidenzbasierte Leitlinien für die Therapie unerklärter Körperbeschwerden	63
3.5	Schlussfolgerungen für zukünftige kognitive Verhaltenstherapie bei unerklärten Körperbeschwerden	64
3.6	Literaturangaben der Metaanalysen von Abb. 3.1	65
	Literatur	68

II Praxis: Das Manual – Grundlagen und Eingangsphase

4	Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Einzeltherapiekonzept für Patienten mit unerklärten Körperbeschwerden: Grundlagen und Eingangsphase	73
4.1	Einführung in die Struktur des Manuals	74
4.1.1	Anwendung des manualisiert-strukturierten Vorgehens im Praxisalltag: Chancen und Probleme . . .	74
4.1.2	Empfehlungen für therapeutische Schwerpunktsetzungen bei der Behandlung monosymptomatischer funktioneller Syndrome	78
4.2	Eingangsphase der Therapie	79
4.2.1	Erstkontakt und Therapieerwartungen des Patienten	79
4.2.2	Besonderheiten im weiteren Verlauf	84
4.3	Besonderheiten in der Therapie mit Patienten mit Migrationshintergrund	87
	Literatur	88

III Praxis: Das Manual – therapeutische Phase

5	Modul 1: Behandlungsmotivation	91
5.1	Sitzung 1	92
5.2	Arbeitsblätter	94
	Literatur	94
6	Modul 2: Stress und Stressbewältigung (Teil 1)	97
6.1	Sitzung 2	98
6.2	Sitzung 3	101
6.3	Arbeitsblätter	107
	Literatur	107
7	Modul 3: Aufmerksamkeit	117
7.1	Sitzung 4	118
7.2	Sitzung 5	121
7.3	Sitzung 6	123
7.4	Arbeitsblätter	125
	Literatur	125
8	Modul 4: Bewertungsprozesse	139
8.1	Sitzung 7	140
8.2	Sitzung 8	143
8.3	Sitzung 9	145
8.4	Sitzung 10	152
8.5	Sitzung 11	155
8.6	Arbeitsblätter	157
	Literatur	157

9	Modul 5: Krankheitsverhalten	173
9.1	Sitzung 12	174
9.2	Sitzung 13	176
9.3	Sitzung 14	180
9.4	Sitzung 15	181
9.5	Arbeitsblätter	184
	Literatur	184
10	Modul 6: Stress und Stressbewältigung (Teil 2)	205
10.1	Sitzung 16	206
10.2	Sitzung 17	208
10.3	Sitzung 18	211
10.4	Sitzung 19	214
10.5	Arbeitsblätter	215
	Literatur	215
11	Modul 7: Störungsmodell	229
11.1	Sitzung 20	230
11.2	Arbeitsblätter	232
12	Exkurs-Modul: Kommunikation im Alltag und mit dem Arzt	237
12.1	Kommunikation im alltäglichen Leben	238
12.1.1	Exploration von Kommunikationsproblemen im alltäglichen Leben	238
12.1.2	Kommunikationsprobleme mit Familienangehörigen oder Freunden	238
12.1.3	Kommunikationsprobleme mit dem (Ehe-)Partner	241
12.1.4	Kommunikationsprobleme mit Vorgesetzten und Kollegen	244
12.1.5	Allgemeines Paradigma zur Planung von Verhaltensexperimenten zu zwischenmenschlichen Problemen und Kommunikationsproblemen des Patienten	246
12.2	Kommunikation mit dem Arzt	247
12.2.1	Perspektivenwechsel und verschiedene Stile zur Kommunikation über Körperbeschwerden	247
12.2.2	Arzt-Patient-Gespräch	249
12.3	Arbeitsblätter	252
	Literatur	252
IV	Erfahrungen aus der Praxis	
13	Ein exemplarischer Therapieverlauf	275
13.1	Symptomatik, Krankheitsanamnese und lebensgeschichtliche Entwicklung	276
13.2	Verhaltens- und Bedingungsanalyse	277
13.3	Diagnose, Therapieziele und Prognose	278
13.4	Therapieverlauf und -ergebnisse	278
	Literatur	280
14	Ergebnisse der Evaluation des Einzeltherapiekonzepts	281
14.1	Merkmale der behandelten Patienten	282
14.2	Auswertung klinischer Skalen	282
14.3	Patientenzufriedenheit	285
	Literatur	287
	Serviceteil	289
	Stichwortverzeichnis	290

Autorenverzeichnis

Kleinstäuber, Maria, PD Dr.

University of Auckland
Department of Psychological Medicine,
School of Medicine,
Faculty of Medical and Health Services
Auckland Hospital – Bldg. 599
Level 12, Room 12.003
Park Road 2
1023 Grafton Auckland, Neuseeland
m.kleinstauber@auckland.ac.nz

Philipps Universität Marburg
AG Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Fachbereich 04 Psychologie
Gutenbergstraße 18
35037 Marburg, Deutschland
maria.kleinstaeuber@staff.uni-marburg.de

Thomas, Petra, Dipl.-Psych.

Bethesda Spital AG
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Gellertstrasse 144
4020 Basel, Schweiz
petra.thomas@bethesda-spital.ch

Witthöft, Michael, Dr.

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Psychologisches Institut,
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Wallstraße 3
55122 Mainz, Deutschland
witthoef@uni-mainz.de

Hiller, Wolfgang, Prof. Dr.

