

Winfried Rief · Wolfgang Hiller

Somatisierungs- störung

2., aktualisierte Auflage

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Somatisierungsstörung

Fortschritte der Psychotherapie

Band 1

Somatisierungsstörung

von Prof. Dr. Winfried Rief und Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Somatisierungs- störung

von Winfried Rief
und Wolfgang Hiller

2., aktualisierte Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Winfried Rief, geb. 1959. 1979-1984 Studium der Psychologie in Trier. 1987 Promotion. Anschließend Tätigkeit in verschiedenen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (u. a. Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee und Klinik Rottenmünster in Rottweil). 1994 Habilitation. Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor. Seit 2000 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg, Leiter der Psychotherapie-Ambulanz sowie des Ausbildungsgangs Psychologische Psychotherapie.

Prof. Dr. Wolfgang Hiller, geb. 1955. 1977-1983 Studium der Psychologie in Göttingen. 1984-1990 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. 1986 Promotion. 1990-1998 Wissenschaftliche und klinische Tätigkeit an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, dort von 1993-1998 Leitender Psychologe. 1996 Habilitation. Seit 1998 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Leiter des Weiterbildungsstudiengangs Psychologische Psychotherapie sowie Leiter der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die erste Auflage des Bandes ist 1998 unter dem Titel „Somatisierungsstörung und Hypochondrie“ erschienen.

© 2011 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2126-1

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Störung	1
1.1	Bezeichnung	1
1.2	Definitionskriterien nach ICD-10	6
1.3	Differenzialdiagnose	9
1.4	Epidemiologische Daten	15
1.5	Verlauf und Prognose	21
1.6	Komorbidität	21
1.7	Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	24
2	Störungstheorien und -modelle	31
2.1	Risikofaktoren	31
2.2	Bedingungsmodell somatoformer Störungen	37
3	Diagnostik und Indikation	42
4	Behandlung	44
4.1	Darstellung der Therapiemethode	44
4.1.1	Behandlungsanlass und Klärung der Rahmenbedingungen	45
4.1.2	Diagnostik und Anamneseerhebung	46
4.1.3	Erfahrungen mit Vorbehandlungen und Entwicklung von Krankheitsmodellen	48
4.1.4	Exploration der Lebenseinschränkung durch die Beschwerden sowie von Bewältigungsversuchen	51
4.1.5	Klärung weiterer Rahmenbedingungen	51
4.1.6	Informationen zur Verhaltens- und Bedingungsanalyse ...	52
4.1.7	Definition von Zielen und Aufbau von Veränderungsmotivation	55
4.1.8	Zum Umgang mit organmedizinischen Störungsmodellen bei Patienten	57
4.1.9	Der Einsatz von Entspannungsverfahren und Stressbewältigung	64
4.1.10	Bedürfnis nach Rückversicherung	65
4.1.11	Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffs	65
4.1.12	Abbau von Schonverhalten	66
4.1.13	Weiterer Abbau von Vermeidungsstrategien	67
4.1.14	Kognitive Therapie katastrophisierender Bewertungen ...	67
4.1.15	Emotionsregulation	70

4.1.16	Training sozialer Kompetenz und Kommunikationsübungen	71
4.1.17	Verbesserung des körperlichen und subjektiven Wohlbefindens; Erhöhung der subjektiven Belastbarkeit ..	71
4.1.18	Berufliche Reintegration	72
4.1.19	Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe	73
4.2	Wirkungsweise der Methoden	74
4.3	Effektivität und Prognose	76
4.4	Varianten der Methode und Kombinationsmöglichkeiten ..	78
4.4.1	Somatisierung bei Kindern	78
4.4.2	Behandlung bei Vorliegen mehrerer psychischer Störungen	79
4.4.3	Der Einsatz von Psychopharmaka	80
4.5	Probleme bei der Durchführung	82
5	Ausblick	83
6	Weiterführende Literatur	84
7	Literatur	85
8	Anhang	90
	Beispiel für ein Bedingungsmodell	90
	Schaubild zur Veranschaulichung der Funktion von Schon- und Vermeidungsverhalten	91
	Übersicht über einige mögliche therapeutische Ansätze ...	91
	Was tun bei Problemen in der Therapie?	92
	Eine kleine Hilfestellung für Ärzte	92

Karte:
 Kurzanleitung für die Exploration

1 Beschreibung der Störung

Im Gegensatz zu vielen anderen psychischen Störungen galten die somatoformen Störungen lange Zeit als „Neuland“ und weitgehend unerforscht. Während z. B. auf den Gebieten der depressiven Störungen, der Schizophrenie oder den Abhängigkeitserkrankungen seit mehreren Jahrzehnten intensiv wissenschaftlich gearbeitet wurde und daher mittlerweile ein umfangreiches Störungswissen vorliegt, ist der Begriff der somatoformen Störungen erst seit 1980 eingeführt. In vielen klassischen psychiatrischen Einrichtungen wird das Krankheitsbild bis heute als „Stiefkind“ behandelt, da die Anzahl von Patienten¹ mit somatoformen Störungen in diesem Versorgungsbereich nicht allzu groß ist und für psychopharmakologische Behandlungen sehr oft keine klare Indikation besteht. Auch im Bereich der Klinischen Psychologie hat erst in den letzten Jahren das Interesse an störungsspezifischen Modellen und Behandlungsansätzen beträchtlich zugenommen.

