

WAS SIND SOMATOFORME STÖRUNGEN?

DIAGNOSEN, MODELLE UND INSTRUMENTE

Wolfgang Hiller & Winfried Rief

Zusammenfassung

Das noch „junge“ Konzept der somatoformen Störungen hat in den letzten Jahren ein enormes Interesse von wissenschaftlicher wie auch klinischer Seite erfahren. In diesem Beitrag werden die diagnostischen Ansätze und Störungsmodelle vorgestellt.

Schlüsselwörter Somatoforme Störungen - Diagnosen - Modelle - diagnostische Verfahren

Summary

Although the concept of somatoform disorders is still „young“, there has been an increasing interest in this topic during the past years from scientists as well as clinicians. In this paper we give an overview about diagnostic approaches and current models of the disorder

Keywords Somatoform disorders - diagnoses - models - diagnostic instruments

1. Einleitung

Diagnostische Begriffe erlauben eine gemeinsame Orientierung und eine bessere Verständigung in der klinischen Praxis, wenn sie klar definiert sind und nach allgemein anerkannten Regeln angewendet werden. Bei der Beschreibung von Störungsbildern, die durch das Zusammenwirken von körperlichen Symptomen und psychischen Auffälligkeiten gekennzeichnet sind, herrschte in der Vergangenheit häufig eine babylonische Verwirrung vor. Begriffe wie „hysterisch“, „Konversion“, „funktionell“, „psychosomatisch“ und „Somatisierung“ wurden mit sehr unterschiedlichen Bedeutungen und Implikationen versehen. Diese Situation verbesserte sich seit 1980 durch die Einführung und Definition der somatoformen Störungen in den Klassifikationssystemen DSM-III/-VI und ICD-10. Diese Systeme gelten heute als internationaler Standard und stellen sowohl für Kliniker wie auch für Forscher eine gemeinsame Grundlage dar.

In den folgenden Abschnitten soll ein Überblick über das heutige Konzept der somatoformen Störungen sowie die einzelnen unterscheidbaren Untergruppen gegeben werden. Für den praktisch tätigen Kliniker wird erläutert, welche Schritte für die Diagnostik erforderlich sind und welche Instrumente hierfür zur Verfügung stehen. Zudem sollen einige aktuelle wissenschaftliche Befunde und Modellvorstellungen dargestellt werden (einen ausführlicheren Überblick findet der Leser bei Rief & Hiller, 1992 sowie Rief, 1995, 1996).

2. Eine Störung mit vielen Gesichtern: Die einzelnen Kategorien

Es ist das *Hauptkennzeichen aller somatoformen Störungen*, daß die betroffenen Patienten über einzelne oder mehrere körperliche Symptome und Beschwerden klagen. Zunächst wird meistens eine somatische Erkrankung vermutet und es ist erforderlich, die entsprechenden medizinischen Untersuchun-

gen vornehmen zu lassen. Falls trotz adäquater Diagnostik weder eine körperliche Erkrankung noch Verletzungsfolgen oder die unmittelbaren körperlichen Auswirkungen von psychotropen Substanzen als Ursache der Beschwerden gefunden werden können, ist es gerechtfertigt, von einer somatoformen Störung zu sprechen (*somatoform* = zunächst eine somatische Krankheit suggerierend, die jedoch in Wirklichkeit nicht besteht). Als Synonym kann auch der Begriff „Somatisierung“ verwendet werden.

Nach den heutigen Definitionen von ICD-10 (Dilling et al., 1994) und DSM-IV (Saß et al., 1996) ist es für die Diagnose nicht erforderlich, die genaue Ursache der Symptomatik zu kennen. Das Vorhandensein von körperlichen Symptomen und der *Ausschluß* einer organischen Ätiologie sind für die Diagnosenstellung bereits ausreichend. Zu einem differenzierteren Verständnis der somatoformen Störungen sollte jedoch die Dichotomie zwischen „organisch“ und „nicht-organisch“ nicht überbewertet werden. Eine somatoforme Störung darf nämlich auch dann diagnostiziert werden, wenn zwar eine organische Ursache der geklagten körperlichen Beschwerden besteht (z. B. Rückenschmerzen bei zurückliegendem Bandscheibenvorfall), die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Symptome oder der damit verbundenen psychosozialen Beeinträchtigungen jedoch insgesamt nicht durch den organischen Befund erklärbar ist (z. B. ausgeprägte emotionale und gedankliche Fixierung auf die Schmerzen oder starkes Krankheitsverhalten).

Die somatoformen Störungen stellen trotz ihrer einheitlichen Definition keine homogene Krankheitsgruppe dar. Es werden einige Varianten unterschieden, für die in den Klassifikationssystemen unterschiedliche Kategorien zur Verfügung stehen. In Abb. 1 sind die entsprechenden Diagnosen aus ICD-10 und DSM-IV gegenübergestellt. Während in DSM-IV ein eigenes Hauptkapitel für die Gesamtgruppe der somatoformen Störungen existiert, ist in ICD-10 lediglich ein Unterkapitel (F45)

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

ICD-10	DSM-IV
Somatisierungsstörung (F 45.0)	Somatisierungsstörung(300.81)
Undifferenzierte somatoforme Störung (F 45.1)	Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3x)	---
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)	Schmerzstörung (307.xx)
[Konversionsstörung] ^a	Konversionsstörung (300.11)
Hypochondrische Störung (F 45.2)	Hypochondrie (300.7)
[Dysmorphohobe Störung] ^b	Körperdysmorphie Störung (300.7)
[Neurasthenie] (F 48.0) ^c	---

- ^a In ICD-10 im Kapitel F 44 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 F 48 aufgeführt (sonstige neurotische Störungen)

innerhalb des Hauptkapitels F4 der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ vorgesehen.

Die zentrale Diagnose ist in beiden Systemen die *Somatisierungsstörung*, die durch multiple körperliche Beschwerden und einen meist chronischen Verlauf gekennzeichnet ist. Ähnlich ist auch die *undifferenzierte somatoforme Störung* definiert, die eine Art Restkategorie für die Somatisierungsstörung mit etwas leichteren oder weniger prototypisch ausgeprägten Merkmalen darstellt. In beiden Fällen liegt eine *polysymptomatische* Form der somatoformen Störung vor, d. h. viele unterschiedliche Symptome etwa aus den gastrointestinalen, kardiovaskulären, neurologischen und psychosexuellen Organbereichen oder Hautsymptome und Schmerzen.

