



Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

Somatoforme Störungen

Psychodynamisch-Interpersonelle
Therapie (PISO)

Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

HOGREFE



**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Band 2

Somatoforme Störungen

vom Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,
Prof. Dr. Falk Leichsenring und Prof. Dr. Günter Reich

Somatoforme Störungen

Psychodynamisch-Interpersonelle
Therapie (PISO)

vom Arbeitskreis PISO (Hrsg.)

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

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 handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<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.

Umschlaggestaltung: Daniel Kleimenhagen, Hildesheim
Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2295-4

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	Grundlagen	1
1.1	Definition	1
1.2	Epidemiologie	2
1.3	Verlauf und Prognose	3
1.4	Nosologie	3
1.4.1	Somatisierungsstörung	4
1.4.2	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	4
1.4.3	Hypochondrische Störung	5
1.4.4	Somatoforme autonome Funktionsstörungen	6
1.4.5	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und chronische Schmerzstörung	6
1.5	Weitere nosologische Aspekte	7
2	Störungstheorien und -modelle	11
2.1	Von der Hysterie zur somatoformen Störung	11
2.2	Biologische Aspekte	14
2.3	Psychische Aspekte	14
2.3.1	Prädisponierende Faktoren	14
2.3.2	Psychodynamische Erklärungsmodelle	15
2.3.3	Ein psychodynamisch-interpersonelles Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung	20
2.3.4	Kognitiv-behaviourale Modellvorstellungen	23
2.4	Soziale und kulturelle Aspekte	27
3	Diagnostik und Indikation	29
3.1	Begriffsbestimmung	29
3.2	Diagnostische Abgrenzung	29
3.2.1	Differenzialdiagnose zu körperlichen Ursachen	30
3.2.2	Differenzialdiagnostik zu anderen psychischen Störungen ...	31
3.3	Angepasste Versorgung in verschiedenen Ebenen	33
3.4	Handlungsempfehlungen in der ambulanten Fachpsychotherapie	33

3.4.1	Diagnostische Leitlinien	34
3.4.2	Zusammenarbeit mit somatischen Behandlern.	34
3.4.3	Erfassung der Motivation und Erwartung.	35
3.5	Kriterien für die Überweisung in stationäre Fachpsychotherapie	35
3.6	Häufige allgemeine Fehler bei der Diagnostik von Patienten mit somatoformen Störungen	36
3.7	Psychometrische Instrumente und Dokumentationshilfen	37
4	Allgemeine Therapieprinzipien und Phasen der PISO-Intervention	38
4.1	Allgemeine Therapieprinzipien	38
4.1.1	Entgegennehmen der Symptomklage	39
4.1.2	Tangentiale Gesprächsführung	40
4.1.3	Konfrontation mit Widerstand und Deutungen vermeiden. . . .	40
4.1.4	Selektiv-authentisches Reagieren.	41
4.2	Allgemeiner Aufbau der PISO-Intervention.	41
4.3	Phase 1 – Symptomverständnis	42
4.4	Phase 2 – Körpersymptome, Affekte, Beziehungsepisoden. . . .	47
4.4.1	Primärer Behandlungsfokus	48
4.4.2	Interventionsformen	49
4.4.3	Therapieleitfaden	53
4.4.4	Die therapeutische Beziehung	56
4.5	Phase 3 – Konsolidierung und Beendigung	58
4.5.1	Interventionsgrundlagen.	59
4.5.2	Booster-Sitzung	62
5	Fallbeispiele	63
5.1	Herr W., 52 Jahre	63
5.2	Herr B., 54 Jahre.	70
6	Zur Wirksamkeit Psychodynamisch-Interpersoneller Therapie	77
6.1	Wissenschaftlicher Hintergrund	77
6.2	Die „PISO-Studie“	79
6.3	Allgemeine Wirkfaktoren und interpersonelle Elemente	85

7	Varianten der Methode und Kombinationen	89
7.1	Varianten.	89
7.1.1	Kooperationen.	91
7.1.2	Patienten	91
7.1.3	Gruppen- oder Einzelsetting	92
7.1.4	Ambulantes oder stationäres Angebot	93
7.2	Dauer und Ziel der PISO-Behandlung	94
7.3	Weiterbildung zum PISO-Therapeuten	95
8	Literatur	97
9	Anhang	103
	Patienteninformation „Psychosomatischer Schmerz“	103
	Zielvereinbarung zu Beginn der Therapie	116
	Schmerztagebuch – Stufe 1	117
	Schmerztagebuch – Stufe 2	118
	Symptomcheckliste zur Erstellung einer „Landkarte der Beschwerden“	119
	Beispiel für einen Abschlussbrief.	121
	Die Autorinnen und Autoren des Bandes	124

Vorwort

Psychotherapie bei körperlichen Beschwerden scheint auf den ersten Blick nicht das therapeutische Mittel der Wahl zu sein. Vermutlich ist deshalb die Behandlung insbesondere organisch nicht erklärter, beeinträchtigender und anhaltender Körperbeschwerden im Rahmen eines psychotherapeutischen Settings erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt des Interesses gerückt.

