

Diskussion um Konzepte und Diagnostik somatoformer Störungen

Konzeption, Klassifikation und Diagnostik somatoformer Störungen sind derzeit Gegenstand einer lebhaften Diskussion. Welche Probleme bergen die bisherigen Begriffe und Klassifikationen bzw. das Klassifizieren von Krankheiten im Allgemeinen? Welche Veränderungen werden die neuen Klassifikationen bringen, etwa das neue Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-5), das schon im nächsten Jahr erwartet wird? Und: Wie soll die Diagnostik somatoformer Störungen bis dahin erfolgen?

Die derzeit gebräuchlichen Begriffe und Klassifikationen im Umfeld der bislang sog. „somatoformen Störungen“ sind vielfältig und verwirrend [11]. Vor allem Definitionen, die sich auf das Kernkriterium der fehlenden somatischen Erklärbarkeit stützen, sind methodisch angreifbar und wenig praktikabel [3, 5, 12, 18, 19]. Kein Begriff wird bislang von Behandlern der verschiedenen Fachrichtungen und von Patienten gleichermaßen akzeptiert [5, 27].

Status quo: Begriffe und Klassifikationen

„Medically unexplained symptoms“

„Medizinisch“ „organisch“ oder „soma-tisch nicht/nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ sind körperliche Beschwerden, für die auch nach systematischer Abklärung keine hinreichen-

de somatische Krankheitsursache gefunden wird. In der englischsprachigen Literatur hat sich hierfür in den letzten Jahren der Begriff „medically unexplained (physical) symptoms (MU[P]S)“ durchgesetzt [9, 10]. Der Nachweis zentralnervöser funktioneller oder struktureller Veränderungen ist mit dieser Bezeichnung jedoch vereinbar. „MU(P)S“ können in drei große Gruppen grob eingeteilt werden:

- Schmerzen verschiedener Lokalisation,
- Störungen von Organfunktionen oder
- Müdigkeit/Erschöpfung [13].

Außerdem kann das klinische Bild von Gesundheitsangst dominiert werden (bisher klassifiziert als hypochondrische Störung).

Die Negativdefinition von „MU(P)S“ über das Fehlen somatischer Erklärungen birgt eine Reihe methodischer Probleme: Experten sind oft uneinig, was einzelne Befunde bedeuten bzw. wann eine somatische Diagnostik „abgeschlossen“ ist; eine langdauernde somatische Ausschlussdiagnostik anstatt einer biopsychosozialen Simultandiagnostik führt häufig zur Verzögerung einer adäquaten Therapie [5, 23]; Patienten, die ihre Beschwerden ja real erleben, sind durch die Negation (implizit „Sie haben nichts“) verunsichert; und v. a. dann, wenn mehrere unklare Körperbeschwerden vorliegen, ist die Frage, ob davon manche erklärt werden können, andere wiederum nicht, von geringer praktischer Relevanz. Deshalb gilt die Bezeichnung „MU(P)S“ unter Ex-

perten inzwischen mehrheitlich als ungünstig [5].

„Funktionelle Beschwerden“ und „funktionelle Syndrome“

Der Begriff „funktionell“ deutet an, dass hier überwiegend die *Funktion* (und nicht die *Struktur*) des aufgrund der Beschwerden betroffenen Organ(system)s (z. B. des Herzens bei Herzbeschwerden, des Darms bei Verdauungsstörungen) bzw. der zentralnervösen Verarbeitung von Beschwerdewahrnehmungen gestört scheint. Auch sog. „funktionelle“ Beschwerden können darum häufig keinem gängigen Erklärungsmuster oder objektiv nachweisbaren Ursachen zugeordnet werden. Der eigentliche Wortsinn von „funktionell“ (nämlich: eine bestimmte Funktion erfüllen, für eine Funktion passen) legt aber noch eine weitere Betrachtungsweise nahe: Ungeachtet ihrer Ätiologie haben funktionelle Beschwerden möglicherweise eine bestimmte Funktion für den Organismus bzw. die Person (z. B. Signal für Rückzug), deren Thematisierung bereits mit der Begriffswahl auch von therapeutischer Bedeutung sein kann. Der Funktionsbegriff ist also grundsätzlich mehrdeutig:

- als „*Funktion für*“ (genaugenommen: teleofunktionalistisch; also mit Bedeutungs-funktion) und
- als „*Funktion von*“ (ohne Bedeutungs-funktion).