**Begriff
Somatoforme
Störungen seit
1980**

Die Anzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen zum Thema der somatoformen Störungen ist jedoch mittlerweile sprunghaft angestiegen. Der Behandler ist somit nicht mehr alleine auf eigene Überlegungen und Improvisation bei diesem Störungsbild angewiesen, sondern kann sich bei vielen Schritten seines Vorgehens auf wissenschaftliche Befunde beziehen. Mit diesem Buch soll dazu beigetragen werden, die bislang vorliegenden Erkenntnisse vor allem in ihrer Praxisrelevanz darzustellen, um so das diagnostische und therapeutische Vorgehen zu erleichtern.

1.1 Bezeichnung²

Mit dem diagnostischen Etikett der somatoformen Störungen wird keineswegs eine homogene Population von Personen beschrieben. Die Bezeichnung dient vielmehr als Oberbegriff für eine Gruppe von Patienten, bei denen medizinisch unklare körperliche Symptome im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen. Die Art der körperlichen Beschwerden sowie die spezielle Kombination von Einzelsymptomen können im Einzelfall sehr

-
- 1 Hier und im Folgenden verwenden wir das grammatikalische Genus, das nicht mit dem natürlichen Geschlecht (Sexus) zu verwechseln ist. Daher sind immer Männer und Frauen gleichermaßen gemeint.
 - 2 Zur weiteren Verbesserung der Lesbarkeit werden nicht alle Literaturhinweise im Text aufgeführt. Interessierte Leser seien auf die angegebene weiterführende Literatur verwiesen.

- Unterscheide:
- polysymptomatisch
 - monosymptomatisch
 - hypochondrisch

unterschiedlich sein. Bei *polysymptomatischen Störungen* entwickeln die betroffenen Patienten eine Vielzahl von unterschiedlichen und wechselnden Symptomen, sodass sich die Aufmerksamkeit und Sorge nach einiger Zeit immer wieder auf andere Körperfunktionen und anatomische Bereiche richtet. Dagegen sind die *monosymptomatischen Störungen* durch nur wenige und eng umschriebene körperliche Beschwerden und Beeinträchtigungen charakterisiert. Auch die Fehlinterpretation von harmlosen körperlichen Missempfindungen als Zeichen einer ernsthaften oder sogar tödlich verlaufenden Krankheit und die damit verbundenen *hypochondrischen Ängste und Überzeugungen* werden den somatoformen Störungen zugerechnet.

Somatoforme Störungen F45 in ICD-10

Ausgerichtet am Leitmerkmal der „körperlichen Symptome ohne organische Ursache“ sind die somatoformen Störungen im Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling et al., 1994) in einem eigenen Unterkapitel (F45) zusammengefasst. Gemeinsam mit den Angststörungen, der Zwangsstörung und den Anpassungsstörungen gehören sie zum Hauptkapitel F4 der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“. In Tabelle 1 sind die einzelnen differenzierbaren Kategorien der somatoformen Störungen nach ICD-10 aufgelistet und den analogen Kategorien des amerikanischen Systems DSM-IV (Saß et al., 1996) gegenübergestellt. Zu den polysymptomatischen Störungen werden nach ICD-10 die *Somatisierungsstörung*, die *undifferenzierte somatoforme Störung* sowie die *somatoforme autonome Funktionsstörung* gezählt. Dagegen ist die *anhaltende somatoforme Schmerzstörung* im Sinne eines monosymptomatischen Störungsbildes auf das Vorhandensein von längerdauernden und durch psychische Faktoren beeinflussten chronischen Schmerzen begrenzt. In der deutschen Ausgabe der ICD-10 wurde 2009 zusätzlich die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F 45.41)“ eingeführt, bei der neben psychischen Faktoren auch körperliche Erkrankungen die Schmerzen (mit-)bedingen. Auch bei der durch neurologische Symptome gekennzeichnete *Konversionsstörung*, die allerdings in der ICD-10 innerhalb eines angrenzenden Kapitels (F44) beschrieben ist, werden psychologische Prozesse angenommen. Anders als in ICD-10 wird die Konversionsstörung bei DSM-IV zu den somatoformen Störungen gerechnet, da auch bei dieser Störungsvariante medizinisch unklare körperliche Beschwerden das zentrale Merkmal darstellen.

Untergruppen somatoformer Störungen

Angst zentral bei Hypochondrie

Neben den genannten Kategorien nimmt die *hypochondrische Störung* eine gewisse Sonderrolle ein, da für diese nicht das bloße Auftreten von körperlichen Beschwerden ausschlaggebend ist, sondern die längerdauernde und ausgeprägte Angst und Besorgnis, eine schwere körperliche Krankheit zu bekommen oder bereits erkrankt zu sein. Da für Krankheitsängste und Hypochondrie ein eigener Band in dieser Reihe erschienen ist (Bleichhardt & Martin, 2010), soll auf dieses Störungsbild hier nur am Rand eingegangen werden. Bei der Hypochondrie scheint durch die Betonung der *Ängste* als zentralem Merkmal eine deutliche Nähe zu den Angststörungen zu bestehen.