Dabei sind nicht wenige Schwierigkeiten zu überwinden: Den meisten Patienten¹ ist die Vorstellung, ihre Beschwerden seien psychisch bedingt oder wenigstens mit bedingt, unangenehm und nicht einfach zu vermitteln. Oft fehlt ihnen der Zugang zu ihren Emotionen, deren körperliche Entsprechung dann als Schmerz oder Beschwerde erlebt werden, oder es mangelt ihnen an Konzepten für Zusammenhänge von körperlichem und seelischem Befinden.

Aber auch der Psychotherapeut ist aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung in diesem Bereich nicht automatisch qualifiziert und sicher. Häufig wird er erst spät konsultiert und steht am Ende einer langen Kette von misslungenen und unbefriedigend erlebten Kontakten im Gesundheitswesen. Hierfür sind nicht zuletzt Charakteristika der medizinischen Versorgung verantwortlich, z.B. die Angst der Behandler, eine organische Ursache für eine Beschwerde übersehen zu haben, die zu redundanten Untersuchungen führt, oder das Ohnmachtserleben, diesem als „schwierig“ erlebten Patienten nicht helfen zu können, das die Beziehung kompliziert. Der Patient wiederum wird dazu neigen, sich unverstanden, falsch behandelt, abgeschoben zu fühlen und den nächsten Spezialisten, die nächste Koryphäe aufzusuchen. Für den Psychotherapeuten ist damit der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in diesem Falle in der Regel nicht einfach.

Organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden begegnen dem Behandler unter einer Vielzahl von Bezeichnungen: Übergreifend können sie als „Somatoforme Störungen“ oder „funktionelle Syndrome“ auftreten, für feinere diagnostische Entitäten existieren zahlreiche Begriffe – Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom oder „vielfache Chemikalienunverträglichkeit“ (Multiple Chemical Sensitivity, MCS), um nur einige wenige beispielhaft zu nennen. Für den interessierten Leser möchten wir darauf hinweisen, dass eine ausführliche S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsge-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden für männliche und weibliche Personen stets die männliche Schreibform gewählt.

meinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zum Thema „organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ voraussichtlich 2011 veröffentlicht sein wird.

Im Vorfeld einer diagnostischen Neuorganisation des Krankheitsfeldes „somatoforme Störungen“ standen auch verschiedene Vorschläge für eine bessere Bezeichnung im Raume: Symptomdefinierte Störung (Symptom defined illness or syndrome), Psychosomatische Störung (Psychosomatic disorder) oder Körper-Stress-Störung (Bodily distress syndrome/disorder or bodily stress syndrome/disorder), um drei davon zu nennen. Zumindest die letztere Bezeichnung hätte einen ätiologischen Hinweis bereits im Namen getragen, welcher eine psychotherapeutische Behandlung durchaus naheliegend hätte erscheinen lassen. Es scheint sich nun abzuzeichnen, dass diese Störungsbilder in der Zukunft als „complex somatic symptom disorder“ geführt werden. Diese neue Bezeichnung allein wird wenig daran ändern, dass sich an der symptomübergreifenden somatischen und psychischen Behandlung dieser Erkrankungen in der medizinischen Praxis noch einiges verbessern lässt. Wir danken den Reihenherausgebern der Reihe „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie“ für die Gelegenheit, mit diesem Band zur Verbesserung der psychotherapeutischen Behandlung dieser Störungen beizutragen.

1 Grundlagen

Claas Lahmann, Heribert Sattel, Nina Sauer und Peter Henningsen

1.1 Definition

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch anhaltende beeinträchtigende Körperbeschwerden, für die sich nach angemessener Untersuchung keine ausreichende organische Erklärung im Sinne struktureller Organpathologie finden lässt. Diese Störungen sind auf allen Gebieten des Gesundheitswesens häufig anzutreffen, führen zu einer überproportionalen, dysfunktionalen und besonders kostenintensiven Inanspruchnahme desselben und gehen, insbesondere bei schwereren Verläufen, gehäuft mit Angststörungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen einher. Als Überbegriff für diese Symptome wird daher im Folgenden der Begriff „organisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ verwandt. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome in enger Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten stehen, sind die Patienten von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt und akzeptieren die Möglichkeit einer psychischen Ursache wenig. Ärzte werden mit schwer leidenden Patienten konfrontiert, denen sie nur bedingt helfen können. Das Drängen auf Untersuchungen, das klagende, anklammernde und appellative Verhalten der Patienten und die Unsicherheit bzw. Angst seitens der Ärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen sowie die auftretende Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen stellen das grundlegende Problem der belasteten Interaktion zwischen Ärzten und Patienten dar.