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Psychologisches Institut,
Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Wallstraße 3
55122 Mainz, Deutschland
hiller@uni-mainz.de

Theorie

Kapitel 1	Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	– 3
Kapitel 2	Störungstheorien, Modelle und Konzepte unerklärter Körperbeschwerden und somatoformer Störungen	– 33
Kapitel 3	Therapieansätze für unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen	– 49

Unerklärte Körperbeschwerden und somatoforme Störungen

1.1 Phänomenologie – 4

1.1.1 Die Verzweiflung der Frau O. – 4

1.1.2 Die Leiden des Herrn Z. – 5

1.2 Der Begriff »Somatisierung«: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft – 5

1.2.1 Vergangenheit: Historie des Begriffs »Somatisierung« – 6

1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte – 7

1.2.3 Das Verschwinden der somatoformen Störungen als eigenständige Kategorie im DSM-5 – 8

1.3 Diagnostik – 9

1.3.1 Diagnostische Klassifikationskriterien nach der ICD-10 und dem DSM-5 – 10

1.3.2 Diagnostischer Prozess und Besonderheiten bei unerklärten Körperbeschwerden – 13

1.3.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung – 15

1.3.4 Weitere diagnostische Verfahren – 16

1.4 Epidemiologie – 18

1.4.1 Prävalenz – 18

1.4.2 Soziodemografische und transkulturelle Besonderheiten – 21

1.4.3 Komorbidität – 23

1.4.4 Verlauf – 25

1.4.5 Gesundheitsökonomische Relevanz: Unerklärte Körperbeschwerden und Behandlungskosten – 26

Literatur – 27

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 die 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 sogenannten 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 bez. 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 der 10. Revision der International Classification of Diseases (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 auszupeinern. 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, sodass 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. Dieses Störungskonzept ist im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 repräsentiert. Es war Bestandteil des früheren DSM-IV-Systems (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), wurde dort jedoch 2013 bei dem Übergang auf das DSM-5-System zugunsten des inklusiveren Ansatzes der »somatischen Belastungsstörungen« aufgegeben. Die somatischen Belastungsstörungen umfassen weiterhin die früher als somatoform bezeichneten Störungen, darüber hinaus aber auch psychosomatische Störungen mit medizinisch begründeten Symptomen (z. B. beim Herzinfarkt oder Diabetes mellitus). Daher differenzieren die somatischen Belastungsstörungen nach DSM-5 also nicht mehr zwischen Symptomen mit und ohne organmedizinische Ursache.

Die unterschiedlichen Ansätze verdeutlichen, dass es noch keine abschließende Einigung zum nosologischen

Stellenwert medizinisch unklarer körperlicher Beschwerden gibt. Kritik war u. a. am Begriff der »**Somatisierung**« bzw. der »**somatoformen Störung**« geübt worden. Insbesondere im Bereich der Schmerzforschung wird die oftmals unklare Konzeptualisierung des Phänomens Somatisierung kritisiert und es wird von der Verwendung dieses Begriffs zugunsten eines neutraleren Begriffs (z. B. körperliche Beschwerden/Symptome unklarer bzw. medizinisch unerklärter Genese) abgeraten (z. B. Crombez et al. 2009). Insgesamt befürchten viele Therapeuten und Ärzte, 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 Somatisierung (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« sowie deren aktuellen Gebrauch.

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 und Carron 2002).

Als wichtigstes und ältestes Vorläuferkonzept somatoformer Störungen gilt die **Hysterie** (von griechisch »hystera«: Gebärmutter). Bereits im antiken Griechenland und Rom wurden nichterklärbare Körpersymptome mit Abnormalitäten 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 hysterische 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 biografisch 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 R. J. Brown (2004), auf die wir weiter unten im Rahmen seines kognitionspsychologischen Modells somatoformer Beschwerden zurückkommen (► Abschn. 2.3), 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; 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 Merk-

male (Suche nach medizinischer Hilfe) genannt werden. So beschreibt Lipowski Somatisierung als

- » ... die Neigung, körperliche Belastung und Symptome, die nicht durch einen pathologischen Befund erklärt werden können, zu erleben und zu kommunizieren, sie auf eine organische Erkrankung zurückzuführen und medizinische Hilfe für sie in Anspruch zu nehmen (Lipowski 1988, zit. nach Stuart und Noyes 2006 [Übersetzung der Autoren]).

1.2.2 Gegenwart: Derzeitige diagnostische Konzepte

Die somatoformen Störungen werden in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling und Freyberger 2000; World Health Organization 1992) in weitgehend ätiologiefreier Form definiert. Insbesondere existieren keine ätiologischen Einschlusskriterien. So müssen beispielsweise für die Diagnosestellung keine psychologischen oder psychosozialen Entstehungsfaktoren nachgewiesen werden. Es ist ausreichend, dass bei dem betreffenden Patienten körperliche Symptome ungeklärter Ursache vorliegen. Da der Begriff der Somatisierung jedoch ursprünglich aus der psychodynamischen Tradition stammt und eng mit einem postulierten Konversionsprozess in Verbindung gebracht wird, besteht eine Diskrepanz zwischen der aktuellen ätiologieneutralen Definition einerseits und der erweiterten Begriffsbedeutung der »Somatisierung« andererseits (wie beispielsweise bei 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 in der ICD-10 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) über monosymptomatische Varianten (z. B. somatoforme Schmerzstörung) bis hin zur Hypochondrie reichen (► Abschn. 1.3.1).