Tabelle 1: Somatoforme Störungen in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Somatisierungsstörung (F45.0)	Somatisierungsstörung (300.81)
Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)	Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3x)	–
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)	Schmerzstörung (307.xx)
[Konversionsstörung] ^a	Konversionsstörung (300.11)
Hypochondrische Störung (F45.2)	Hypochondrie (300.7)
[Dysmorphohobie Störung] ^b	Körperdysmorphie Störung (300.7)
[Neurasthenie] (F48.0) ^c	–

Anmerkung: ^a In ICD-10 im Kapitel F44 aufgeführt (dissoziative und Konversionsstörungen); ^b entspricht der körperdysmorphen Störung; in ICD-10 nur als Unterform der hypochondrischen Störung aufgeführt; ^c In ICD-10 unter Kapitel F48 aufgeführt (sonstige neurotische Störungen)

Gut erkennbar wird dies vor allem beim Vergleich mit der Panikstörung, bei der viele der betroffenen Personen ebenfalls unter erheblichen Krankheitsängsten leiden (fast immer werden kardiovaskuläre Erkrankungen befürchtet) und sich meist auch entsprechend intensiv medizinisch abklären lassen. Der nosologische Status der hypochondrischen Störung ist daher nicht unumstritten, doch wird sie in den heutigen Klassifikationssystemen einheitlich zu den somatoformen Störungen gezählt. Aus der klinischen Perspektive wird sie jedoch als Bindeglied zwischen den Angst- und somatoformen Störungen angesehen, zumal auch beim therapeutischen Vorgehen viele Parallelen bestehen. Mit der hypochondrischen Störung weist auch die *körperdysmorphie Störung* Ähnlichkeiten auf. Hierbei bestehen jedoch keine Ängste bezüglich des Vorliegens einer ernsthaften Krankheit, sondern die betroffenen Personen leiden an der (Fehl-)Überzeugung, durch bestimmte äußere Körpermerkmale wie z. B. die Form der Nase oder Hautflecken „entstellt“ oder „hässlich“ zu sein.

Merke:

Der Ausdruck „Somatoforme Störung“ stellt einen Oberbegriff dar, unter dem verschiedene Störungsvarianten und Kategorien zusammengefasst sind. Bei der Diagnosenstellung und Beschreibung einzelner Patienten sollte stets mit den speziellen Kategoriebegriffen gearbeitet werden.

Hysterie als
Vorläufer des
Konzeptes

Als klinisches Konzept und Fachausdruck wurden die somatoformen Störungen 1980 durch die damalige 3. Revision des DSM-Systems (DSM-III) verbindlich eingeführt. Andererseits ist das Phänomen von körperlichen Symptomen ohne organische Ursache natürlich nicht neu, sondern wurde früher mit anderen Ausdrücken bezeichnet. Am ältesten ist der Begriff der *Hysterie*, mit dem über die Jahrhunderte hinweg vielfältige, z. T. auch widersprüchliche und magisch anmutende Bedeutungen verbunden waren. Diese lassen sich bis in die ägyptische und griechische Medizin der Antike zurückverfolgen. Nach dem griechischen Arzt Hippokrates wurde die Hysterie mit abdominellen und Unterleibsbeschwerden bei Frauen in Verbindung gebracht, die einen unerfüllten Kinderwunsch hatten (Hystera ist der griechische Ausdruck für Gebärmutter). Über die Ätiologie bestand lange Zeit die Vorstellung, dass die Symptome durch sexuelle Abstinenz oder aufgrund von Besessenheit durch Dämonen hervorgerufen seien. Im Rahmen der psychoanalytischen Modelle wurde der Begriff der *Konversion* in Zusammenhang mit dem Fall der Anna O. von Freud eingeführt. Danach handelt es sich bei den körperlichen Symptomen um eine „neurotische Scheinlösung“ von intrapsychischen, insbesondere unterdrückten inzestuösen und anderen sexuellen Konflikten. Die Hysterie wurde lange auch als „geheime Botschaft“ im Sinne eines indirekten Ausdrucks von Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen durch Körpersymptome interpretiert. Beispielsweise wurde angenommen, dass Brechreiz durch nicht ausgedrückten Ekel entstehe, unterdrückte Wut zu Erregungen des autonomen Nervensystems führe oder Schluckbeschwerden die Folge von Zumutungen oder Kränkungen seien.

Briquet-
Syndrom als
Neuformulierung
des Hysterie-
Begriffs

Die Arbeiten des französischen Psychiaters Briquet aus dem 19. Jahrhundert wurden in den 1960er-Jahren in den USA durch Samuel B. Guze aufgegriffen und weiterentwickelt. Dabei wurde auch die Relevanz einzelner Symptome für das Gesamtsyndrom näher überprüft. Guze und seine Mitarbeiter prägten den Begriff des *Briquet-Syndroms*, der als Neuformulierung der Hysterie 1972 erstmals im Rahmen der sogenannten Feighner-Kriterien als operationalisierte Diagnose beschrieben wurde. In nur leicht modifizierter Form wurde das Briquet-Syndrom unter der Bezeichnung *Somatisierungsstörung* 1980 in das damals neuartige Klassifikationssystem DSM-III übernommen. Der Ausdruck „Somatisierung“ war ursprünglich mit der Bedeutung assoziiert, dass sich Gefühle in körperlicher Form ausdrücken, heute wird er jedoch überwiegend synonym mit dem Ausdruck „somatoform“ verwendet (Somatisierung = Entwicklung von Körpersymptomen ohne nachweisbare organische Ursache).