Der Begriff „functional disorders“ oder „functional syndromes“ wird in der wissenschaftlichen Literatur und auch von

den Ärzten selbst uneinheitlich gebraucht [14]: Sowohl Beschwerdebilder, die objektive Befunde aufweisen, als auch Beschwerdebilder ohne jegliche objektive Befunde werden als „funktionell“ bezeichnet.

Viele somatische Disziplinen haben eigene sog. funktionelle somatische Syndrome (FSS) formuliert, die sich durch persistierende, somatisch nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden auszeichnen [30]. Sie sind allgemein definiert

- durch typische Symptomkomplexe,
- durch eine definierte (Mindest-)Zeitdauer und
- durch den Ausschluss hinreichend erklärender somatischer Erkrankungen.

Bekanntere Beispiele sind Chronic-fatigue-Syndrom (CFS), Fibromyalgiesyndrom (FMS), Reizdarmsyndrom (RDS/IBS), „multiple chemical sensitivity“ (MCS), Temporomandibulärsyndrom (TMD), chronischer Unterbauchschmerz der Frau („chronic pelvic pain“, CPP), chronischer Spannungskopfschmerz, kranio-mandibuläre Dysfunktion oder Prostatodynie (CPP Typ III). Die meisten dieser Entitäten sind durch das typische Charakteristikum eines „Syndroms“ definiert, also ein „Zusammentreffen (verschiedener) einzelner, für sich allein uncharakteristischer Symptome zu einem kennzeichnenden Krankheitsbild“ [4].

» Die Einteilung in Einzelsyndrome ignoriert die oft polysymptomatischen Verläufe

Zum kleineren Teil sind für FSS Forschungskriterien definiert oder Diagnoseverschlüsselungen vorhanden (z. B. im International Classification of Diseases [ICD-] 10), insgesamt ist die Validität der einzelnen Krankheitskonstrukte jedoch unzureichend: So schwanken die Prävalenzen schon mit minimalen Veränderungen der Definition massiv, und im Langzeitverlauf werden bei schwankenden klinischen Befunden die Diagnosekriterien mal erfüllt, mal nicht erfüllt [13, 29]. Ein weiteres Problem liegt darin, dass – außer beim CFS – die vorliegenden Definitionen von FSS in der Regel keine Schweregrad-

kriterien enthalten. So kann nach internationalen Klassifikationsvorschlägen die „Diagnose“ eines Reizdarmsyndroms beispielsweise mit relativ geringen, im Alltag nicht beeinträchtigenden Symptomen ebenso erfüllt sein wie mit einer schweren Beeinträchtigung durch die Beschwerden; erst die aktuelle deutsche Reizdarmleitlinie setzt sich darüber hinweg und definiert ein RDS sehr nahe an einer somatoformen Störung, indem sie fordert, dass „die Beschwerden begründen, dass der Patient deswegen Hilfe sucht und/oder sich sorgt und so stark sind, dass die Lebensqualität hierdurch relevant beeinträchtigt wird“ [20].

Obwohl die Begriffe „funktionelle Beschwerden“ und „funktionelle Syndrome“ in den somatischen Fächern weit verbreitet und bei den Patienten offenbar gut akzeptiert sind ([27]; leider gibt es dazu keine deutschen Zahlen), ignoriert eine Einteilung in Einzelsyndrome darüber hinaus die oft polysymptomatischen Verläufe und verleitet zu einer Missachtung wesentlicher weiterer Beschwerden aus anderen somatischen oder psychosozialen Fachgebieten [13, 23]. Ein positives Beispiel sind die ACR 2010- und S3-Leitlinien-Kriterien des FMS, die weitere körperliche und seelische Beschwerden als diagnostische Kriterien aufführen [26]. Solange komplizierende Faktoren und Komorbiditäten diagnostisch beachtet werden, kann die Abgrenzung eines bestimmten, auf ein Organsystem beschränkten funktionellen Syndroms für eine organ- oder symptombezogene Differenzialdiagnostik oder Therapie durchaus sinnvoll sein. Die Diagnose als einzelne funktionelle Störung birgt aber eben auch das Risiko, dass die oft vielfältigen zusätzlich bestehenden körperlichen und/oder psychischen Beschwerden aus dem Blick geraten („Scheuklappendiagnose“), v. a. bei (zu) frühem Aufsuchen von Spezialisten.