Das Vollbild der Somatisierungsstörung ist durch seine diagnostischen Kriterien verhältnismäßig restriktiv formuliert, sodass nur wenige der von unklaren Körperbeschwerden betroffenen Patienten diese Diagnose erhalten. Daher wurden in der Forschung ergänzende diagnostische Konzepte entwickelt, denen größere Patientengruppen zu-

geordnet werden können. Das wohl bekannteste Konzept in dieser Hinsicht ist der »**Somatic Symptom Index (SSI) 4/6**« von Escobar et al. (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 et al. (1997) beim Vorliegen von mindestens 3 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 3 von 13 somatischen Symptomen als stark beeinträchtigend berichtet werden (Löwe et al. 2002). Im Bereich der Hypochondrie wurde von Fink et al. (2004) ein weniger restriktives Konzept vorgestellt.

Ein Versuch, unterschiedliche Arten von Somatisierung inhaltlich zu differenzieren, stammt von Kirmayer und Robbins (1991), die eine Unterscheidung von »hypochondriacal 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 entsprechende 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 Organsystem umfassen das chronische Erschöpfungssyndrom, das Fibromyalgiesyndrom, das prämenstruelle Syndrom, die idiopathische umweltbezogene Intoleranz (die früher als multiple chemische Sensitivität bezeichnet wurde) sowie den nichtkardialen 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 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 Das Verschwinden der somatoformen Störungen als eigenständige Kategorie im DSM-5

Wie bereits erwähnt, hat das DSM-5 (American Psychiatric Association 2013; Falkai et al. 2015) die Begriffe »somatoform« und »Somatisierung« aufgegeben und die diesbezüglichen Störungsbilder in ein umfassendes Kapitel mit der Bezeichnung »Somatische Belastungsstörungen« integriert (englisch: »somatic symptom disorders«). Umfassend bedeutet, dass neben medizinisch unerklärten auch medizinisch erklärte Symptome berücksichtigt werden, also keine Unterscheidung dieser beiden Auftretensformen mehr stattfindet.

Die Diagnosen Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung und Schmerzstörung wurden abgeschafft. Diese Störungsbilder ordnet das DSM-5 nun allesamt der »somatischen Belastungsstörung« zu. Daher umfasst diese neue Diagnose ein Konglomerat sehr unterschiedlicher klinischer Erscheinungsbilder. Voraussetzung ist lediglich das Vorhandensein von mindestens einem körperlichen Symptom, das als belastend erlebt wird oder zu erheblichen Beeinträchtigungen des Alltagslebens führt. Weiterhin sind für die Diagnosenstellung mindestens eines von drei aufgeführten psychologischen Symptomen erforderlich:

- übertriebene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der Symptome,

- anhaltend hohes Angstniveau bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome,
- exzessiver Zeit- und Energieaufwand bez. der Symptome oder Gesundheitssorgen.

Die Symptombelastung muss zudem persistierend über mindestens 6 Monate andauert haben. Falls Schmerzsymptome im Vordergrund stehen, so kann dies als zusätzliche Spezifizierung der Diagnose hervorgehoben werden.

Neben der Kernkategorie der somatischen Belastungsstörung listet das neue DSM-5-Kapitel folgende weitere Diagnosen auf: Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen), die Diagnose »Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen«, Vorgetäuschte Störung (mit vorgetäuschten oder selbst herbeigeführten körperlichen Symptomen) sowie die obligaten Restkategorien anderer bzw. nicht näher bezeichneter somatischer Belastungsstörungen. Ein Teil der Patienten, die früher mit einer Hypochondrie diagnostiziert wurden, können der neuen Kategorie »Krankheitsangststörung« zugeordnet werden. Diese Diagnose darf allerdings nur gestellt werden, wenn die Krankheitsängste mit körperlichen Symptomen höchstens geringer Intensität einhergehen. Sind die körperlichen Symptome stärker ausgeprägt, so ist nicht die Krankheitsangststörung, sondern die o. g. somatische Belastungsstörung als Diagnose zu wählen. Hier wird erneut deutlich, dass die somatische Belastungsstörung keinesfalls eine homogene Störungsgruppe darstellt, sondern vielmehr eine Art »Sammeltopf« für höchst unterschiedliche Erscheinungs- und Verlaufsformen.

Das neue DSM-5-Kapitel der somatischen Belastungsstörung ist in vielerlei Hinsicht kritisiert worden (Rief und Martin 2014; Hiller und Rief 2014) und es ist fraglich, ob es jemals wissenschaftlich und klinisch akzeptiert werden wird. Ganz generell ist die fehlende Unterscheidung zwischen medizinisch erklärten und nichterklärten Körpersymptomen schon aufgrund der unterschiedlichen Entstehungsbedingungen fragwürdig. Zu den Kritikpunkten gehört ferner, dass die neue Logik nicht konsequent durchgehalten wurde, da die Konversionsstörung auch im DSM-5 durch Symptome definiert ist, die »nicht mit bekannten neurologischen und körperlichen Störungen in Einklang stehen« (Falkai et al. 2015). Unklar ist zudem die Abgrenzung zwischen der somatischen Belastungsstörung und der Diagnose »Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen«, da beide Diagnosen medizinisch erklärte Symptome beinhalten. Letztlich entspricht auch die Eingrenzung der Hypochondrie (Krankheitsangststörung) auf Formen ohne oder mit allenfalls leichten körperlichen Symptomen weder dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand noch den Erfordernissen der klinischen Praxis (Rief und Martin 2014). Die im DSM-5 vorgeschlagene Definition der Krankheitsangststörung

passt streng genommen nicht in das Kapitel der somatischen Belastungsstörung (wegen des Ausklammerns körperlicher Symptome), hätte also eher im Kapitel der Angststörungen einen angemessenen Platz gefunden.