Merke:

Die heutige Somatisierungsstörung ist historisch in der Hysterie verwurzelt. Das moderne Störungskonzept ist deskriptiv und geht auf die Arbeiten von Briquet zurück. Stigmatisierende Begriffe wie „Hysterie“ oder „hysterisch“ sollten heutzutage nicht mehr verwendet werden.

Trotz der begrifflichen Vereinheitlichung in den letzten Jahrzehnten ist der *tägliche Sprachgebrauch* in der klinischen Praxis nicht nur auf die Kategorienüberschriften der Klassifikationssysteme begrenzt. Es existieren eine Vielzahl von gängigen und beliebten Diagnosebezeichnungen, die von Praktikern unterschiedlicher Ausrichtung gerne unter spezieller Berücksichtigung ihres Fachgebietes oder zur Kommunikation mit anderen Kollegen verwendet werden (vgl. Kasten). Jedoch sind diese Bezeichnungen in der Regel nicht exakt definiert, betonen nur einzelne Aspekte des Syndroms und sind nicht Bestandteil eines der heutigen Klassifikationssysteme. Ähnliches gilt für die von Praktikern gerne verwendeten Ausdrücke der „larvierten“ oder „somatisierten Depression“. Auf die Problematik dieser Begriffe wird in Kapitel 1.3 bei der Frage der Differenzialdiagnosen noch näher eingegangen.

Viele diagnostische Begriffe für das gleiche Syndrom

Merke:

Folgende ältere Bezeichnungen weisen oftmals auf somatoforme Störungen hin:

- Funktionelle Beschwerden
- Psychovegetatives Syndrom
- Psychovegetative Labilität
- Psychosomatischer Beschwerdekomples
- Globus hystericus (Missempfindungen im Kehlkopfbereich/beim Schlucken)
- Somatisierte oder larvierte Depression
- Vegetative Dystonie
- Nervöses Erschöpfungssyndrom
- Prämenstruelles Syndrom
- Chronisches Magen-Darmsyndrom

Für einige spezifischere Störungsbilder wie das „Colon irritabile“, die „Fibromyalgie“ oder das „Chronic Fatigue Syndrome“ (chronisches Erschöpfungssyndrom), die auch auf ähnliche Symptomaten hinweisen, existieren mittlerweile explizite diagnostische Kriterien außerhalb der offiziellen Klassifikationssysteme. Ähnliches gilt für den Bereich der Kopfschmerzen, für die durch die International Headache Society (IHS) weitgehend akzeptierte und zumindest im Forschungsbereich häufig verwendete Kriterien entwickelt wurden.

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass zusätzlich zur Gruppe der somatoformen Störungen in ICD-10 auch die Diagnose der *Neurasthenie* aufgenommen und definiert wurde. Als „neurasthenische Neurose“ hat dieses Konzept u. a. in der deutschsprachigen Psychopathologie eine lange

ICD-10 unterscheidet Neuasthenie von somatoformen Störungen

Tradition. Während sich diese Diagnose in den angelsächsischen Ländern kaum durchgesetzt hat, stellt die Neuasthenie in China eine häufig gestellte Diagnose unter den psychischen und psychosomatischen Erkrankungen dar. Sie bezeichnet ein Störungsbild, bei dem die Betroffenen wenig belastbar sind und unter Stress oder Anforderung sehr rasch körperliche Symptome sowie ein allgemeines Insuffizienzgefühl entwickeln. Dabei ergeben sich Parallelen zum Konzept des Chronic Fatigue Syndrom. Problematisch an der in ICD-10 aufgenommenen Diagnosenbeschreibung ist jedoch, dass die genauere Abgrenzung zu den somatoformen Störungen unbefriedigend geblieben ist.

1.2 Definitionskriterien nach ICD-10

Eher ICD-10 Forschungskriterien verwenden

Die diagnostischen Kriterien und Entscheidungsregeln der einzelnen Kategorien sind in den sogenannten *ICD-10-Forschungskriterien* (Dilling et al., 1994) aufgeführt. Leider stellt ICD-10 keine einheitliche Publikation dar, sondern es wurde neben den Forschungskriterien ein Parallelband der „klinisch-diagnostischen Leitlinien“ herausgegeben (Dilling et al., 1993). In diesen Leitlinien sind die einzelnen Störungsbilder zwar in weitgehender Übereinstimmung mit den Forschungskriterien beschrieben, die beim Diagnostizieren gezielt zu überprüfenden Kriterien sind aber nicht präzise aufgelistet. Vielmehr handelt es sich um Glossar-ähnliche Beschreibungen, die zwar eine gewisse Orientierung erlauben, doch als Grundlage einer exakten Diagnostik wenig hilfreich sind. Daher sollte sich auch der Praktiker – in Analogie zum amerikanischen DSM-IV-System – an den Forschungskriterien der ICD-10 orientieren.