**Somatoforme
Störungen /
organisch nicht
hinreichend
erklärte Körper-
beschwerden**

Wenn es um organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden geht, klagen diese Patienten weltweit am häufigsten über Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation, es folgen organbezogene Funktionsstörungen wie Herz- und Darmbeschwerden oder Schwindel sowie Erschöpfungssymptome. Der Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen gilt traditionell als schwierig, weil die Patienten häufig trotz gegenteiliger Versicherung der Ärzte auf einer organischen Ursache ihrer Beschwerden beharren und psychotherapeutische Hilfe zumindest anfänglich ablehnen. Bei diesem Beharren auf organischen Erklärungen geht es vor allem darum, als legitimer Kranker anerkannt zu werden, mit Körperbeschwerden, die in unserem dichotomen System der Krankheitsklassifikation in das Niemandsland zwischen klar organischen und klar psychischen Störungen fallen.

**Somatoforme
Störungen in
der Praxis**

1.2 Epidemiologie

Eine
versorgungs-
medizinische
Herausforde-
rung

Organisch nicht hinreichend erklärbare Körperbeschwerden sind sowohl im klinischen Alltag als auch in der Allgemeinbevölkerung ausgesprochen häufig und stellen eine versorgungsmedizinische Herausforderung dar. Ungefähr 80 % aller Menschen leiden im Verlauf einer Woche unter Körperbeschwerden, die keiner körperlichen Erkrankung zugeordnet werden können, wobei diese Beschwerden in den allermeisten Fällen selbstlimitierend sind und nicht in eine spezifische somatoforme Störung übergehen. Bei einem Viertel der Betroffenen führen die Körperbeschwerden zu emotionalem Distress (Hiller et al., 2006).

Methodisch anspruchsvolle Erhebungen zu somatoformen Störungen nach den Kriterien der ICD-10 bzw. des DSM-IV wurden im deutschen Sprachraum in den 1990er Jahren durchgeführt. Im bundesweiten Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ und im Rahmen der sogenannten TACOS-Studie lagen somatoforme Störungen mit einer 1-Monats-Prävalenz von 7,5 % hinsichtlich der Punktprävalenz auf dem zweiten Platz nach den Angststörungen und vor den affektiven Störungen. Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz sind somatoforme Störungen mit 12,9 % die dritthäufigsten psychischen Störungen nach Suchtstörungen und Angststörungen (Meyer et al., 2000; Wittchen et al., 1999).

Wesentlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung kommen somatoforme Störungen im somatischen Versorgungssystem vor (Creed et al., 2004). So kann bei mindestens einem von fünf Patienten, die sich aufgrund eines Körpersymptoms in ambulante ärztliche Behandlung begeben, keine ausreichende medizinische Erklärung der Beschwerden gefunden werden (Bridges et al., 1991). In einer internationalen Studie der WHO wurde bei nahezu einem Viertel aller Patienten im Bereich der Primärversorgung mindestens eine somatoforme Störung diagnostiziert, ein Viertel dieser Patienten wiederum erfüllte dabei die Kriterien von zwei oder mehr verschiedenen Formen einer somatoformen Störung (Janca et al., 1999). Hohe Raten organisch nicht ausreichend erklärter Körperbeschwerden finden sich auch in der somatischen Spezialversorgung. Allerdings ist die Häufigkeit somatoformer Störungen, die in den somatischen Fächern meist als funktionelle Syndrome diagnostiziert werden, stark von der jeweiligen Fachdisziplin abhängig (Wessely et al., 1999). So fanden sich in einer Studie von Reid und Kollegen organisch unerklärte Beschwerden nur in einem Fall von 62 Untersuchungen in einer dermatologischen Ambulanz, hingegen in 20 von 40 Untersuchungen einer neurologischen und bei 32 von 59 Untersuchungen in einer gastroenterologischen Ambulanz. Somatoforme bzw. somatisch nur ungenügend zu erklärende Beschwerden fanden sich dabei gehäuft vor allem bei denjenigen Patienten, die die somatischen Spezialambulanzen sehr intensiv in Anspruch nahmen (Reid et al., 2001). Die Zahl organisch unerklärter

Körperbeschwerden ist linear mit der Häufigkeit von Angst- und depressiven Störungen korreliert (Kisely et al., 1997). So liegt bei der schwersten Kategorie somatoformer Störungen, der Somatisierungsstörung, je nach Studie in 44 bis 100 % der Fälle gleichzeitig eine depressive Störung vor; mit einer etwas niedrigeren Häufigkeit finden sich gleichzeitig Angst- bzw. Panikstörungen (Ebel et al., 1998). Im klinischen Alltag zeigen sich dementsprechend mehrheitlich Mischbilder aus ängstlichen, depressiven und somatoformen Symptomen. Diese sind eher in einem mehrdimensionalen Modell mit den Achsen Angst, Depression und somatoforme Körperbeschwerden als in einem System aus getrennten Einzeldiagnosen zu verstehen.