Wir schlagen daher vor, sich bei der wissenschaftlichen und klinischen Arbeit mit Patienten, die unter medizinisch nicht ausreichend erklärten Körpersymptomen leiden, an der ICD-10- und nicht an der DSM-5-Klassifikation zu orientieren. In diesem Sinne sind auch die Inhalte dieses Manuals zu verstehen. Dies schließt nicht aus, dass der Begriff der Somatisierung aufgrund seiner engen Verzahnung mit empirisch unzureichend fundierten psychodynamischen Konzepten durchaus kritisch hinterfragt werden kann. Im Zweifelsfall sollte man die neutralere, explizit deskriptive Bezeichnung »somatoform« vorziehen. Für die bevorstehende Einführung des revidierten ICD-11-Systems ist vermutlich zu erwarten, dass das Konzept der somatoformen Störungen aufrechterhalten wird, möglicherweise aber unter der neuen Bezeichnung Bodily Distress Syndrome (Budtz-Lilly et al. 2015a; Gureje 2015).

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 bez. 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 begrifflichen Vorschlägen zu unerklärten Körperbeschwerden ist in der therapeutischen Praxis das international anerkannte Klassifikationssystem **ICD-10** (Dilling und Freyberger 2000; World Health Organization 1992) maßgeblich. Es 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 der ICD-10 (bzw. des DSM-5) eingeordnet werden können. In ► Abschn. 1.3.2 wird auf Besonderheiten im diagnostischen Prozess bei somatoformen Beschwerden hingewiesen. ► Abschn. 1.3.3 geht 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 der ICD-10 und dem DSM-5

Unerklärte Körperbeschwerden werden nach der ICD-10 der Kategorie »F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen« und nach dem DSM-5 den »somatischen Belastungsstörungen« zugeordnet. Der Begriff der somatoformen Störung war 1980 erstmals durch das damalige DSM-III eingeführt und 1994 in die damalige 10. Revision der ICD übernommen worden. In den Vorgängerversionen dieser Klassifikationssysteme hatte die diesbezügliche Bezeichnung »Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs« (Kategorie 306 in der ICD-9) gelaute.

In ■ Tab. 1.1 sind die einzelnen Störungsbilder (Diagnosen) der somatoformen Störungen der ICD-10 und des DSM-5 gegenübergestellt. Auf die Hypochondrie (Krankheitsangststörung) soll hier nicht weiter eingegangen werden, da diese Störung nicht primär durch körperliche Symptome, sondern durch Krankheitsängste definiert ist.

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 (ICD-10: F45.0)

Für die Somatisierungsstörung müssen mindestens 6 Symptome aus einer vorgegebenen Symptomliste vorliegen. Die Symptome müssen bereits mindestens 2 Jahre lang andauert haben 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.

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

Die somatoforme autonome Funktionsstörung hat sich in der internationalen Forschungsliteratur nicht nachhaltig durchgesetzt. Nach den diagnostischen Kriterien müssen mindestens 3 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 (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 dis-

■ Tab. 1.1 Gegenüberstellung der somatoformen Störungen bzw. Störungen mit körperlichen Symptomen in der ICD-10 und im DSM-5

ICD-10	DSM-5
Somatisierungsstörung	Somatische Belastungsstörung
Undifferenzierte somatoforme Störung	
Somatoforme autonome Funktionsstörung	
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	
Dissoziative und Konversionsstörungen ^a	Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen)
Hypochondrische Störung ^b	Krankheitsangststörung
Sonstige/nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	Andere und nicht näher bezeichnete somatische Belastungsstörung

^a zählen in der ICD-10 nicht zu den somatoformen Störungen, sondern stellen eine eigene Störungskategorie dar.

^b Die Hypochondrische Störung nach ICD-10 ist innerhalb des DSM-5 in den beiden Diagnosen »Somatische Belastungsstörung« und »Krankheitsangststörung« repräsentiert. Die Krankheitsangststörung ist hierbei als »Rest-Kategorie« konzipiert, die lediglich im Falle von starken Krankheitsängsten bei fehlenden oder lediglich gering ausgeprägten Körpersymptomen zu diagnostizieren ist. Beim weit- aus häufigeren Fall von starken Krankheitsängsten und gleichzeitigen deutlichen körperlichen Beschwerden ist die DSM-5 Diagnose »Somatische Belastungsstörung« zu wählen.

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)

order« (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 4 und bei Frauen mindestens 6 somatoforme Symptome vorliegen müssen.

■ **Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)**

Bei dieser Störung besteht die somatoforme Symptomatik ausschließlich aus einem oder mehreren Schmerzsymptomen. Es wird eine Mindestdauer von 6 Monaten vorausgesetzt. Patienten mit der klinischen Diagnose einer Fibromyalgie erfüllen in der Regel die Kriterien dieser Störung. Ergänzend zu der anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung wurde eine Kodierung für die »chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren« (Nilges und Rief 2010) eingeführt. Sie ermöglicht die Kodierung von Schmerzen, bei denen ein somatischer Krankheitsfaktor als Auslöser und häufig auch als aufrechterhaltender Faktor vorhanden ist bzw. sehr wahrscheinlich ist. Damit lassen sich Schmerzsyndrome im Rahmen der F-Kategorie der ICD-10 klassifizieren, die nicht im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingeordnet werden können, wie z. B. Migräne, Kopfschmerzen vom Spannungstyp oder das chronische regionale Schmerzsyndrom (CRPS), welches auch unter dem Begriff Morbus Sudeck bekannt ist.