Hiervon abgegrenzt werden die *monosymptomatischen Störungen*, bei denen sich die Beschwerden auf einige wenige und eng umschriebene Symptome eines einzigen Organbereiches beschränken. Dazu gehören (a) die *somatoforme Schmerzstörung*, bei der über die Schmerzbeschwerden hinaus keine weiteren körperlichen Symptome zu finden sind, und (b) die *Konversionsstörung*, die ausschließlich durch einzelne, oft aber dramatisch ausgestaltete neurologische Symptome gekennzeichnet ist (z. B. Lähmung der Beine oder Krampfanfälle, ähnlich wie bei der Epilepsie). Die Konversionsstörung ist in DSM-IV explizit der Hauptgruppe der somatoformen Störungen zugeordnet, während sie in ICD-10 ein eigenes Kapitel der „dissoziativen und Konversionsstörungen“ (F44) umfasst.

Eine weitere Untergruppe stellen Störungsformen dar, bei denen nicht die körperlichen Symptome selbst im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, sondern eine längerdauernde und ausgeprägte Angst davor, eine schwere körperliche Krankheit bekommen zu können. In diesen Fällen ist die *hypochondrische Störung* zu diagnostizieren. Die betroffenen Patienten

sind in sehr ausgeprägter Form mit ihren Krankheitsbefürchtungen beschäftigt und lassen sich auch durch wiederholte medizinische Untersuchungen und negative Befunde kaum oder nur kurzfristig von ihren Krankheitsbefürchtungen abbringen. Das klinische Bild ähnelt in vielerlei Hinsicht den Angststörungen (z. B. besteht auch bei Panikattacken vielfach eine starke Angst, an einer schweren Herzkrankung zu leiden). Bei der *körperdysmorphen Störung* besteht bei der betroffenen Person die fälschliche oder übertriebene Überzeugung, aufgrund äußerer körperlicher Merkmale, wie z. B. der Form der Nase oder Hautflecken, entstellt oder häßlich zu sein. Zu einer Korrektur werden dann häufig Ärzte auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie aufgesucht. Die körperdysmorphie Störung ist in ICD-10 nicht als eigenständige Kategorie enthalten, wohl aber als Unterform der hypochondrischen Störung.

Anhand von Fallbeispielen können einige der Störungsformen wie folgt veranschaulicht werden:

Somatisierungsstörung: Frau W., eine 52jährige Hausfrau, erscheint mit schmerzverzerrtem Gesicht und völlig verzweifelt zur psychotherapeutischen Behandlung, die ihr die Hausärztin dringend nahegelegt hatte. Seit über 30 Jahren leidet sie an einer Vielzahl von körperlichen Beschwerden - Schmerzen in unterschiedlichen Körperregionen wie Kopf, Schulter und Rücken, Krämpfe im Unterleibs- und Bauchbereich, Verdauungsbeschwerden, Durchfälle, Unverträglichkeit von Vollkornbrot, Käse und Schokolade, wiederkehrende Luftnot und Herzbeschwerden, Muskelkrämpfe im Hals mit häufigen Schluckschwierigkeiten, Beschwerden beim Laufen und früher auch Menstruationsunregelmäßigkeiten. Durch die vielen Arztbesuche und wiederholten Krankenhausbehandlungen habe sie nichts mehr vom Leben und fühle immer wieder starke Depressionen. Folgen waren langjährige Geldknappheit („mein Verdienst fehlte und das verzieh mir mein Mann nie“), Unverständnis der Angehörigen gegenüber ihren Beschwerden („ich sah ja in deren Augen aus wie das blühende Leben“) und zunehmender sozialer Rückzug.

Hypochondrische Störung: Frau B., eine 42jährige Apothekerin, klagt über „fürchterliche Angst“ vor einem Kehlkopfkarzinom. Schon seit Jahren habe sie immer wieder Schluckbeschwerden, Trockenheitsgefühl im Hals und das Gefühl, „daß da irgend etwas nicht in Ordnung ist“. Anfangs habe sie den Ärzten noch geglaubt, die ihr versichert hätten, daß weder ein Tumor noch eine andere Erkrankung vorläge. Aber oft denke sie auch, daß sie entweder nicht gut genug untersucht worden sei oder die Ärzte ihr nicht die Wahrheit sagen wollten. Dann komme eine „panische Angst“ bis hin zu schrecklicher Todesangst über sie.

Somatoforme Schmerzstörung: Frau K., eine 28jährige Chefssekretärin, hat in den letzten Jahren schon mehrfach ihren Arbeitsplatz wegen wiederkehrender und oft fortdauernder Kopfschmerzen wechseln müssen. Äußerlich erscheint sie gepflegt und attraktiv, möchte sich ihre Schmerzbeschwerden nicht anmerken lassen. Ihre Arbeit mache ihr sehr viel Spaß, sie sei ehrgeizig und übernehme gerne Verantwortung, auf die vom Chef gewünschten Überstunden lasse sie sich immer wieder ein. Dennoch könne sie die täglichen Kopfschmerzen kaum noch aushalten, steigere seit einigen Wochen ihren Schmerzmittelkonsum und finde auch am Wochenende kaum Erholung von den beruflichen Anforderungen und ihren Bemühungen, die Kopfschmerzattacken zu bekämpfen. Eine Partnerschaft sei in die Brüche gegangen und ihr Leben drehe sich fast nur noch um die Frage, wie sie trotz der derzeit fast ununterbrochenen Kopfschmerzen ihre Karriere fortsetzen könne.

Konversionsstörung: Frau St., eine 40jährige Bibliothekarin, entwickelte vor sechs Jahren plötzlich über Nacht eine Lähmung ihres rechten Beines. Auch stellten sich Sehstörungen mit Doppelbildern und verschwommenem Sehen ein. In der Universitätsklinik wurde sie zwei Wochen lang durch verschiedene Spezialisten untersucht, ohne daß irgendein pathologischer Krankheitsbefund gefunden werden konnte. Auch der Verdacht auf eine Multiple Sklerose ließ sich über die Jahre hinweg nicht bestätigen. Heute sitzt Frau St. im Rollstuhl und kann nur mit Mühe und unter Schmerzen gelegentlich 5 - 10 Meter laufen. Der Ehemann könne die Veränderungen und Beschwerden seiner früher so vitalen Frau nicht verstehen und denke mittlerweile an Scheidung. „Es läuft das Leben an mir vorbei“, klagt die Patientin zu Beginn einer stationären Behandlung.