„Somatoforme Störungen“ und „Somatisierung“

Der Begriff „somatoforme Störungen“ stammt aus der psychosozialen Medizin, hat sich aber unter Patienten und teilweise auch Behandlern nicht gut etabliert; teilweise wird er als stigmatisierend erlebt [2, 27]. Eine somatoforme Störung liegt nach

ICD-10 (Abschnitt F „psychische Störungen; vergleichbare Klassifikation im DSM-IV) vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden bzw. Krankheitsängste, für die keine hinreichende somatische Ursache gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr persistieren und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen. Zusätzlich in ICD-10 aufgeführte Charakteristika sind die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn doch somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Somatoforme Störungen sind bisher in der ICD-10 ebenso wie im DSM-IV als psychische Erkrankungen klassifiziert. Vor allem aufgrund unzureichender Validität der einzelnen Subdiagnosen und des umstrittenen zentralen Kriteriums der fehlenden somatischen Erklärbarkeit sind die derzeitigen Klassifikationen aber stark in die Kritik geraten [8, 11, 12, 17, 18]:

- Sie fokussieren zu einseitig auf Körperbeschwerden und zu wenig auf psychobehaviorale Charakteristika, die doch für die Diagnose einer psychischen Störung eigentlich zwingend sein sollten und in wesentlichem Maße zur individuellen Beeinträchtigung durch die Erkrankung beitragen.
- Die hohe Bewertung einer negativen somatischen Ausschlussdiagnostik verzögert die Diagnosestellung und damit den Beginn einer adäquaten Therapie.
- Aufgrund einer parallelen Klassifikation funktioneller und somatoformer Störungen kann das Beschwerdebild ein und desselben Patienten unter Umständen entweder als „somatische“ (z. B. ICD-10 M79.7 „Fibromyalgiesyndrom“) oder als „psychische“ Erkrankung (z. B. ICD-10 F45.4 „anhaltende Schmerzstörung“) eingeordnet werden.
- So besteht die Gefahr, dass die Diagnosestellung und damit auch die therapeutische Herangehensweise mehr

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

von der Fachrichtung oder von den Interessen des Behandlers als vom tatsächlichen klinischen Handlungsbedarf bestimmt werden.

Für die anstehenden Neuklassifikationen wurden deshalb beispielsweise die Abschaffung der sehr restriktiven „Somatisierungsstörung“, die Abwertung des Kriteriums der fehlenden somatischen Erklärbarkeit sowie die Einführung psychobehavioraler Positivkriterien (wie Krankheitsängste oder starke Krankheitsüberzeugung), dimensionale Kodierungsmöglichkeiten (etwa in Form von Schweregradskalen) und sogar eine neue Krankheitskategorie („interface disorders“ zwischen somatischen und psychischen Störungen) gefordert [8, 11, 12, 17].

Der Begriff „Somatisierung“ hat mehrere verschiedene Bedeutungen [12, 21]. Er kann in einem eher deskriptiven Sinne („a tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings, to attribute them to physical illness, and to seek medical help for them“ [21]) oder aber im eher ätiologischen Sinne eines Abwehrmechanismus (die Umwandlung seelischer Konflikte und Belastungen in Organerkrankungen) verstanden werden [6]. Angesichts fehlender Belege sollte er weniger in einem pathogenetischen/psychogenetischen Sinne verwendet werden; deskriptiv bietet er aber die Möglichkeit, die Bereitschaft zum verstärkten Erleben, zu einer vermehrten Darbietung und zu einer negativen Bewertung von Körperbeschwerden *dimensional* auszudrücken [24].

Klassifikationssysteme – Fluch oder Segen?

Welchen Zweck erfüllt eine Klassifikation von Krankheiten? Sie soll valide Einheiten abbilden, sie aber nicht künstlich erzeugen, und sie soll die *Kommunikation* zwischen allen Beteiligten vereinfachen. Letztlich soll sie eine *zielgerichtete Forschung* und, wenn nötig, auch eine *spezifische Therapie* ermöglichen. Auf der anderen Seite gefährdet das Klassifizieren von Krankheiten die Abbildung von *Dimensionalität*, und zwar nicht nur der Krankheitsphänomene selbst (etwa in Form der häufigen Überlappung von Depressivität,

Nervenarzt 2012 · 83:1097–1105 DOI 10.1007/s00115-011-3443-z
© Springer-Verlag 2012