■ **Konversionsstörung (ICD-10: F 44)**

Die Konversionsstörung ist begrenzt auf neurologische Symptome des willkürlichen motorischen oder sensori-

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)

schen 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, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F45.9)

Als Restkategorie ist in der ICD-10 die Diagnose einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung 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 sog. funktionellen Syndrome, die allerdings in der ICD-10 nicht definiert sind. Sie sind jedoch im klinischen Sprachgebrauch häufig anzutreffen. Die häufigsten Begriffe werden in der folgenden ► Übersicht dargestellt:

Funktionelle Syndrome

- **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
- **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 oder somatischen Belastungsstörungen 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) – im Kapitel der affektiven Störungen des DSM-5. Diese Diagnosen können daher systematisch gestellt werden, müssen dann aber entsprechend den Kriterienkatalogen der ICD-10 (oder des DSM-5) verschlüsselt werden. Nach der ICD-10 kann man die Kategorie der anderen bzw. nicht näher bezeichneten somatoformen Störung auswählen oder 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 in der ICD-10 sowie im DSM-5 beschriebenen somatoformen Störungen werden typischerweise aufgrund einer freien klinischen Exploration oder mithilfe strukturierter Interviews diagnostiziert. Außerdem können Fragebogenverfahren eingesetzt werden (► Abschn. 1.3.4), um Hinweise auf das etwaige Vorliegen einer somatoformen Störung zu erhalten (sog. Screening) oder um 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 Diagnosestellung sollte stets auf einer Fremdexploration und nicht auf Fragebogendaten beruhen. Als Prototyp des klinischen Interviews gilt das »**Strukturierte Klinische Interview**« (SKID), das allerdings in seiner auf das DSM-5 bezogenen Form (First et al. 2015) bei der Abfassung dieses Texts noch nicht in deutscher Sprache vorlag. In der früheren DSM-IV-Version des SKID (Wittchen et al. 1997) befand sich ein eigener Abschnitt für die Gruppe der somatoformen Störungen. Gesundheitliche Belastungen und körperliche Symptome konnten entsprechend den diagnostischen Kriterien des DSM-IV erfragt 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 (■ 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 und 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 Diagnosealgorithmen 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 et al. (1997c) entwickelten »**Internationalen Diagnose-Checklisten**« (IDCL) dar, die für die Diagnosestellung nach ICD-10 verfügbar sind. 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 o. g. 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.

Für speziellere, nicht in der ICD-10 aufgeführte somatoforme und funktionelle Syndrome wie das chronische Erschöpfungssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome) oder das Reizdarmsyndrom (Colon irritabile) existieren unseres Wissens keine strukturierten Verfahren zur Diagnosestellung.

■ Symptom – Syndrom – Diagnose

Das Grundprinzip einer jeden diagnostischen Untersuchung – die sorgfältige Unterscheidung zwischen Symptom, Syndrom und Diagnose – spielt insbesondere bei der Diagnostik unerklärter Körperbeschwerden eine besondere Rolle. Zunächst ist zu prüfen, ob bei dem Untersuchten körperliche Symptome ohne oder ohne ausreichende organmedizinische Erklärungen vorhanden sind oder in der Vergangenheit vorhanden waren. Die längsschnittliche Betrachtung ist wichtig, da es möglich ist, dass einzelne Symptome nur vorübergehend auftreten und daher der längerfristige Verlauf durch ein Kommen und Gehen unterschiedlicher Körperbeschwerden gekennzeichnet ist. Die Bewertung »organisch begründet« oder »somatoform« sollte unbedingt bereits auf der Symptomebene getroffen werden. Natürlich kann ein Patient sowohl organische Krankheiten als auch medizinisch unklare Beschwerden gleichzeitig haben. Für die Diagnose einer **somatoformen Störung** dürfen aber nur die Letzteren gewertet werden.

➤ **Es ist zu beachten, dass somatoforme Symptome nicht zwangsläufig in eine entsprechende Diagnose münden müssen.**

Aus epidemiologischen Studien ist bekannt, dass medizinisch unklare Körperbeschwerden jeglichen Schweregrads ein allgegenwärtiges Phänomen darstellen (z. B. vorübergehendes leichtes Kopfweg, Kreuzschmerzen, Verdauungsprobleme). In einer Studie von Hiller et al. (2006) gaben rund 80 % von repräsentativ Befragten aus der deutschen Normalbevölkerung aktuelle somatoforme Beschwerden an. Tatsächlich konnte aber nur bei etwa 10–15 % von ihnen aufgrund der Schwere der Symptomatik oder der daraus folgenden Beeinträchtigungen eine somatoforme Störung diagnostiziert werden. Um falsch positive Diagnosen aufgrund (harmloser) Beschwerden ohne Krankheitswert zu vermeiden, sollten nur klinisch bedeutsame Symptome berücksichtigt werden. Im Sinne einer Faustregel empfehlen wir, von klinischer Relevanz dann auszugehen, wenn der Betroffene wegen des Symptoms einen Arzt aufgesucht, Medikamente eingenommen oder seinen Lebensstil geändert hat.