Wie Abb. 1 zeigt, sind die beiden Klassifikationssysteme zwar sehr ähnlich, jedoch nicht vollständig deckungsgleich. In ICD-10 wurde mit der *somatoformen autonomen Funktionsstörung* eine weitere Kategorie eingeführt, für die - ähnlich wie bei der Somatisierungsstörung - eine Reihe von unterschiedlichen körperlichen Symptomen vorliegen muß. Es handelt sich dabei überwiegend um körperliche Beschwerden, die auf eine vegetative Überempfindlichkeit oder Erregung des autonomen Nervensystems zurückzuführen sind. Es ist noch offen, inwieweit diese Kategorie tatsächlich sinnvoll von der Somatisierungsstörung unterschieden werden kann. In einer eigenen Untersuchung konnten wir zeigen, daß die Überlappung zwischen somatoformer autonomer Funktionsstörung und Somatisierungsstörung nur gering war (Rief et al., 1996b). In der Praxis können sich Probleme ergeben, die somatoforme autonome Funktionsstörung von den Angststörungen abzugrenzen, da für beide Diagnosen sehr ähnliche körperliche Symptome und Begleiterscheinungen charakteristisch sind.

Eine gewisse Sonderstellung kommt der Diagnose der *Neurasthenie* zu, die in Abb. 1 ebenfalls aufgeführt ist. Während dieses Störungsmodell bereits seit längerem in den DSM-Sy-

stemen nicht mehr berücksichtigt wurde, ist die Neurasthenie in ICD-10 noch innerhalb eines anderen Unterkapitels (F48) aufgeführt. Inhaltlich zeigen sich starke Überlappungen mit der Somatisierungsstörung bzw. der somatoformen autonomen Funktionsstörung. Es liegen bislang keine wissenschaftlich überzeugenden Resultate für die Validität dieser Kategorie vor. In die weltweit gültige ICD-10-Klassifikation wurde die Neurasthenie jedoch wegen der traditionellen Diagnosegewohnheiten in einzelnen Ländern aufgenommen. So stellt die Neurasthenie beispielsweise in China die am häufigsten gestellte Diagnose unter den psychosomatischen Erkrankungen dar, was bei der Entwicklung von ICD-10 nicht einfach ignoriert werden konnte. Faktisch kann jedoch auf diese Diagnose verzichtet werden, da die in den Kapiteln F44 und F45 aufgeführten Kategorien so gut wie alle Störungsbilder mit medizinisch unklaren körperliche Symptomen recht gut abdecken dürften.

Historisch geht das heutige Konzept der Somatisierungsstörung auf die „Hysterie“ zurück, die neben der „Hypochondrie“ zu den ältesten in der Medizin beschriebenen Erkrankungen gehört. Der griechische Arzt Hippokrates brachte die Hysterie mit Unterbauchbeschwerden bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch in Verbindung (*Hysteria* = griechisch für Gebärmutter). Später wurden mit der Bezeichnung „Konversionshysterie“ oder „Konversionsneurose“ einige psychoanalytische Vorstellungen entwickelt, die im Kern von unterdrückten sexuellen Konflikten ausgingen und in den körperlichen Symptomen verzerrte Ausdrucksformen dieser Konflikte sahen. Die erste empirisch und wissenschaftlich ausgerichtete Formulierung der Hysterie stammt von dem französischen Arzt Paul Briquet in seinem 1859 veröffentlichten Buch „*Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie*“. Briquet beschrieb die Vielzahl der möglichen körperlichen Symptome, ihre Chronizität sowie die psychosozialen Charakteristika und Verlaufsformen bei den betroffenen Patienten. Diese Arbeiten wurden in den 60er Jahren unseres Jahrhunderts in den USA unter der Bezeichnung des „Briquet-Syndroms“ aufgegriffen und im Sinne der heutigen Somatisierungsstörung weiterentwickelt.

3. Schritt für Schritt: die Kriterien für Diagnose und Differentialdiagnose

Die diagnostischen Kriterien der Somatisierungsstörung, der somatoformen autonomen Funktionsstörung und der hypochondrischen Störung nach ICD-10 sind in Abb. 2 kurz zusammengefaßt (Dilling et al., 1994). Es wird erkennbar, daß Somatisierungsstörung und somatoforme autonome Funktionsstörung durch Symptomlisten von 14 bzw. zwölf Beschwerden gekennzeichnet sind, von denen mindestens sechs bzw. drei Symptome vorliegen müssen. Die somatoforme autonome Funktionsstörung ist der Somatisierungsstörung hierarchisch übergeordnet, da (nach Kriterium A der Somatisierungsstörung) diese nicht diagnostiziert werden darf, wenn Symptome vegetativer Erregung im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes stehen. Die hypochondrische Störung bezieht sich primär auf die übermäßigen Krankheits-

Abbildung 2
Kurzfassung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10

Somatisierungsstörung (F 45.0):

- a) Multiple und wechselnde körperliche Symptome über mindestens zwei Jahre (nicht oder nicht ausreichend durch eine körperliche Krankheit erklärt)
- b) Andauerndes Leiden unter den Symptomen 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 der folgenden Gruppen:

Gastrointestinale Symptome: (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

Kardiovaskuläre Symptome: (7) atemlos ohne Anstrengung, (8) Brustschmerzen

Urogenitale Symptome: (9) Miktionsbeschwerden, (10) unangenehme Empfindungen im Genitalbereich, (11) ungewöhnlicher oder verstärkter vaginaler Ausfluß

Haut- und Schmerzsymptome: (12) Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut, (13) Schmerzen in Gliedern, Extremitäten oder Gelenken, (14) unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühle

- e) Die Störung tritt nicht nur während einer psychotischen, affektiven oder Panikstörung auf.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3):

- a) Vorliegen von Symptomen autonomer (vegetativer) Erregung des Herz- und kardiovaskulären Systems, oberen oder unteren Gastrointestinaltraktes, respiratorischen Systems oder Urogenitalsystems
- b) *Mindestens zwei der folgenden vegetativen Symptome:* (1) Palpitationen, (2) Schweißausbrüche, (3) Mundtrockenheit, (4) Hitze-wallungen oder Erröten, (5) Druckgefühl im Epigastrium oder Kribbeln oder Unruhe im Bauch
- c) *Mindestens eines der folgenden weiteren Symptome:* (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) Die Störung tritt nicht nur während einer phobischen oder Panikstörung auf.

Hypochondrische Störung (F 45.2):

- a) *Entweder* sechs Monate anhaltende Überzeugung, an einer körperlichen Krankheit zu leiden, *oder* anhaltende Beschäftigung mit einer angenommenen Entstellung oder Mißbildung (dysmorphophobe Störung)
- b) Andauerndes Leiden oder Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens sowie Aufsuchen von medizinischen Behandlungen
- c) Keine oder nur unzureichende Akzeptanz der ärztlichen Feststellung, daß keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome besteht
- d) Die Störung tritt nicht nur während einer psychotischen oder affektiven Störung auf.