Symptomlisten zur Klassifikation der Somatisierungsstörung

Eine *Kurzfassung der Kriterien* für die Somatisierungsstörung und die somatoforme autonome Funktionsstörung ist in Tabelle 2 wiedergegeben. Somatisierungsstörung und somatoforme autonome Funktionsstörung sind durch Symptomlisten von 14 bzw. 12 Beschwerden gekennzeichnet, von denen mindestens sechs bzw. drei Symptome vorliegen müssen. Zu beachten ist, dass die somatoforme autonome Funktionsstörung der Somatisierungsstörung hierarchisch übergeordnet ist, da (nach Kriterium A der Somatisierungsstörung) diese nicht diagnostiziert werden darf, wenn Symptome vegetativer Erregung im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes stehen. In dieser Hinsicht besteht eine erhebliche Abweichung vom DSM-IV-System, das die Kategorie der somatoformen autonomen Funktionsstörung gar nicht kennt. Auch ist im DSM-IV die Liste der für die Somatisierungsstörung möglichen Beschwerden mit insgesamt 33 Symptomen wesentlich umfangreicher. Von diesen 33 Symptomen müssen mindestens acht vorliegen, darunter mindestens vier Schmerzsymptome, zwei gastrointestinale Symptome, ein psychosexuelles Symptom und ein pseudoneurologisches Symptom.

Tabelle 2: Kurzfassung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10

<p>Somatisierungsstörung (F45.0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Multiple und wechselnde körperliche Symptome über mindestens zwei Jahre (nicht oder nicht ausreichend durch eine körperliche Krankheit erklärt). b) Andauerndes Leiden und mehrfache Arztkonsultationen. c) Keine oder nur unzureichende Akzeptanz der ärztlichen Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome besteht. d) Mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Gastro-intestinale Symptome:</i> (1) Bauchschmerzen, (2) Übelkeit, (3) Gefühl von Überblähung, (4) schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, (5) Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, (6) häufiger Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus. – <i>Kardiovaskuläre Symptome:</i> (7) atemlos ohne Anstrengung, (8) Brustschmerzen. – <i>Urogenitale Symptome:</i> (9) Miktionsbeschwerden, (10) unangenehme Empfindungen im Genitalbereich, (11) ungewöhnlicher oder verstärkter vaginaler Ausfluss. – <i>Haut- und Schmerzsymptome:</i> (12) Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut, (13) Schmerzen in Gliedern, (14) Extremitäten oder Gelenken, unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühle. e) Nicht nur während einer psychotischen, affektiven oder Panikstörung auf.
<p>Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Vorliegen von Symptomen autonomer (vegetativer) Erregung des Herz- und kardiovaskulären Systems, oberen oder unteren Gastrointestinaltraktes, respiratorischen Systems oder Urogenitalsystems. b) <i>Mindestens zwei vegetative Symptome:</i> (1) Palpitationen, (2) Schweissausbrüche, (3) Mundtrockenheit, (4) Hitzewallungen oder Erröten, (5) Druckgefühl im Epigastrium oder Kribbeln oder Unruhe im Bauch. c) <i>Mindestens ein weiteres Symptom:</i> (1) Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend; (2) Dyspnoe oder Hyperventilation; (3) Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung; (4) Luftschlucken oder brennendes Gefühl im Brustkorb oder im Epigastrium; (5) häufiger Stuhldrang; (6) Miktionsbeschwerden; (7) Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl. d) Keine Störung der Struktur oder Funktion der betroffenen Organe oder Systeme. e) Nicht nur während einer phobischen oder Panikstörung.

Merke:

In den ICD-10-Forschungskriterien sind die diagnostischen Kriterien für die verschiedenen Kategorien der somatoformen Störungen aufgeführt. Diese sollten bei der konkreten Diagnosestellung gezielt überprüft werden. Nur durch systematische Orientierung an den Einzelkriterien ist eine genaue Diagnose und Differenzialdiagnose möglich.