➤ **Liegen mehrere klinisch bedeutsame somatoforme Symptome vor, so stellen diese im Sinne eines »Symptombündels« ein somatoformes Syndrom dar.**

Beispielsweise liegt ein Schmerzsyndrom vor, wenn ein Patient über Kopf-, Rücken-, Gelenk- und abdominelle Schmerzen (also mehrere einzelne Schmerzsymptome) klagt. Von einem »multiplen somatoformen Syndrom« wird gesprochen, wenn mehrere Einzelsymptome aus unterschiedlichen Körperregionen und Organsystemen vorliegen (Rief 1995).

➤ **Um eine Störungsdiagnose stellen zu können, müssen zum Syndrom weitere Merkmale hinzukommen (z. B. eine bestimmte Dauer oder Verlaufscharakteristika, Beeinträchtigungen in der Lebensführung, Ausschlusskriterien zur Abgrenzung gegenüber anderen psychischen Störungen).**

Bei den somatoformen Störungen ist ein Syndrom nicht zwingend erforderlich, sondern eine Diagnose kann bereits bei einem schweren und belastenden Einzelsymptom begründet sein (z. B. Schmerzstörung bei schweren Rückenschmerzen, wenn diese mit Krankheitsverhalten und psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden sind).

In der ► Übersicht Symptome somatoformer Störungen nach der ICD-10 sowie dem früheren DSM-IV sind Symptome aufgeführt, die bei der Abklärung einer etwaigen somatoformen Störung gezielt überprüft werden können. Es handelt sich um alle Symptome, die in den diagnostischen Kategorien der ICD-10 oder des früheren DSM-IV aufgeführt sind bzw. waren.

Symptome somatoformer Störungen nach der ICD-10 sowie dem früheren DSM-IV

- Kopf- oder Gesichtsschmerzen
- Abdominelle Schmerzen
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Schmerzen in den Extremitäten
- Brustschmerzen
- Schmerzen im Rektum
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Schmerzen beim Wasserlassen
- Übelkeit
- Völlegefühl
- Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch
- Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft)
- Vermehrtes Aufstoßen
- Aerophagie, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich
- Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen
- Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge
- Mundtrockenheit
- Häufiger Durchfall
- Flüssigkeitsaustritt aus dem Anus
- Häufiges Wasserlassen
- Palpationen
- Druckgefühl in der Herzgegend
- Schweißausbrüche (heiß oder kalt)
- Hitzewallungen oder Erröten

- Atemnot ohne Anstrengung
- Hyperventilation
- Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung
- Flecken oder Farbänderungen der Haut
- Sexuelle Gleichgültigkeit
- Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich
- Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen
- Lähmung oder Muskelschwäche
- Schluckschwierigkeiten oder Kloßgefühl im Hals
- Flüsterstimme oder Stimmverlust
- Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- Sinnestäuschungen
- Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung
- Parästhesien
- Sehen von Doppelbildern
- Blindheit
- Verlust des Hörvermögens
- Krampfanfälle
- Amnesie
- Bewusstseinsverlust (anders als einfache Ohnmacht)
- Bei Frauen:
 - Schmerzhafte Menstruationen
 - Unregelmäßige Menstruationen
 - Sehr starke Menstruationen
 - Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft
 - Ungewöhnlicher oder verstärkter vaginaler Ausfluss
- Bei Männern:
 - Erektions- oder Ejakulationsstörungen

1.3.3 Differenzialdiagnostische Abgrenzung

Am sorgfältigsten müssen somatoforme Störungen gegenüber organischen Erkrankungen und Angststörungen abgegrenzt werden. Eine differenzielle Zuordnung sollte bereits auf der Symptomebene stattfinden. Es ist möglich, dass körperliche Symptome unterschiedlichen Typs vorhanden sind und infolgedessen die Störungen bzw. Erkrankungen auch komorbide vorhanden sein können.

- **Die zunächst wichtigste differenzialdiagnostische Überlegung betrifft die Frage, ob eine organische Krankheit vorliegt.**

Die angemessene organomedizinische Abklärung ist Aufgabe des Haus- oder Facharztes. Die Interpretation medi-

zinischer Befunde ist vom Fachwissen, der Erfahrung und der speziellen Bewertung der Ärzte abhängig. Zudem wird der Grenzbereich des medizinisch Erklärbaren durch neue Forschungsergebnisse laufend verändert und erweitert. In der Praxis bewährt es sich, von somatoformen Symptomen dann auszugehen, wenn die Beschwerden nicht als Bestandteil einer gegenwärtig in der Medizin bekannten und allgemein anerkannten organischen Krankheit angesehen werden können.

Die **Dichotomie »organisch« vs. »nichtorganisch bedingt«** sollte in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden, da nach der ICD-10 eine somatoforme Störung in bestimmten Fällen auch dann diagnostiziert werden kann, wenn das oder die betreffenden Symptome organisch mitverursacht sind. Nach der ICD-10 beispielsweise sind Symptome auch dann als »somatoform« zu werten, wenn die zugrunde liegende körperliche Erkrankung »nicht die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung« erklärt. Beispielsweise können Rückenschmerzen, die sich aufgrund eines Bandscheibenvorfalles entwickelt haben, in diesem Sinne als somatoforme Beschwerden angesehen werden, falls das Ausmaß der Schmerzen allein durch den orthopädischen Befund nicht erklärbar ist und sich übermäßige psychosoziale Beeinträchtigungen entwickelt haben.