ängste und -überzeugungen und kann prinzipiell *zusätzlich* zu einer Somatisierungsstörung, somatoformen autonomen Funktionsstörung, Schmerz- oder Konversionsstörung diagnostiziert werden.

Depressive oder Angstsymptome sind nicht Bestandteil der Kriterien einer somatoformen Störung. Treten derartige Merkmale bei den betroffenen Patienten auf, so sollte überprüft werden, ob die *zusätzliche Diagnose* einer depressiven oder Angststörung gestellt werden kann. Da die Symptomatik der somatoformen Störung in den meisten Fällen mit anderen psychischen Störungsbildern verbunden ist, stellt die *Komorbidität* eher die Regel als die Ausnahme dar. Dies wird durch die Vergabe von multiplen Diagnosen dokumentiert.

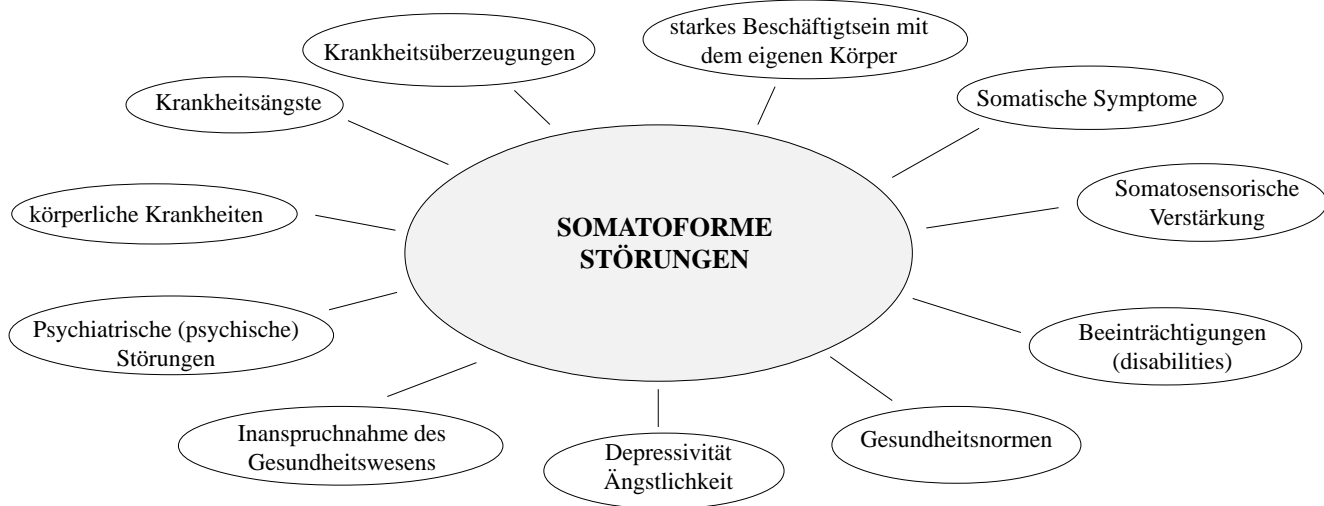
Am häufigsten liegt neben einer somatoformen Störung eine depressive Störung vor. In einer Studie von Rief et al. (1992) bestand bei 47 % der untersuchten Personen mit einer Somatisierungsstörung eine zusätzliche Depression. In einer Studie von Rief et al. (1992) bestand bei 47% der

untersuchten Personen mit einer somatoformen Störung zusätzlich eine Major Depression, bei weiteren 40% eine Dysthyme Störung (jeweils Lebenszeit-Diagnosen). Andere Komorbiditäts-muster waren deutlich seltener. So lag eine Komorbidität mit Agoraphobie in nur 17%, mit Panikstörungen in 13%, mit Zwangsstörungen in 10%, mit Eßstörungen in 17% und mit Alkoholabusus in 20% vor. Nur bei 7 % der Patienten mit somatoformer Störung bestand keine andere zusätzliche Störung. Es sollte berücksichtigt werden, daß die einzelnen Störungsbilder nicht notwendigerweise gleichzeitig entstehen oder parallel verlaufen. Nach unseren Befunden liegen oft viele Jahre zwischen dem Erstauftreten der somatoformen und der depressiven Symptomatik, wobei sich in einigen Fällen zuerst die somatoforme Störung und in anderen Fällen zuerst die depressive Störung entwickelt.