1.3 Verlauf und Prognose

Der Beginn somatoformer Störungen liegt meist in der Spätadoleszenz und im jungen Erwachsenenalter mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem 16. und 30. Lebensjahr. Für die Somatisierungsstörung wird eine erste Symptommanifestation vor dem 30. Lebensjahr von den Diagnosekriterien des DSM-IV (Saß et al., 2003) sogar zwingend vorausgesetzt. Somatisierungssymptome sind in sozial schwachen Schichten häufiger vertreten als in Familien mit höherem Einkommen (Sigvardsson, 1984). Auch findet sich eine Häufung in bestimmten Kulturkreisen, obwohl das Gesamtsyndrom in allen Kulturen bekannt ist.

Während einzelne somatisch nicht ausreichende erklärbare Körperbeschwerden in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet und in den allermeisten Fällen nur vorübergehender Natur sind, nehmen komplexere Körperbeschwerden, die bereits die Kriterien einer somatoformen Störung erfüllen, unbehandelt meist einen chronischen Verlauf.

Patienten, die sich keiner Therapie unterziehen, sind nach 3-jähriger Krankheitsdauer aufgrund ihrer Symptome in einem hohen Prozentsatz arbeitsunfähig (Gureje, 1999; Reid, 2003). Multiple somatoforme Beschwerden im Sinne einer Somatisierungsstörung blieben in Längsschnittstudien unbehandelt selbst über Zeiträume von 6 bis 12 Jahren stabil (Cloninger, 1996). Ein schlechtes Outcome im Langzeitverlauf scheint dabei u. a. mit einer höheren Anzahl geklagter Körperbeschwerden zu korrelieren (Jackson et al., 2006).

1.4 Nosologie

Im klinisch-diagnostischen Leitfaden der ICD-10 werden die Patienten mit anhaltenden, organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden un-

**Eine diagnostische
kategorie
im Umbruch**

ter den psychischen Störungen im Kapitel F45 „Somatoforme Störungen“, eingeordnet (Dilling et al., 2010). Unter diese Oberkategorie werden nach ICD-10 folgende Einzeldiagnosen subsumiert:

- Somatisierungsstörung (F45.0),
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1),
- Hypochondrische Störung (F45.2),
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3),
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) bzw. Chronische Schmerzstörung etc. (F45.41).

Im Folgenden wird nun ein Überblick über die einzelnen somatoformen Störungsbilder nach ICD-10 F45 gegeben. Hinweise zu den für jede dieser Einzeldiagnosen relevanten Differenzialdiagnosen und Abgrenzungen sind in Kapitel 3 zu finden.

Die gegenwärtig laufenden Revisionen der großen Klassifikationssysteme werden jedoch in Änderungen resultieren. Diese können auch zu eingreifenden Änderungen und Verbesserungen der (psycho-)therapeutischen Praxis führen und sollten daher im Sinne der „Continuing Medical Education“ aufmerksam verfolgt werden.

1.4.1 Somatisierungsstörung

Die Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) ist durch das Vorliegen multipler und unterschiedlicher körperlicher Beschwerden gekennzeichnet, die mindestens 2 Jahre anhalten und für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden werden konnte. Wegen der Multiplizität der Beschwerden und einer oft intensiven organischen Ursachenüberzeugung durchläuft der Patient typischerweise zahlreiche medizinische Behandlungseinrichtungen. Häufig gehen die Symptome mit Angst und Depression einher. Das Krankheitsbild verläuft in der überwiegenden Zahl der Fälle chronisch mit gravierenden Gesundheitseinschränkungen und führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen. Diese Extremform somatoformer Störungen ist selten.

1.4.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung

Bei der undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) finden sich häufig Störungsbilder, die die Kriterien der Somatisierungsstörung nur teilweise erfüllen, obwohl eine multiple Symptomatik vorliegt. Dieses Krankheitsbild hat aufgrund seiner Häufigkeit eine hohe Relevanz für die medizinische Versorgung. Gemäß ICD-10 müssen die folgenden Kriterien zur Diagnostik vorliegen: Mindestens 6 Monate anhaltende körperliche

Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde; die symptomatischen Diagnosekriterien für die Somatisierungsstörung sind nicht vollständig erfüllt.

Wegen ihrer niedrigen Schwelle und dem großen Abstand zur Extremform „Somatisierungsstörung“ ist die Aussagekraft dieser Diagnose sehr begrenzt; man weiß nicht, ob es sich um einen gering oder verhältnismäßig schwer beeinträchtigten Patienten handelt. Aus diesen Gründen wurden von verschiedenen Autoren mittelschwere Diagnosen gewissermaßen zwischen F45.0 und F45.1 vorgeschlagen, so z. B. die multisomatoforme Störung nach Kroenke et al. (1997).