■ Angststörungen

Die Abgrenzung gegenüber den Angststörungen ist insofern von besonderer Bedeutung, als körperliche Symptome auch als physiologische Angstkorrelate auftreten können. Treten z. B. Symptome wie Herzrasen oder Schweißausbrüche nur während Panikattacken oder bei phobischen Reaktionen auf, so sind sie nicht als Teil einer somatoformen Störung zu werten. Durch die zeitliche Begrenztheit der Angstattacken können körperliche Angstkorrelate und somatoforme Symptome meistens problemlos voneinander abgegrenzt werden. Etwas schwieriger ist die Abgrenzung gegenüber der generalisierten Angststörung, da diese ähnlich wie die somatoformen Störungen längere Zeit andauert. Jedoch müssen bei der generalisierten Angststörung anders als bei den somatoformen Störungen fortdauernde Sorgen und Befürchtungen über diverse Gegebenheiten des Alltags vorliegen.

■ Depressive Störungen

Es wird manchmal vermutet, dass medizinisch unklare Körperbeschwerden auch als Bestandteil einer anderen psychischen Störung auftreten können, z. B. im Kontext einer depressiven Störung (Stichwort »somatisierte Depression«). Zur Abgrenzung sollte zunächst genau geprüft werden, ob die vorliegenden körperlichen Symptome tatsächlich in den Kriterienkatalogen der betreffenden Stö-

1 rungen aufgeführt sind. Beispielsweise ist Erschöpfung Teil eines typischen depressiven Syndroms, jedoch finden sich weitere Körperbeschwerden weder in der Definition der Major Depression (entspricht der depressiven Episode und rezidivierenden depressiven Störung in der ICD-10) noch bei der dysthymen Störung. Zudem sollte der Verlauf der körperlichen und affektiven Symptome sorgfältig verglichen werden. Treten beispielsweise Erschöpfungszustände auch in depressionsfreien Zeiten auf, so kann dieses Symptom nicht nur als Teil einer depressiven Störung interpretiert werden. In den meisten Fällen liegt keine klare Parallelität der körperlichen und depressiven Symptomatik vor, sodass entsprechend dem Komorbiditätsprinzip mit der Vergabe mehrerer Diagnosen vorzugehen ist (siehe auch Rief et al. 1992).

■ Psychotische Störungen

Gelegentlich kann die Abgrenzung somatoformer Störungen gegenüber psychotischen Störungen wie der Schizophrenie von Bedeutung sein, insbesondere wenn die Halluzinationen und Wahnvorstellungen von Patienten auf die eigenen Körperfunktionen bezogen sind. Es handelt sich meist um bizarre Wahrnehmungen wie das Spüren einer Schlange im Darm oder Kälteempfindungen im Gehirn, womit häufig auch Fremdbeeinflussungserleben einhergeht. Solche Phänomene werden im psychiatrischen Sprachgebrauch als zönaesthetische (coenäesthetische) Halluzinationen beschrieben. Sie sollten nicht als somatoforme Symptome berücksichtigt werden. Die Komorbidität zwischen einer psychotischen und einer somatoformen Störung ist jedoch damit nicht ausgeschlossen.

■ Simulation und vorgetäuschte Störungen

Abzugrenzen sind somatoforme körperliche Symptome auch von solchen, die im Rahmen einer Simulation oder einer vorgetäuschten Störung auftreten. Bei der Simulation erfindet die Person ein tatsächlich nicht vorhandenes Symptom, um damit einen Vorteil zu erzielen (z. B. eine Gleichgewichtsstörung, um für den Wehrdienst ausgemustert zu werden). Bei der vorgetäuschten Störung wird ein Symptom absichtlich erzeugt, um die Krankenrolle einnehmen zu können (z. B. heimliche Einnahme von Heparin zur Vortäuschung einer Blutungsstörung). Ein synonyme Ausdruck ist der der artifiziellen Störung, und in ihrer chronischen Form wird die vorgetäuschte Störung vielerorts auch als Münchhausen-Syndrom bezeichnet.

■ Psychosomatische Erkrankungen

Abschließend sei noch die Differenzialdiagnostik zwischen somatoformen und den »klassischen« psychosomatischen Erkrankungen erwähnt. Zu ihnen gehören u. a. die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa), das Asthma bronchiale, die

rheumatoide Arthritis und die Neurodermitis. Als Leitmerkmal bei der Abgrenzung kann gelten, dass bei diesen Erkrankungen im Gegensatz zu den somatoformen Störungen eine Gewebs- oder Organschädigung vorliegt, auch wenn die Krankheitsursachen unbekannt oder multifaktoriell sind. Für diese Krankheiten existieren eigene Kategorien sowohl in der ICD-10 (F54: Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten) als auch im DSM-5 (F54: Psychologische Faktoren, die eine körperliche Krankheit beeinflussen). Allerdings sind diese Diagnosen nicht auf die oben aufgeführten »klassischen« Krankheiten begrenzt, sondern es können auch weitere Erkrankungen berücksichtigt werden, deren Entstehung, Verlauf und Behandlung durch psychische Bedingungen beeinflusst werden können (z. B. Migräne, Myokardinfarkt, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Gehörs wie Schwerhörigkeit oder Morbus Menière, Epilepsie).