SSI-4,6 und
multisomato-
forme Störung

Eine weitere Diagnose, die *undifferenzierte somatoforme Störung*, ist für nicht wenige Kliniker mit Rätseln behaftet, da für diese Diagnose ein einziges körperliches Symptom bereits ausreicht und auch die übrigen Kriterien kaum einen Unterschied zu den anderen Kategorien erkennen lassen. Es handelt sich bei der undifferenzierten somatoformen Störung im Prinzip um eine Restkategorie zur Somatisierungsstörung und somatoformen autonomen Funktionsstörung. Wenn die Kriterien dieser beiden Diagnosen nicht erfüllt sind, aber dennoch klinisch bedeutsame somatoforme Beschwerden mit einem oder mehreren Körpersymptomen vorliegen, dann kann eine undifferenzierte somatoforme Störung diagnostiziert werden. Dadurch wird die weitere Restkategorie der nicht näher bezeichneten somatoformen Störung (NNB) faktisch überflüssig. In der wissenschaftlichen Literatur haben sich spezifischere Konzepte für die undifferenzierte somatoforme Störung eingebürgert. Am bekanntesten ist der sog. „*Somatic Symptom Index*“, abgekürzt *SSI-4,6* (Escobar et al., 1989), bei dem mindestens vier somatoforme Symptome bei Männern bzw. sechs bei Frauen im bisherigen Störungsverlauf vorgelegen haben müssen. Eine andere Bezeichnung ist die der „*multisomatoformen Störung*“ (Kroenke et al., 1997), die durch das Vorliegen von mindestens drei aktuellen somatoformen Körpersymptomen definiert ist. SSI-4,6 und multisomatoforme Störungen gehen also von einem polysymptomatischen Störungsbild in geringerem Ausmaß als bei der Somatisierungsstörung aus. Aus mehreren Studien ist bekannt, dass sie in der Bevölkerung und in klinischen Einrichtungen wesentlich häufiger auftreten als die enger definierte Somatisierungsstörung. Deswegen haben sie im klinischen Alltag eine große Bedeutung.

Hypochondrie
als Zusatz-
diagnose

Die hauptsächlich auf übermäßige Krankheitsängste und -überzeugungen bezogene hypochondrische Störung kann nach ICD-10 *zusätzlich* zu einer Somatisierungsstörung, somatoformen autonomen Funktionsstörung, undifferenzierten somatoformen Störung, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder Konversionsstörung diagnostiziert werden.

Merke:

In der deutschen Ausgabe der ICD-10 (ICD-10 GM 2009) wurde 2009 die somatoforme Schmerzstörung revidiert. Dabei wurde als neue Diagnose

- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

eingeführt. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn (dann würde man eher die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.50 verwenden).

1.3 Differenzialdiagnose

Das Auftreten einzelner medizinisch unklarer körperlicher Symptome ist nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer somatoformen Störung. Eine Diagnose sollte und darf nur dann gestellt werden, wenn die körperlichen Beschwerden mit erheblichem *subjektiven Leiden* oder mit *Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder familiären Lebensumfeld* verbunden sind. Dies kann durchaus in Analogie zu anderen psychischen Störungen gesehen werden, da z. B. sehr viele Menschen im Laufe ihres Lebens depressive Verstimmungen oder Gefühle von Niedergeschlagenheit empfinden, ohne dass diese emotionalen Veränderungen notwendigerweise lange dauern oder schwerwiegend sind. Insofern setzt die Diagnose einer krankheitswertigen Störung stets klinisch relevante subjektive oder objektive Beeinträchtigungen voraus, was auch im Sinne eines Schweregradskriteriums zu interpretieren ist.

Diagnose nur bei erheblicher Beeinträchtigung

In mehreren klinischen Studien wurde gezeigt, dass bei Patienten mit einzelnen somatoformen Symptomen oftmals auch andere, d. h. nicht somatoforme Störungen vorliegen. Häufig standen dabei die körperlichen Symptome nicht im Vordergrund, sondern es dominierten emotionale und verhaltensbezogene Probleme und die dementsprechend gestellten Diagnosen bezogen sich auf Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Da in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV das sog. *Komorbiditätsprinzip* (multiple Diagnosen) favorisiert wird (vgl. auch Kapitel 1.6), sollten beim Zutreffen der jeweiligen Kriterien grundsätzlich mehrere Störungen diagnostiziert werden. Dies setzt allerdings eine klare Abgrenzbarkeit zwischen somatoformen und anderen Störungen voraus.

Im Folgenden werden wir auf einige differenzialdiagnostische Fragestellungen näher eingehen:

- *Depressive Störungen.* Im Prinzip besteht zwischen somatoformen und affektiven Störungen eine klare Trennlinie, da im einen Fall körperliche Beschwerden und im anderen Fall Veränderungen der Stimmung in Form von Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit und Traurigkeit die entscheidenden Leitsymptome darstellen. Dennoch ist die Abgrenzung in der Vergangenheit mehrfach – vor allem durch das Konzept der „somatisierten Depression“ – in Frage gestellt worden. Nach diesem Konzept werden Somatisierungssymptome den depressiven Störungen zugeordnet und erhalten keinen eigenständigen nosologischen Stellenwert. Durch ihre Tendenz zur Klagsamkeit und der manchmal starren Fixiertheit auf die körperlichen Symptome ist von klinischer Seite immer wieder vermutet worden, dass Patienten mit somatoformen Störungen ihre Gefühle „abwehren“ oder „nicht zulassen“. Insofern unterstellt das Modell der somatisierten Depression eine Art „unterdrückte Depression“, die durch die körperlichen Symptome in verzerrter Form und möglicherweise auch unter soziokulturell akzeptableren Bedingungen zum Ausdruck kommt

Somatisierte
Depression ist
unbelegtes
Konstrukt

(falls z. B. psychische Probleme durch die gesellschaftliche Bewertung weniger Akzeptanz finden als somatische Symptome).