Diese von Kroenke et al. (1997) beschriebene multisomatoforme Störung stellt ein in der Praxis bewährtes diagnostisches Konzept zur Klassifizierung multipler Körperbeschwerden dar. Diese diagnostischen Kriterien waren auch Grundlage der im Rahmen des vorliegenden Buches beschriebenen Therapiestudie (vgl. Kapitel 6) und fordern das Vorhandensein von mindestens drei somatoformen Beschwerden im vorangegangenen Monat, die entweder nicht ausreichend somatisch zu erklären sind oder bei zugrunde liegender körperlicher Erkrankung zumindest in der Intensität der Beschwerden bzw. Beeinträchtigung weit über das zu erwartende Maß hinausgehen. Um die Diagnose zu stellen, muss die Symptomatik zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung sozialer, beruflicher oder anderer wichtiger Lebensbereiche führen und trotz des im Allgemeinen fluktuierenden Verlaufs an mehr als der Hälfte aller Tage im Zeitraum der letzten 2 Jahre vorhanden gewesen sein. Da sich dieses Konzept als klinisch praktikable und klarer definierte Alternative vor allem zur undifferenzierten Somatisierungsstörung versteht und sich auch vom Vollbild der Somatisierungsstörung abgrenzt, darf der Schweregrad von letzterer noch nicht erfüllt sein. Auch dürfen die somatoformen Beschwerden nicht ausschließlich während den aktiven Phasen einer anderen, klar definierten psychischen Störung, wie beispielsweise einer depressiven Störung oder Angststörung vorhanden sein oder im Sinne einer artifiziellen Störung willkürlich herbeigeführt worden sein. Diese Kategorie hat – zusammen mit der Somatisierungsstörung – die ungünstigste Prognose (Kroenke & Mangelsdorff, 1989).

**Die multi-
somatoforme
Störung**

1.4.3 Hypochondrische Störung

Vorherrschendes Kennzeichen der hypochondrischen Störung (ICD-10 F45.2) ist die beharrliche, angstgetönte Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden, ausgelöst durch anhaltende körperliche Beschwerden oder ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung. Des Weiteren wird gefordert, dass Patienten sich weigern, den Rat und die

Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, und dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt. Im Unterschied zu den anderen somatoformen Störungen liegt der Akzent mehr auf der Beschäftigung mit der Erkrankung und ihren ängstlich erwarteten Folgen als auf einzelnen körperlichen Symptomen.

Patienten mit einer hypochondrischen Störung zeigen häufig eine sehr geringe primäre Psychotherapiemotivation. Dennoch ist der mögliche Therapieerfolg größer als früher angenommen.

1.4.4 Somatoforme autonome Funktionsstörungen

Sind die körperlichen Beschwerden auf Organe beschränkt, die überwiegend vegetativ innerviert und kontrolliert werden, so sind diese als somatoforme autonome Funktionsstörungen (ICD-10 F45.3) zu diagnostizieren.

Die Diagnose kann gestellt werden, wenn vegetative Symptome vom Patienten als Erkrankung gedeutet werden und diese einem Organsystem zugeordnet werden können, und wenn zwei oder mehr der vegetativen Symptome wie Palpitation, Schweißausbruch, Mundtrockenheit, Hitzewallung, Erröten, Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch und weitere Symptome wie Brustschmerz, Dyspnoe oder Ermüdbarkeit vorhanden sind.

Die Subgruppenaufteilung der somatoformen autonomen Funktionsstörung folgt phänomenologischen Gesichtspunkten: Herz und kardiovaskuläres System (F45.30), oberer Gastrointestinaltrakt (F45.31), unterer Gastrointestinaltrakt (F45.32), respiratorisches System (F45.33), Urogenitaltrakt (F45.34).

Die somatoforme autonome Funktionsstörung wurde im ICD-10 als noch nicht empirisch sicher etabliertes Konzept eingeführt. Das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV sieht diese Diagnose nicht vor.

1.4.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und chronische Schmerzstörung

Sind die vorherrschenden Beschwerden Schmerzen, die nicht ausreichend auf eine physiologische oder körperliche Störung zurückzuführen sind, wird von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) gesprochen. Bei deren Entstehung, Aufrechterhaltung und Schwere kommt definitionsgemäß psychischen Belastungen, Traumatisierungen oder unbewussten Konflikten eine entscheidende Rolle zu, die allerdings in der Praxis

nicht selten schwierig nachzuweisen ist. Häufige Symptome sind dabei vor allem Rücken-, Bauch-, Gelenk- und Muskelschmerzen. Die Suche nach medizinischer oder auch persönlicher Unterstützung und Hilfe ist häufig gesteigert, mitunter auch drastisch.

In Abgrenzung dazu muss für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung vorliegen (ICD-10 F45.41). Die psychische Komponente trägt hier zur Aufrechterhaltung und zum Schweregrad bei, nicht zur Entstehung. Die Beschwerden müssen seit mehr als 6 Monaten bestehen und zu einer klinisch relevanten Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen führen.