1.3.4 Weitere diagnostische Verfahren

Die diagnostische Abklärung somatoformer Störungen sollte nicht mit der Diagnosestellung enden. Es steht mittlerweile eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung, mit denen diverse **affektive, kognitive und Verhaltensaspekte** ergänzend genauer untersucht werden können. Damit kann eine Art differenziertes **psychopathologisches Profil** für die untersuchte Person erstellt werden. Die in ■ Tab. 1.2 aufgelisteten Verfahren haben sich in wissenschaftlichen Untersuchungen als reliabel und valide erwiesen. Man kann die Verfahren grob unterteilen in

- Beschwerdelisten,
- Verfahren zur Erfassung spezieller Störungsbilder und
- Instrumente, die assoziierte klinische Merkmale erfassen.

Das »**Screening für Somatoforme Störungen**« (SOMS) eignet sich als Ergänzung zur klassifikatorischen Diagnostik, da es alle 55 in der ICD-10 und im früheren DSM-IV aufgelisteten körperlichen Symptome enthält. Der Ausfüllende wird instruiert, nur solche Symptome anzugeben, für die bei ärztlichen Untersuchungen keine ausreichende medizinische Erklärung gefunden wurde. Der SOMS existiert in zwei Versionen: Beim SOMS-2 wird das Vorhandensein einzelner Symptome für den Zeitraum der vergangenen 2 Jahre erfragt, beim SOMS-7T dagegen für die vergangenen 7 Tage. Jedoch kann beim SOMS-7T bei jedem Symptom der Intensitäts-/Belastungsgrad angegeben werden. Diese Version eignet sich somit zur Verlaufsmessung. Der »Patient Health Questionnaire« (PHQ-15) besteht aus nur 15 Items und wird wegen seiner Kürze

■ **Tab. 1.2** Einige Fragebogenverfahren zur erweiterten Diagnostik bei somatoformen Störungen

	Subskalen	Erhobene Merkmale	Autoren
<i>Beschwerdelisten</i>			
Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)	Somatisierungsindex nach DSM-IV und ICD-10	Körperliche Beschwerden	Rief und Hiller (2008)
Patient Health Questionnaire (PHQ-15), Somatisierungsskala	–	Körperliche Beschwerden	Kroenke et al. (2002)
Symptom Checklist (SCL-90-R), Somatisierungsskala	–	Körperliche Beschwerden	Derogatis (1983)
<i>Instrumente für spezielle Störungsbilder</i>			
Fatigue-Skala (FS) (deutsche Version der Chalder Fatigue Scale)	1. Mentale Erschöpfung 2. Körperliche Erschöpfung	Erschöpfungssyndrom	Chalder et al. (1993); Martin et al. (2010)
Whiteley-Index (WI)	1. Krankheitsängste 2. Somatische Symptome 3. Krankheitsüberzeugungen	Hypochondrische Merkmale	Hiller und Rief (2004)
Illness Attitude Scales (IAS)	1. Krankheitsängste 2. Krankheitsverhalten	Hypochondrische Merkmale	Hiller und Rief (2004)
Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT)	1. Hypochondrische Entfremdung 2. Suche nach Rückversicherungen und sozialer Unterstützung 3. Krankheits Sorgen 4. Habituelle Aufmerksamkeitslenkung auf körperliche Empfindungen	Hypochondrische Merkmale	Witthöft et al. (2010)
<i>Erfassung assoziierter Merkmale</i>			
Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)	1. Katastrophisierende Bewertung 2. Intoleranz von körperlichen Beschwerden 3. Körperliche Schwäche 4. Vegetative Missempfindungen 5. Gesundheitsverhalten	Dysfunktionale Kognitionen	Hiller et al. (1997a)
Skala zur Erfassung von Krankheitsverhalten (Scale for the Assessment of Illness Behaviour, SAIB)	1. Verifizierung von Diagnosen 2. Ausdruck der Beschwerden 3. Medikamente/Behandlung 4. Konsequenzen der Erkrankung 5. Körperscanning	Krankheitsverhalten	Rief et al. (2003)
Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV)	1. Kognitive Schmerzbewältigung 2. Behaviorale Schmerzbewältigung 3. Schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung	Schmerzerleben	Geissner (2001)
Pain Disability Index (PDI)	–	Psychosoziale Beeinträchtigungen	Dillmann et al. (1994); Modifizierte Version von Mewes et al. (2009)

gerne eingesetzt. Bei ihm und der Somatisierungsskala der SCL-90-R wird jedoch in der Instruktion nicht zwischen Symptomen mit und ohne medizinische Ursachen unterschieden.

Als Instrumente für **spezielle Störungsbilder** sind beispielhaft nur die »Fatigue-Skala« (FS) und einige auf die Erfassung hypochondrischer Merkmale zielende Instrumente aufgeführt. Als wichtige **assoziierte Merkmale** gel-

ten dysfunktionale Kognitionen hinsichtlich der Wahrnehmung und Interpretation körperlicher Signale, kausale Symptominterpretationen, Krankheitsängste und -überzeugungen, Krankheits- und Schonungsverhalten, Copingstrategien sowie der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung.

Eine weitere diagnostische Option stellen **Symptomtagebücher** dar. Sie können zur differenzierten Verhaltensdiagnostik eingesetzt werden, um beispielsweise den