Allerdings konnte das Konzept der somatisierten Depression in wissenschaftlichen Studien nie überzeugend belegt werden. Zwar ist wiederholt beobachtet worden, dass ein Teil der Patienten mit somatoformen Störungen Defizite in der Wahrnehmung und im Ausdruck von Emotionen aufweist, jedoch gehen die körperlichen Beschwerden in vielen Fällen auch mit heftigen Emotionen wie Angst, Traurigkeit oder Verzweiflung einher. Zudem gibt es somatoform gestörte Patienten, die ihre körperlichen Symptome in eher übertriebener und theatralischer Form darstellen und keineswegs in ihren emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten eingeengt zu sein scheinen. Amerikanische Studien belegen, dass somatoforme Störungen in recht eindrucksvoller Weise mit Merkmalen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung kombiniert sein können. In den letzten Jahren wurde das Konzept der somatisierten Depression nicht mehr weiter verfolgt, da durch das Komorbiditätsprinzip die Möglichkeit bestand, neben einer somatoformen Störung zusätzlich auch eine depressive Störung zu diagnostizieren und somit beide Komponenten auf der Diagnoseebene darzustellen. Es bleibt aber nach wie vor offen, ob beiden (deskriptiv unterscheidbaren) Störungsbildern tatsächlich gemeinsame Entstehungsbedingungen zugrunde liegen. Aus einer eigenen Studie wissen wir, dass zwischen dem Erstauftreten der somatoformen und der depressiven Störung viele Jahre liegen können und dass sich in einigen Fällen zuerst die depressive und in anderen Fällen zuerst die somatoforme Störung entwickelt. Daher erscheint es sinnvoll, getrennte Diagnosen zur Verfügung zu haben und das vielschichtige Störungsbild nicht unter einem globalen Konzept zusammenzufassen zu müssen (Rief et al., 1992).

Somatoforme
und depressive
Störungen
haben unter-
schiedlichen
Verlauf

- *Angststörungen.* Gegenüber den phobischen Störungen, der Panikstörung und der generalisierter Angststörung sollten die somatoformen Störungen besonders sorgfältig abgegrenzt werden. Ausgeprägte Angstzustände sind ebenfalls mit körperlichen und insbesondere vegetativen Begleitsymptomen verbunden. Hierzu gehören ein unregelmäßiger oder beschleunigter Herzschlag, Schweißausbrüche, Hitzewallungen und Kälteschauer, Unruhe mit Zittern, Missempfindungen an den Armen oder Beinen sowie Schmerzen oder Druckgefühle im Brustbereich. Diese Symptome dürfen aber nicht als Teil einer somatoformen Störung angesehen werden, wann immer sie ausschließlich in den Angstsituationen und somit als körperliches Angstäquivalent auftreten.

Körperliche
Beschwerden
auch bei Angst-
störungen

Bei den Phobien und der Panikstörung ist die Abgrenzung am klarsten, da es sich um zeitlich begrenzte Angstepisoden handelt (plötzliche und unerwartete Angstattacken bei der Panikstörung, Konfrontation mit dem gefürchteten Stimulus bei der Phobie). Etwas problematischer ist dagegen die Abgrenzung zur generalisierten Angststörung, bei der eine Angstsymptomatik definitionsgemäß über einen längeren, mehrmonatigen Zeitraum hinweg bestanden haben muss, und zwar im Sinne einer allgemeinen

Ängstlichkeit mit übertriebenen Sorgen und Befürchtungen über alltägliche Dinge. Ausschließliche Krankheitsängste gehören nicht hierzu, da diese das charakteristische Merkmal der hypochondrischen Störung darstellen. Der Fokus der subjektiven Beschwerden liegt bei den somatoformen Störungen auf den körperlichen Symptomen, während bei den Angststörungen die affektive Komponente mit Gefühlen von Angst, Furcht und Besorgnis über Risiken des Alltags vorherrscht.

Trotz dieser differenzialdiagnostischen Überlegungen muss betont werden, dass somatoforme und Angststörungen grundsätzlich nebeneinander existieren können. Beispielsweise mag ein Patient über einen längeren Zeitraum hinweg an multiplen somatoformen Beschwerden wie Schmerzen, Darmfunktionsstörungen oder psychosexuellen Problemen leiden und in diesem Zeitraum *zusätzlich* gelegentliche, plötzlich auftretende Panikattacken erleben. Ebenso können sich bei einem Patienten mit einer Phobie im weiteren Verlauf unabhängig von der Angstsymptomatik multiple unklare körperliche Beschwerden entwickeln. In diesem Fall läge die entsprechende diagnostische Komorbidität vor.