Ebenso wie die psychische Komponente ist auch der somatische Prozess nicht immer oder eindeutig zu identifizieren. Bei der Differenzialdiagnostik zwischen diesen beiden Formen der Schmerzstörung können charakteristische anamnestische Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung richtungsweisend sein (Egle et al., 1991): der Erkrankungsbeginn liegt vor dem Alter von 35 Jahren, wenig Geborgenheit im Elternhaus, wenig Verständnis des Partners für die Schmerzsymptomatik, geringe Qualität der Paarbeziehung sowie erhöhte Rate an Belastungen in der Kindheit.

1.5 Weitere nosologische Aspekte

Parallel zur Klassifikation als psychische Störung im Kapitel F45 der ICD-10 werden die Patienten mit anhaltenden, organisch nicht ausreichend erklärba- ren Körperbeschwerden auch in vielen Bereichen der somatischen Medizin klassifiziert, und zwar dort als sogenannte funktionelle Syndrome, so z. B. Fibromyalgie (ICD-10 M79.0) in der Rheumatologie, Reizdarmsyndrom (K58) in der Gastroenterologie, Pelvipathie (N94) in der Gynäkologie etc. Eine gewisse Sonderstellung nimmt das Chronic Fatigue Syndrome ein, da es sich nicht mit einem bestimmten Organsystem in Verbindung bringen lässt. Diese funktionell-somatischen Syndromdiagnosen beschränken sich jedoch auf eine (schein-)erklärende Deskription und Klassifikation der geschilder- ten Symptome. Es fehlen Aussagen zum Schweregrad der Störung sowie zu den neben den Beschwerden auffälligen Kognitionen. Hierzu gehören beispielsweise eine organisch fixierte Ursachenüberzeugung der Patienten und weitere Aspekte des Krankheitsverhaltens. Die einzelnen funktionellen somatischen Syndrome überlappen sich stark, was auch so gedeutet werden kann, dass die Aufteilung zumindest teilweise lediglich der spezialisierten differenzierten somatischen Versorgung geschuldet ist (Wessely et al., 1999). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vielfältigen Erscheinungsweisen von organisch nicht hinreichend erklärtem Schmerz, wie er in verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen beschrieben wird.

**Somatoforme
Störung und
funktionelle
Syndrome –
eine(s) oder
viele?**

Tabelle 1: Überblick über klinisch relevante somatoforme Symptome am Beispiel „Schmerz“ in verschiedenen Versorgungskontexten (AWMF-Leitlinie „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“, in Vorbereitung)

Versorgungskontext	Häufige somatoforme Schmerzsymptome/Diagnosen
Psychosomatik, Psychiatrie, Klinische u. Medizinische Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> • anhaltende somatoforme Schmerzstörung • chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
Allgemein- und Familienmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • abdominelle Beschwerden (Reizmagen und Reizdarm): Bauchschmerzen • Unterbauchbeschwerden/urogenitale Beschwerden: chronische Unterbauchschmerzen, Pelvipathiesyndrom • häufiges schmerzhaftes Wasserlassen, Schmerzen im Unterbauch/Damm, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; bei der Frau: schmerzhafte Regelblutungen • thorakale Beschwerden: Stiche, in der Herzgegend, retrosternale Schmerzen • Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation: Kopf- oder Gesichtsschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen (Rücken, Arme oder Beine, Gelenke), organbezogene Schmerzen (Magen/Darm, Brust)
Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> • atypischer Brustschmerz
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> • (Spannungs-)Kopfschmerz, atypischer Gesichtsschmerz
Orthopädie und Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenschmerzen • Nackenschmerzen/Schleudertrauma • „weit verbreitete Schmerzen“/Ganzkörperschmerzen („Fibromyalgie“) • Schmerzen nach Operation
Arbeits- und Umweltmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • arbeitsplatzbezogene Schulter- und Rückenschmerzen
Gynäkologie und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> • chronischer Unterbauchschmerz der Frau • Vulvodynie • Dyspareunie
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> • Glossodynie/Zungenbrennen
Urologie und Sexualmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Urogenitalsyndrom-Beckenbodenmyalgie (Frau) • Chronischer Beckenschmerz (CPSS) (Mann)
Allergologie/ Immunologie	<ul style="list-style-type: none"> • Pruritus sine materia
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> • „Prothesenunverträglichkeit“ (Druck, Schmerz, Fremdkörpergefühl, Burning Mouth Syndrom (Mundschleimhaut- und Zungenbrennen ohne organische Erklärung) • atypischer Gesichtsschmerz, „atypische Odontalgie“, Craniomandibuläre Störung (Funktionsstörung der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur, Schmerzen)