Bei der *differentialdiagnostischen Abgrenzung* gegenüber anderen psychischen Störungen und Erkrankungen sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Beim gleichzeitigen Auftreten von körperlichen Beschwerden und *depressiven Symptomen* sind diagnostische Bezeichnungen wie „somatisierte Depression“ oder „larvierte Depression“ zu vermeiden. Diese Begriffe sind nicht Teil der heute gültigen Klassifikationssysteme. Statt dessen sollten die beiden getrennten Diagnosen (a) einer somatoformen und (b) einer depressiven Störung gestellt werden. Leitsymptome für die depressive Störung stellen Veränderungen der Stimmung in Form von Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit und Traurigkeit sowie Interesse- und Antriebsverlust dar. Es kommt durchaus nicht selten vor, daß derartige Auffälligkeiten bei Patienten mit somatoformen Störungen fehlen.
- Von den *Angststörungen* können die somatoformen Störungen dadurch unterschieden werden, daß die körperlichen Symptome nicht nur auf Perioden begrenzt sind, in denen der Betroffene ausgeprägte oder intensive Angst erlebt (z. B. wenn die körperlichen Symptome nur und ausschließlich während einer Panikattacke auftreten). Typische Angstkorrelate sind ein unregelmäßiger oder beschleunigter Herzschlag, Schweißausbrüche, Hitzewallungen und Kälteschauer, Unruhe mit Zittern, Mißempfindungen an den Armen oder Beinen sowie Schmerzen oder Druckgefühle im Brustbereich. Grundsätzlich können jedoch Angst- und somatoforme Störungen im Sinne der Komorbidität nebeneinander existieren. Ein Beispiel wären multiple somatoforme Beschwerden über einen längeren Zeitraum hinweg mit Schmerzen, Darmstörungen oder psychosexuellen Problemen und im gleichen Zeitraum zusätzliche, plötzlich auftretende Panikattacken.
- Abzugrenzen sind die somatoformen Störungen auch von den *psychotischen Störungen*. Bei der Schizophrenie und verwandten Störungen können gelegentlich bizarre Körperwahrnehmungen im Sinne von halluzinatorischen Erlebnissen auftreten (sog. coenästhetische Halluzinationen wie etwa das Spüren einer Schlange im Darm oder Kälteempfindungen im Gehirn). Da dies meist mit Fremdbeeinflussungserlebnissen einhergeht, werden die Symptome nicht als somatoform, sondern als Teil einer floriden psychotischen Episode aufgefaßt. Auch hypochondrische Ängste und Befürchtungen können sich manchmal in nahezu unkorrigierbarer und somit wahnhafter Form entwickeln (beispielsweise unbeirrtes Festhalten an einer AIDS-Angst trotz mehrfacher negativer Laborbefunde). In diesen Fällen sollte an eine wahnhafte Störung mit körperbezogenem Wahn gedacht werden (F22 nach ICD-10).
- Gegenüber den *Persönlichkeitsstörungen* können die somatoformen Störungen gut durch das Leitmerkmal der körperlichen Symptome abgegrenzt werden. Sämtliche Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 oder DSM-IV sind durch Auffälligkeiten des Erlebens, Denkens und Verhaltens gekennzeichnet und nicht durch körperliche Symptome. 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 Differentialdiagnostik. Die histrionische Persönlichkeit ist u. a. durch übersteigerte Emotionalität, starkes Verlangen nach Aufmerksamkeit und eine Tendenz zur Dramatik und Theatralisierung in zwischenmenschlichen Kontakten und Beziehungen charakterisiert. Falls ein derartiges Muster gemeinsam mit medizinisch unklaren körperlichen Symptomen auftritt, so kann die Komorbidität einer somatoformen Störung mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung diesen Sachverhalt ausreichend charakterisieren.
- Als schwierig kann sich in der Praxis die Abgrenzung von *vorgetäuschten Störungen und Simulation* erweisen. Hierbei werden die körperlichen Symptome einfach erfunden oder durch Selbstmanipulation erzeugt. Hintergrund ist eine bestimmte Absicht oder ein offensichtliches Ziel in der Umgebung des Betroffenen (z. B. vom Wehrdienst befreit zu werden) oder das Bedürfnis, die Patientenrolle einzunehmen. Eine Simulation kann evident sein, wenn das angestrebte Ziel sehr leicht zu erkennen ist und die körperliche Symptomatik nach Erreichen des Zieles auch nicht weiter beklagt wird. Die Existenz eines Krankheitsvorteils (im Sinne von verstärkenden Bedingungen als Symptomkonsequenz) ist jedoch keineswegs ein alleiniges valides Unterscheidungskriterium. So ist auch bei Patienten mit einem Rentenbegehren eher davon auszugehen, daß die Symptome subjektiv erlebt werden und der Betroffene tatsächlich unter den damit verbundenen Beeinträchtigungen leidet.
- Von zentraler Bedeutung ist natürlich die Abgrenzung somatoformer Störungen von tatsächlichen *körperlichen Erkrankungen*. Hierfür ist eine adäquate medizinische Untersuchung erforderlich. Manchmal ist jedoch eine körperliche Krankheit trotz ausführlicher Untersuchung nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, so daß der weitere Verlauf abgewartet werden muß. Bei multiplen und wechselnden körperlichen Beschwerden kann die Diagnose einer somatoformen Störung aufgrund der Vielfalt der Symptomatik meist mit großer Sicherheit gestellt werden, und die Gefahr von Fehldiagnosen ist gering.
- Schließlich müssen somatoforme Störungen auch gegenüber den „traditionellen“ *psychosomatischen Erkrankungen* wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, rheumatoider Arthritis und Neurodermitis abgegrenzt werden. Als Leitmerkmal kann gelten, daß bei diesen Erkrankungen im Gegensatz zu den somatoformen Störungen eine Gewebs- oder Organschädigung vorliegt, auch wenn die Krankheitsursachen meist unbekannt oder multifaktoriell sind. Für die klassischen psychosomatischen Erkrankungen existieren eigene Kategorien sowohl in ICD-10 (F54: Psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten) als auch in DSM-IV (316: Psychische Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor beeinflussen).

Abbildung 3
Komponenten somatoformer Störungen



4. Modellvorstellungen: die Komponenten der somatoformen Störungen

Die in den Klassifikationssystemen enthaltenen Kriterien stellen lediglich das „Grundgerüst“ für die Diagnosestellung dar. Klinisch sind mit dem Störungsbild vielfältige Auffälligkeiten verbunden, die z. T. als Determinanten oder aber als auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen angesehen werden. In Abb. 3 sind einige zentrale Charakteristika aufgeführt.

Der Begriff der *somatosensorischen Verstärkung* geht auf Barsky (1992) zurück, der damit einen besonderen Stil der Körperwahrnehmung (Interozeption) bezeichnet hat. Danach kann eine interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägte Neigung bestehen, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben, unangenehme Körperempfindungen besonders zu beachten und sie eher als pathologische Zeichen denn als normale physiologische Reaktionen zu interpretieren. Es handelt sich also um eine überhöhte Empfindlichkeit gegenüber jeder Art von Körpersensationen. Vermutlich stellt dies einen wichtigen Mechanismus bei der Entstehung von somatoformen Störungen dar. Als Beispiel sei die „episodenhafte Hypochondrie“ bei Medizinstudenten genannt, die im Anschluß an den Erwerb von neuem anatomischen oder physiologischen Wissen ihre eigenen Körperfunktionen vermehrt selektiv beachten und dann auch vermeintliche „Symptome“ entdecken.

Barsky (1992) geht davon aus, daß die somatosensorische Verstärkung auch bei tatsächlichen *körperlichen Krankheitssymptomen* von Bedeutung ist und bei den Betroffenen zu einem übermäßig *starken Beschäftigtsein mit dem eigenen Körper* führt. Als weitere Folge treten *Krankheitsängste* und *Krankheitsüberzeugungen* auf, wie sie für die oben beschriebene hypochondrische Störung charakteristisch sind. Es soll-

te jedoch bedacht werden, daß das Erleben von körperlichen Mißempfindungen und Ängste vor einer Krankheit keineswegs pathologische Zeichen per se darstellen, sondern nur dann von klinischer Relevanz sind, wenn sie über lange Zeit hinweg persistieren und mit erheblichen persönlichen, sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen verbunden sind.