- *Psychotische Störungen.* Die Schizophrenie und verwandte Störungen sind typischerweise gegenüber den somatoformen Störungen durch völlig andere Leitsymptome wie Wahn, Halluzinationen oder extreme Denk- und Affektstörungen abgegrenzt. In einigen Fällen können allerdings die Halluzinationen und Wahnvorstellungen psychotischer Patienten auch auf die eigenen Körperfunktionen bezogen sein. Es handelt sich meist um bizarre Wahrnehmungen wie das Spüren einer Schlange im Darm oder Kälteempfindungen im Gehirn, womit nicht selten Fremdbeeinflussungserlebnisse einhergehen. Solche Phänomene werden im psychiatrischen Sprachgebrauch auch als *coenästhetische Halluzinationen* beschrieben. Da sie meist während florider psychotischer Episoden auftreten, werden sie nach ICD-10 nicht als Teil einer somatoformen Symptomatik betrachtet (vgl. Kriterium E der Somatisierungsstörung). Andererseits ist es möglich, dass bei einem psychotischen Patienten neben der hierfür charakteristischen Symptomatik zusätzlich körperliche Symptome ohne halluzinatorischen oder wahnhaften Bezug auftreten. Dann ist es gerechtfertigt, ergänzend zu der psychotischen Störung eine somatoforme Störung zu diagnostizieren.

Eine Schwierigkeit bei der diagnostischen Abgrenzung kann sich bei hypochondrischen Patienten ergeben, die ihre Krankheitsängste und -befürchtungen in offensichtlich unkorrigierbarer und somit wahnhafter Form entwickelt haben. Dies mag beispielsweise bei einem Patienten mit AIDS-Angst der Fall sein, der trotz mehrfacher negativer Laborbefunde unbeirrbar an seiner Überzeugung festhält, an AIDS erkrankt zu sein und sterben zu müssen. Falls neben einer wahnhaften Ausprägung der hypochondrischen Überzeugung keine weiteren psychotischen Symptome vorliegen, sollte an eine wahnhafte Störung (F22 nach ICD-10) gedacht werden.

Differenzialdiagnose zu Angststörungen

Differenzialdiagnose zu Schizophrenie

Unterscheide Hypochondrie und wahnhafte Störung

- *Persönlichkeitsstörungen.* Nach den heutigen Konzepten werden Persönlichkeitsstörungen von anderen psychischen Störungen dadurch unterschieden, dass sie ein langdauerndes, stabiles und in der Person tief verwurzeltes Erlebens- und Verhaltensmuster darstellen. Typischerweise entwickeln sich Persönlichkeitsstörungen bereits in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Im Gegensatz dazu können somatoforme Störungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben erstmals auftreten und in ihrer Symptomatik und Ausformung ausgesprochen variabel sein. Aufgrund dieser zeitlichen Muster im Verlauf dürfte die Differenzialdiagnose daher keine größeren Schwierigkeiten bereiten.

Histrionische
Persönlichkeits-
störung kein
notwendiges
Merkmal
somatoformer
Störungen

Historisch gehörte die Unterscheidung zwischen der Hysterie (der heutigen Somatisierungs- bzw. Konversionsstörung) und der hysterischen Persönlichkeitsstörung (heute als histrionisch bezeichnet) zu einem zentralen Problem der Differenzialdiagnostik. Nach ICD-10 und DSM-IV ist die histrionische Persönlichkeit u. a. durch übersteigerte Emotionalität, massives Verlangen nach Aufmerksamkeit und eine Tendenz zur Dramatik und Theatralisierung in zwischenmenschlichen Kontakten und Beziehungen charakterisiert. Falls im Einzelfall eine somatoforme Störung mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung einhergeht, kann dies mit einer affektbetonten und manchmal „bühnenreifen“ Darbietung der körperlichen Beschwerden verbunden sein. Dennoch sollten die beiden Komponenten durch unterschiedliche Diagnosen voneinander abgegrenzt werden.

- *Vorgetäuschte Störungen und Simulation.* Unsicherheiten entstehen manchmal bei der Frage, ob ein Patient seine körperlichen Symptome nicht einfach „erfindet“ oder sich diese sogar selbst zugefügt hat. Im einfachsten Fall handelt es sich um eine Simulation, bei der der Betreffende über Beschwerden klagt, die er in Wirklichkeit gar nicht empfindet. Typischerweise wird damit eine bestimmte Absicht oder ein offensichtliches Ziel in der Umgebung des Betreffenden verfolgt, z. B. vom Wehrdienst befreit zu werden oder im Krankenhaus ein Essen und ein Bett für die Nacht zu finden. Ist ein solcher äußerer „Vorteil“ nicht zu erkennen, kann es sich um eine vorgetäuschte Störung handeln, die durch den Wunsch und das Bedürfnis motiviert ist, die „Patientenrolle“ einzunehmen. Eine vorgetäuschte Störung kann z. B. vorliegen, wenn sich der Betreffende selbst Speichel in die Haut injiziert und damit Abszesse hervorruft. Ein synonyme Ausdruck ist der der *artifizialen Störung* und in ihrer chronischen Form wird die vorgetäuschte Störung manchmal auch als *Münchhausen-Syndrom* bezeichnet.

Bei Simulation
offensichtliches
Motiv

In der Praxis kann die Unterscheidung zwischen Simulation und vorge-täuschter Störung einerseits und den somatoformen Störungen andererseits schwierig sein. Hinweise für eine vorgetäuschte Störung bestehen, wenn ein für somatoforme Störungen eher untypisches Symptom akut auftritt und medizinisch kaum anders als durch Selbsterzeugung erklärt werden kann (z. B. eine plötzliche einseitige Pupillenweitstellung bei einer neurologisch völlig unauffälligen Patientin, sodass der Verdacht naheliegt,