Der Einfluss der Erkrankungsschwere wird in der Unterscheidung unkomplizierter und komplizierter Formen der somatoformen Störungen berücksichtigt (Henningsen et al., 2007). Die Einschätzung einer komplizierten Erkrankungsform erfolgt anhand der körperlichen *und* mentalen Symptomatik (vgl. auch Kapitel 3). Die Unterscheidung wird therapeutisch in einem „Differential-stepped-care“-Modell aufgegriffen. Das Beschwerdebild in seiner unkomplizierten Form mit umschriebener Symptomatik wird gewöhnlich keiner psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Für komplizierte Formen wird im Behandlungsverlauf eine erweiterte psychosomatische Grundversorgung angeboten. Schlagen diese Maßnahmen fehl, wird eine psychotherapeutische Behandlung notwendig; wenn auch diese nicht gelingt, ist eine multidisziplinäre Behandlung unter Einschluss von Physiotherapie und Psychotherapie indiziert.

**Unkomplizierte
vs. komplizierte
somatoforme
Störung**

Bei den ebenfalls verwandten umweltbezogenen Körperbeschwerden, die z. T. als Multiple Chemical Sensitivity Syndrom (MCS, synonym: Idiopathic Environmental Illness) bezeichnet werden, z. T. auch als spezifischere, z. B. amalgam- oder elektrosmogbezogene Beschwerden, werden neben organisch-toxikologisch nicht ausreichend erklärbaren Körperbeschwerden auch psychische Beschwerden wie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen im nosologischen Konzept integriert. Die Lokalisierung der Beschwerdeursache in der Umwelt anstatt im Körper, welche durch den Betroffenen betrieben wird, führt nicht selten zu ausgedehntem Vermeidungsverhalten und damit zur Aufrechterhaltung und Verstärkung der Störung.

In Vorbereitung der nächsten Auflagen der Klassifikationssysteme, DSM-V (www.DSM5.org) und ICD-11, stehen die geführten Debatten um die Zukunft der Kategorie der somatoformen Störungen vor dem Abschluss.

Für das DSM-V gilt die „Complex Somatoform Symptom Disorder“ (CSSD) als Favorit, welche sowohl hinsichtlich ihrer Validität als auch der klinischen Relevanz Verbesserungen bringen wird (Voigt et al., 2010). Diese ist gekennzeichnet durch eine positive Charakterisierung des Störungsbildes unter Berücksichtigung von verhaltensbezogenen und psychologischen Faktoren sowie der Schwere der Erkrankung. Der Ausschluss organischer Erkrankungen wird nicht mehr gefordert. Dies könnte nicht nur die Behandlung der bisherigen somatoformen Körperbeschwerden, sondern auch von Beschwerden, die im Zusammenhang mit somatischen Körperbeschwerden stehen, im psychotherapeutischen Kontext nahelegen.

**Complex
Somatoform
Symptom
Disorder**

Obwohl auch für die ICD-10 eine Revision der Kategorie „somatoforme Störungen“ zu erwarten ist, sind gegenwärtig noch keine diesbezüglichen Aussagen verfügbar (www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en).

Die Kategorie „Complex Somatoform Symptom Disorder“ nach DSM-V umfasst (nach Lahmann et al., 2010):

- multiple gegenwärtige körperliche Beschwerden (oder eine einzelne sehr starke Beschwerde), welche als beeinträchtigend erlebt werden,
- Schwierigkeiten, unangenehme körperliche Empfindungen auszuhalten und adaptiv mit diesen umzugehen, Fehlattritionen, exzessive Sorgen und deutliche Beschäftigung mit Beschwerden und (potenziellen) Krankheiten,
- gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen.

Bei einer Dauer der Beschwerden von weniger als 6 Monaten spricht man von einer „acute somatic symptom disorder“, dauern die Beschwerden 6 Monate oder länger an, wird dies als „chronic somatic symptom disorder“ bezeichnet.

2 Störungstheorien und -modelle

Gudrun Schneider, Heribert Sattel, Joram Ronel und Peter Henningsen

2.1 Von der Hysterie zur somatoformen Störung

Die Konzeptualisierung somatoformer Störungen beginnt mit der faszinierenden Geschichte des Phänomens der Hysterie. Ob auf antiken Schilderungen eines ägyptischen Papyrus von 1900 v. Chr. oder in aktuellen Diskussionen hinsichtlich der Neugestaltungen des ICD-11 und DSM-V – seit jeher beschäftigten sich große Geister der Wissenschaft mit der Nahtstelle zwischen Soma und Psyche und den Fragen nach dem Dualismus des Leib-Seele-Problems. Der Psychiatrie-Historiker Henry Ellenberger übertrieb wahrscheinlich nur geringfügig, als er behauptete, dass die Geschichte der Psychiatrie „zur Gänze auf den Studien zum Verständnis der Hysterie“ beruht (Ellenberger, 1961) beruht.