Körperliche Krankheiten und *andere psychiatrische bzw. psychische Störungen* können durchaus mit den somatoformen Störungen einhergehen oder im Sinne von Komorbidität verbunden sein. Wird die Störung nicht fachgerecht behandelt, so besteht ein hohes Risiko der Chronifizierung und es entwickelt sich oftmals eine *ausgiebige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*. Für viele Patienten mit somatoformen Störungen ist es charakteristisch, daß sie sich als organisch krank erleben und psychische Probleme nur schwer akzeptieren oder mit den körperlichen Symptomen in Zusammenhang bringen können. Sie neigen dazu, immer wieder neue Ärzte und Spezialisten aufzusuchen und sich intensiv diagnostizieren und behandeln zu lassen. Ein erheblicher Anteil von vermutlich 20 % oder mehr der Patienten in Allgemeinarztpraxen leidet an einer somatoformen Störung (Bridges & Goldberg, 1985). Bekanntlich verursachen diese Patienten überdurchschnittlich hohe Kosten im medizinischen Versorgungssystem. Smith et al. (1986) ermittelten, daß die ambulanten Krankheitskosten um den Faktor 14 und die stationären Kosten um den Faktor 6 bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung gegenüber den durchschnittlich in der Bevölkerung anfallenden Krankheitskosten erhöht waren.

Abbildung 4
Ätiologische Faktoren somatoformer Störungen (nach Sharpe et al., 1995)

	<i>Prädisponierende Faktoren</i>	<i>Auslösende Faktoren</i>	<i>Aufrechterhaltende Faktoren</i>
⇒ biologisch	Erbfaktoren Temperament (Persönlichkeit) interozeptiver Stil	Traumata Infektion oder Bagatellkrankheit	psychophysiologische Prozesse
⇒ psychologisch	überdauernde Denkmuster frühere Krankheitserfahrungen andere psychische Störungen	aktueller Stress / Überforderung einschneidende Veränderungen im Leben	Krankheitsängste und -überzeugung unzureichende Problemlösungsfähigkeiten
⇒ sozial	Qualität der interpersonellen Beziehungen	aktuelle Konflikte berufliche Belastungen interpersonelle Belastungen	Verstärkung der Krankenrolle chronischer Stress / Überforderung

Aufgrund der multiplen *psychosozialen Beeinträchtigungen*, die insbesondere bei Patienten mit bereits chronifizierter somatoformer Störung vorhanden sind, entwickelt sich vielfach auch eine weitere psychische Symptomatik mit *Depressivität und Ängstlichkeit*. Die Sorge um die Gesundheit und die weitere Entwicklung der Symptomatik stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und bestimmen nicht selten einen Großteil der Alltagsroutine. Barsky et al. (1993) haben zudem gezeigt, daß Patienten mit der Diagnose einer hypochondrischen Störung übermäßig restriktive *Gesundheitsnormen* aufweisen und schon in harmlosen Symptomen eine Bedrohung sehen. Auch setzen viele dieser Patienten Gesundheit mit dem völligen Fehlen von Symptomen gleich und überinterpretieren andererseits jedes Symptom sofort als Zeichen einer ernsthaften Erkrankung.

5. Ätiologie: Die Suche nach den Entstehungsfaktoren

Ähnlich wie bei den meisten psychischen Störungen ist eine einheitliche Verursachung oder ein ätiologischer Hauptfaktor für die somatoformen Störungen nicht bekannt. Aus den Forschungsbefunden der letzten Jahre zeichnet sich eine Reihe von *Risikofaktoren* ab, von denen jedoch keiner absolut eindeutig mit einer späteren somatoformen Störung verbunden ist, sondern eher im Sinne einer Prädisposition wirkt oder an der Auslösung bzw. Aufrechterhaltung der Störung beteiligt ist (Mayou et al., 1995). Eine Übersicht über die bislang bekannten biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren gibt Abb. 4. Es handelt sich um Komponenten eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Erklärungsmodells, das ein besseres Verständnis des Störungsbildes ermöglicht und auch konkrete Vorgehensweisen bei der Behandlung nahelegt.

Bei den *biologischen Faktoren* liegen Hinweise auf einen gewissen genetischen Anteil vor, zumindest bei der Somatisierungsstörung. Auch der bereits beschriebene somatosensorische Wahrnehmungsstil kann im Sinne einer vorbestehenden Prädisposition der Interozeption interpretiert werden, obwohl bei vorübergehenden Störungsformen auch situative Anteile wirksam sein dürften. Über die psychophysiologischen Prozesse und Veränderungen ist noch wenig bekannt, doch liegen Hinweise für gewisse Auffälligkeiten vor etwa bei der Cortisol-Sekretion, beim EEG und den evozierten Potentialen sowie bei psychophysiologischen Parametern wie Herzrate, peripheres Blutvolumen und Muskelanspannung.

Von erheblicher Relevanz dürften die aufgeführten *psychologischen Faktoren* sein. Frühere Krankheitserfahrungen und eine Vorgeschichte mit Krankheiten bei Angehörigen und vertrauten Personen sind lerngeschichtlich von Bedeutung und durch einige Studien auch gut belegt (Craig et al., 1993). Aus der kognitiv-verhaltenstheoretischen Position kommt überdauernden kognitiven Schemata wie beispielsweise absolutistischen Gesundheitsüberzeugungen oder einem katastrophisierenden Denkstil eine erhebliche Bedeutung zu. Andere psychische Störungen wie Depressionen oder Angststörungen können einer somatoformen Störung vorausgehen und durch die damit verbundenen Belastungen eine gewisse Prädisposition darstellen.

Beim Erstauftreten der Symptomatik finden sich häufig akute Lebensereignisse oder Belastungs- und Überforderungssituationen. In Zusammenhang damit stehen *soziale Faktoren* mit schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen oder beruflichen Belastungen. Es sollte aber beachtet werden, daß diese Faktoren manchmal bereits vor der Störung bestehen oder sich erst im weiteren Verlauf verschlechtern. Zu den auf-

rechterhaltenden Bedingungen zählen soziale „Vorteile“ (sog. Krankheitsgewinn), wenn in Einzelfällen z. B. eine vermehrte Zuwendung von seiten des Arztes oder der Familie erfolgt, unangenehm erlebte Verpflichtungen vermieden werden können, der Betroffene aus der Arbeitsbelastung herausgenommen wird oder materielle Kompensationen (etwa in Form von Rentenzahlungen) in Aussicht stehen. Manchmal kann das Vorhandensein von körperlichen Symptomen durch die Betroffenen auch als akzeptabler und weniger stigmatisierend erlebt werden als eine psychische Symptomatik. Zu erheblichen Spannungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation kann es kommen, wenn der Patient einerseits vom Arzt eine somatische Diagnose und somit die Zuweisung der „Krankenrolle“ verlangt, dieser jedoch keinen krankheitswertigen Befund erheben kann und den Patienten somit als „organisch gesund“ ansieht.