„Hystera“ ist das griechische Wort für Gebärmutter und „Hysteria“ bezeichnet die „herumwandernde Gebärmutter“. Die antike Vorstellung einer Organstörung des Uterus scheint aus unserer heutigen Perspektive zunächst befremdlich, wobei sich diese Anschauung im aktuelleren psychodynamischen Jargon (i. S. eines „psychosexuellen Konfliktes“) schnell wieder relativiert. Die Hysterie wurde über Jahrhunderte als Prototyp einer frauenspezifischen Erkrankung betrachtet, was teilweise bis heute in einigen epidemiologischen Vorstellungen (z. B. hinsichtlich dissoziativer Störungen) beharrlich andauert. Eine spezifisch feministische Historiografie und Gender-Forschungen setzen sich mit dieser Thematik immer wieder auseinander.

Antike Vorstellungen

Entscheidende paradigmatische Fortschritte von „hysterischen“ zu „nervösen“ Konzeptualisierungen kamen letztlich erst im 19. Jahrhundert zustande. Pierre Briquet (1796-1881) beschrieb erstmals eine polysymptomatische Form nervöser Beschwerden (Briquet, 1859). Das zentrale Merkmal der polysymptomatischen Beschwerden war eine „extreme Empfindlichkeit des Nervensystems“ für äußere Stimuli, welches zu unterschiedlichsten Schmerzsymptomen, insbesondere im Bereich des Epigastriums und der linken Thoraxhälfte, führte. Eine weitere Beobachtung Briquets war es, dass mit diesen Symptomen Angstattacken und „sensomotorische Paralysen“ einhergingen, was den Beginn eines grundlegenden Verständnisses somato-

Moderne

former Störungen einläutete. Briquet unterschied prädisponierende Faktoren (Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Erziehungsfaktoren) von auslösenden Faktoren (in erster Linie psychische und soziale Faktoren). Ferner grenzte er erstmals hysterische Symptome von einer hysterischen Charakterstruktur ab. Briquets Arbeiten wurden von späteren Theorien verdrängt und gerieten bald in Vergessenheit. In den USA wurden sie 100 Jahre später wieder aufgegriffen und bis in die 1980er Jahre hinein waren somatoforme Störungen bei vielen Ärzten unter der Bezeichnung Briquet-Syndrom bekannt.

Der in seiner Zeit hoch geachtete Pariser Internist und Begründer der modernen Neurologie, Jean-Martin Charcot (1825-1893), der als „Napoleon der Neurosen“ von Zeitgenossen bezeichnet wurde, machte es sich zur Aufgabe, die Hysterie positivistisch zu systematisieren. Er sah die Hysterie als neuromuskuläre Übererregung (Reflexirritation), welche durch psychische Faktoren ausgelöst werden kann. Auch das Interesse von Sigmund Freud (1856–1939) wurde durch Charcot geweckt. Freud kam 1885 29-jährig für ein halbes Jahr zu ihm nach Paris. Später führte Freud den psychodynamischen Begriff der Konversionshysterie ein und postulierte die direkte Verschiebung eines seelischen Konfliktes auf ein körperliches Symptom. Auf die hieraus entstandenen psychodynamischen Konzepte wird weiter unten eingegangen.

Diese kurze Übersicht kann nur einen Teil der oftmals umwälzenden Änderungen aufzeigen und beschränkt sich ferner auf abendländisch-europäische Traditionen und Denkschulen. Ethnologisch-komparatistische Ansätze sind in der Literatur nur wenig verfügbar. Eine faszinierende Analogie chinesischer und europäischer Konzepte wurde von Beng-Yeong (1999) veröffentlicht. Aber auch Ethnologie-immanent sind hysterische Symptome vom Wandel der Zeit und vielmehr des Zeitgeistes und von spezifischen soziokulturellen Bedingungen abhängig. Der kanadische Medizinhistoriker Edward Shorter führte in diesem Zusammenhang den Begriff der „Pathoplastizität“ ein, der das Phänomen umschreibt, dass psychosomatische Leiden wie eine psychodynamische Pandemie bestimmte Bevölkerungsschichten heimsuchen, um nach einigen Jahrzehnten fast spurlos zu verschwinden. So wandeln sich Symptome im Rhythmus bestimmter gesellschaftlicher Moden und medizinischer Fortschritte: In Zeiten rigider Konventionen herrschten Lähmungen und plötzliche Blindheit vor, heute reagieren die Menschen auf die Überforderung der Selbstverwirklichung mit Erschöpfung, Allergien und Schmerzen. Aus einem evolutionär-kulturgeschichtlichen Blickwinkel der Hysterie betrachtet, befinden wir uns aktuell, so Shorter, im „Zeitalter der Fatigue“ (Shorter, 1994).

Die Abkömmlinge der Hysterie

Heute finden sich sechs von dem überholten Konzept Hysterie abgeleitete/herstammende Störungsbilder in den neuen Diagnose-Systemen ICD-10 und DSM-IV (vgl. Tab. 2). Der Begriff Hysterie selbst wird gegenwärtig nicht