6. Die prognostische Bedeutung von Diagnosen

Die diagnostische Differenzierung von somatoformen Störungen soll keinem Selbstzweck dienen. Vielmehr ist damit die Möglichkeit verbunden, die Vielzahl der in der Realität vorkommenden Störungsbilder systematisch zu ordnen und aufgrund von Gemeinsamkeiten der Symptomatik, der Ätiologie und des Verlaufs Schlußfolgerungen für die klinische Praxis ziehen zu können.

Eine Diagnose ist zudem um so wertvoller, je mehr sie mit einer bestimmten Prognose sowohl für den *Spontanverlauf* als auch für die *therapeutische Beeinflußbarkeit* verbunden werden kann.

Systematische und kontrollierte Studien zum „natürlichen Verlauf“ einzelner somatoformer Störungen liegen bislang kaum vor. Im allgemeinen wird von einem chronischen Verlauf ausgegangen, auch wenn rezidivierende Verlaufsformen oder sogar spontane Remissionen in Einzelfällen zu beobachten sind.

Der chronische Verlauf ist vor allem für die Somatisierungsstörung charakteristisch. Smith et al. (1986) untersuchten 41 ambulante Patienten mit Somatisierungsstörung, die ein mittleres Alter von 44 Jahren aufwiesen, und stellten fest, daß die Störung zu diesem Zeitpunkt bereits

durchschnittlich 29.8 Jahre bestand. Auch andere Studien, wie etwa die von Craig et al. (1993) oder von Speckens et al. (1996), belegen niedrige Spontanremissionsraten. Zur therapeutischen Ansprechbarkeit liegen bislang nur wenige Arbeiten zu einigen ausgewählten Störungsbildern vor, die jedoch durchaus ermutigende Resultate erbrachten.

Eine grobe Übersicht über die zu erwartende Prognose der einzelnen somatoformen Störungen ist in Abb. 5 zusammengefaßt. Die Angaben berücksichtigen die bislang vorliegenden empirischen Arbeiten sowie eigene klinische Erfahrungen.

Der natürliche Verlauf dürfte bei der Somatisierungsstörung und bei der Konversionsstörung am ungünstigsten sein. Auch bei der somatoformen Schmerzstörung, der hypochondrischen Störung und der körperdysmorphen Störung sind mittel- bis langfristig keine kompletten Remissionen zu erwarten. Die Gegenüberstellung des zu erwartenden Therapieverlaufs zeigt, daß für die meisten Störungsbilder bei adäquater Fachbehandlung durchaus eine positive Prognose besteht (Rief et al., 1995). Mit guten Erfolgen kann bei der undifferenzierten somatoformen Störung, der somatoformen autonomen Funktionsstörung und der hypochondrischen Störung gerechnet werden. Für die Konversionsstörung besteht die Notwendigkeit, weitere effektive Interventionsformen zu entwickeln. Bei allen Verlaufsprognosen sollte berücksichtigt werden, daß Faktoren wie die bisherige Dauer der Störung, das Ausmaß der Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung sowie die Bereitschaft des Patienten zu einer aktiven Mitarbeit weitere wichtige Voraussetzungen darstellen.

7. Hilfsmittel der Diagnostik: Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren

Durch den Einsatz von diagnostischen Instrumenten kann der Kliniker Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer somatoformen Störung erhalten, die Diagnose exakt überprüfen, Differentialdiagnosen erwägen und schließlich auch assoziierte Merkmale systematisch erfassen. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Verfahren für diese Zwecke entwickelt, die in Abb. 6 zusammengefaßt sind. Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es handelt sich sowohl um Interviewverfahren und Checklisten zum Zwecke der Fremdbeurteilung als auch um zeitsparend einsetzbare Fragebogenverfahren.

Die Anwendung und Auswertung der Verfahren ist z. T. in Manualen und Testhandbüchern dokumentiert. Daher soll hier nur eine knappe Charakterisierung einiger ausgewählter Instrumente erfolgen:

Interviews und Checklisten

Bis auf das „Somatoform Disorders Schedule“ (SDS) sind die aufgeführten Instrumente nicht ausschließlich für die Erfassung somatoformer Störungen entwickelt worden, sondern berücksichtigen alle wichtigen psychischen Störungen. Es existieren jedoch eigene Abschnitte bzw. separate Checkli-

Abbildung 5
Prognose bei somatoformen Störungen

	Spontanverlauf	Therapieverlauf
Somatisierungsstörung	--	+-
Undifferenzierte somatoforme Störung	+-	++
Somatoforme autonome Funktionsstörung	+-	++
(Somatoforme) Schmerzstörung	-	+
Konversionsstörung	--	-
Hypochondrische Störung	-	++
Körperdysmorphie Störung	-	+

-- = sehr schlecht; - = schlecht; +- = unklar; + = gut; ++ = sehr gut

sten speziell für die somatoformen Störungen. Gemeinsam ist diesen Verfahren, daß die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme systematisch überprüft und beurteilt werden, so daß entweder sofort im Anschluß oder mit Hilfe eines Computerprogramms die Diagnose aufgrund der vorgegebenen diagnostischen Regeln (Algorithmen) gestellt werden kann. In den Interviewverfahren ist auch der Wortlaut der an den Patienten zu stellenden Fragen vorgegeben. Dies erhöht zwar die Objektivität, schränkt jedoch den klinischen Spielraum erheblich ein, so daß in der Praxis häufig die etwas flexibleren Checklisten von Hiller et al. (1995) verwendet werden. Das SDS ist im Rahmen einer internationalen Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu somatoformen Störungen entwickelt worden und berücksichtigt ausschließlich die somatoformen Störungen nach ICD-10 und DSM-IV. Die deutsche Version des SDS wurde durch unsere Arbeitsgruppe an der Klinik Roseneck in Prien entwickelt (Hiller & Rief, 1996).

Abbildung 6

Instrumente für somatoforme Störungen**Interviewverfahren und Checklisten**

Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS)	Margraf et al. (1994)
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)	Wittchen et al. (1997)
Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL)	Hiller et al. (1995)
Somatoform Disorders Schedule (SDS)	Hiller & Rief (1996)

Fragebogenverfahren

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)	Rief et al. (1997)
Whiteley-Index (WI)	Rief et al. (1994)
Illness Attitude Scales (IAS)	Kellner (1986)
Fragebogen zur Körper und Gesundheit (FKG)	Hiller et al. (1997)
Beschwerdenliste (B-L)	von Zerssen (1976)
Giessener Beschwerdebogen (GBB)	Brähler & Scheer (1983)
Freiburger Beschwerdenliste (FBL)	Fahrenberg (1994)
Hypochondrie-Hysterie-Inventar (HHI)	Süllwold (1994)
Toronto Alexithymia Scale (TAS)	Rief et al. (1996a)

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)

Bei diesem Selbstbeurteilungsverfahren werden ebenfalls alle Symptome und Merkmale berücksichtigt, die für die Diagnostik der somatoformen Störungen nach ICD-10 und DSM-IV relevant sind. Es handelt sich um die subjektiven Angaben des Patienten und daher um ein „Screening“, bei dem Hinweise über das etwaige Vorliegen einer somatoformen Störung und der jeweiligen Subgruppe gegeben werden. Unsere Studien haben gezeigt, daß der Fragebogen sehr gute Vorhersagewerte aufweist. Der SOMS besteht aus insgesamt 53 Items

und kann von den meisten Patienten innerhalb von zehn Minuten bearbeitet werden. Das Verfahren existiert in zwei unterschiedlichen Versionen mit Zeitfenstern für (a) die beiden zurückliegenden Jahre sowie (b) für die vergangenen sieben Tage. Die letztere Version enthält zusätzlich eine Quantifizierung der Schweregrade auf der Symptomebene (von „gar nicht vorhanden“ über „leicht“, „mittelschwer“ zu „schwer“) und kann somit für Veränderungsmessungen eingesetzt werden. Die psychometrischen Kriterien des SOMS wurden ausführlich untersucht und erbrachten sehr gute Ergebnisse (Rief et al., 1997).

Whiteley-Index (WI)

Es handelt sich um ein äußerst zeitökonomisches Verfahren, da lediglich 14 Fragen zu Krankheitsängsten und -befürchtungen zu beantworten sind. Ursprünglich stellte der WI eine Subskala des „Illness Behavior Questionnaire“ (IBQ) von Pilowski & Spence dar. Die deutsche Version wurde von Rief et al. (1994) in einer Studie mit 135 psychisch und psychosomatisch gestörten Patienten untersucht. Eine Faktorenanalyse ergab ähnlich wie in der englischen Originalversion drei unterscheidbare Skalen mit den Bezeichnungen „Krankheitsängste“, „somatische Beschwerden“ und „Krankheitsüberzeugung“. Auch für den WI wurden sehr gute psychometrische Werte ermittelt.

Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)

Hierbei werden dysfunktionale Kognitionen erfaßt, von denen vermutet wird, daß sie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Störungen und speziell hypochondrischen Symptomen eine zentrale Rolle spielen. Im FKG ist auch die von Barsky und Mitarbeitern entwickelte „Somatosensory Amplification Scale“ enthalten. Der FKG besteht aus 53 Items und wurde durch uns bei Patienten mit somatoformen Störungen, einer Kontrollgruppe von Patienten mit anderen psychischen Störungen sowie einer weiteren Kontrollgruppe von gesunden Personen aus der Normalbevölkerung untersucht. Hierbei zeigte sich eine spezifische Erhöhung der Skalenwerte nur bei der Gruppe der somatoformen Störungen.

Folgende Skalen können berechnet werden:

(1) *Katastrophisierende Bewertung* (z. B. „Fühle ich mich körperlich schlapp, hat dies oft etwas Schlimmes zu bedeuten.“); (2) *Intoleranz von körperlichen Beschwerden* (z. B. „Wenn an meinen körperlichen Empfindungen etwas nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort.“); (3) *Körperliche Schwäche* (z. B. „Ich bin körperlich nicht mehr stark belastbar, da meine Leistungsfähigkeit allmählich nachläßt.“); (4) *Vegetative Mißempfindungen* (z. B. „Ich habe oft Herzklopfen, da mein Kreislauf besonders empfindlich ist.“); (5) *Gesundheitsverhalten* (z. B. „Ich bin immer darum bemüht, richtig gesund zu leben.“).

Derartige Kognitionen können im Rahmen einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung das Ziel einer Veränderung des Wahrnehmens und Bewertens sein.

8. Literatur

- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K., Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085-1089.
- Brähler, T., Scheer, J.W. (1983). *Der Giessener Beschwerdebogen (GBB)*. Bern: Huber.
- Bridges, K.W., Goldberg, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.
- Craig, T.K.J., Boardman, A.P., Mills, K., Daly-Jones, O., Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study - I. Longitudinal course and the influence of early life experiences. *British Journal of Psychiatry*, 163, 579-588.
- Fahrenberg, J. (1994). *Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL)*. Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1995). *IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Hiller, W., Rief, W. (1996). *SDS. Somatoform Disorders Schedule (deutsche Version des SDS, Version 2.0, der Weltgesundheitsorganisation von G. Tachini, A. Janca und M. Isaac)*. Prien: Klinik Roseneck.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R., Fichter, M.M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226-234.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger-Greenwood Publishers.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (Hrsg.) (1994). *DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M. (eds.) (1995). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford: Oxford University Press.
- Rief, W., Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber.
- Rief, W., Schaefer, S., Hiller, W., Fichter, M.M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., Fichter, M.M. (1994). Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 34-42.
- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Huber.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., Fichter, M.M. (1995). A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics*, 36, 376-386.
- Rief, W. (1996). Die somatoformen Störungen - großes unbekanntes Land zwischen Psychologie und Medizin. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 173-189.
- Rief, W., Heuser, J., Fichter, M.M. (1996a). What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 423-429.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W., Fichter, M.M. (1996b). The classification of multiple somatoform symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680-687.
- Rief, W., Hiller, W., Heuser, J. (1997). *SOMS - Screening für Somatoforme Störungen (Manual)*. Bern: Huber.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. (Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association). Göttingen: Hogrefe.
- Sharpe, M., Bass, C., Mayou, R. (1995). An overview of the treatment of functional somatic symptoms. In Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M. (eds.). *Treatment of functional somatic symptoms*, pp. 66-86. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, G.R., Monson, R.A., Ray, D.C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146, 69-72.
- Speckens, A.E.M., van Hemert, A.M., Bolk, J.H., Rooijmans, H.G.M., Hengeveld, M.W. (1996). Unexplained physical symptoms: outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychological Medicine*, 26, 745-752.
- Süllwold, F. (1994). *Das Hypochondrie-Hysterie-Inventar (HHI)*. Konzept, Theorie, Konstruktion, meßtheoretische Qualitätskriterien, Normen und Anwendungsmöglichkeiten. Frankfurt am Main: Institut für Psychologie.
- von Zerssen, D. (1976). *Die Beschwerden-Liste*. Manual. Weinheim: Beltz Test.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Unland, H. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.

Univ. - Doz. Dr. Wolfgang Hiller

Univ. Doz. Winfried Rief

Leitende Diplompsychologen

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

83209 Prien am Chiemsee

Tel.: 08051-680 Fax: 08051-68 36 90