C. Hausteiner-Wiehle · P. Henningsen

Diskussion um Konzepte und Diagnostik somatoformer Störungen

Zusammenfassung

Angesichts der anstehenden Revisionen des DSM und der ICD ist die konzeptuelle und diagnostische Diskussion über die „somatoformen Störungen“ in vollem Gange. Die bestehenden Diagnosekategorien und -kriterien haben sich als wenig valide und wenig praktikabel erwiesen. Insbesondere die Forderung nach einer fehlenden somatischen Erklärbarkeit der Beschwerden ist methodisch kaum haltbar und praktisch nur schwer umsetzbar. Eine verwirrende Terminologie einschließlich einer Parallelklassifikation „funktioneller“ und „somatoformer Störungen“ stellen zusätzliche Hindernisse für eine Verbesserung der Patientenversorgung dar. Neue Klassifikationsversuche werden voraus-

sichtlich das bisherige Kriterium der fehlenden somatischen Erklärbarkeit fallen lassen und so die Ähnlichkeiten somatoformer und somatopsychischer Störungen betonen. Für das DSM-5 wird die Einführung psychobehavioraler Positivkriterien vorgeschlagen, die in der Regel wesentlich zur funktionellen Beeinträchtigung der Patienten und damit zur Erkrankungsschwere beitragen und oft mit konkretem klinischem Handlungsbedarf verbunden sind.

Schlüsselwörter

Somatoforme Störung · Funktionelle Störung · Klassifikation · Somatic symptom disorder · Bodily distress syndrome

Somatoform disorders: discussion on conceptual and diagnostic issues

Summary

In view of the forthcoming revisions of DSM-5 and ICD-11, conceptual and diagnostic issues of somatoform disorders are being discussed. Current diagnostic categories as well as criteria have been shown to have limited validity and practicability. In particular, the requirement for a lacking somatic explanation of symptoms poses several methodological and practical problems. A confusing terminology including the parallel classification of functional and somatoform disorders constitutes additional barriers to improving treatment.

New classificatory approaches will probably drop the demand for the complaints to be insufficiently explained by somatic disease and thus emphasize the similarities of somatoform and somatopsychic disorders. For DSM-5, the implementation of psychobehavioral positive criteria has been suggested as contributing to both illness severity and clinical need for action.

Keywords

Somatoform disorder · Functional disorder · Classification · Somatic symptom disorder · Bodily distress syndrome

Angst und Somatisierung), sondern auch ihrer Ausprägung (die ja nicht nur entweder-oder, sondern in vielen Abstufungen erfolgen kann) und ihrer Ursachen [8, 12, 15, 16, 28]. Auf diese Weise werden subsyndromale Frühphasen von Erkrankungen, deren Erkennung für eine Verschlechterung und Chronifizierung entscheidend wäre, möglicherweise ignoriert, andererseits aber ganz unterschiedliche Phänomene zusammengefasst, die vielleicht gar keinen Krankheitswert haben, lediglich ein „wachsaues Zuwarten“, einen bewussten Umgang oder aber bereits eine spezifische Therapie erfordern. So wird es möglich, dass Klassifikations-

systeme den Krankheitsbegriff überdehnen und Krankheiten – und damit auch Forschungs- und (Pharmako-)Therapiebedarf – ausrufen, wo vielleicht gar keine bestehen („disease mongering“; [22]). Darüber hinaus trägt die derzeitige, streng getrennte Klassifikation „somatischer“ und „psychischer“ Erkrankungen maßgeblich zur *Aufrechterhaltung dualistischer Sichtweisen* bei.

Auch wenn sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV als „atheoretische“ Klassifikationen gedacht sind, implizieren sowohl die Einteilung in „somatische“ und „psychische“ Erkrankungen als auch konkrete Begriffe („Konversion“) und Krite-

rien („in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösba- ren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen“) durchaus (*meist monokausale*) *Kausalitätsannahmen* – die in aller Regel aber als unbeweisbar be- zeichnet werden müssen und multifaktorielle Entstehungsbedingungen unzurei- chend abbilden.

» Klassifikationssysteme können den Krankheitsbegriff überdehnen

Auch für die Gruppe der somatoformen Störungen verfügen wir letztendlich weder über schlüssige Nachweise der zu- grunde liegenden Psychophysiopathologie noch über wirklich stichhaltige Positivkriterien oder überzeugende Thera- piemöglichkeiten (selbst die am besten untersuchten verhaltenstherapeutischen Ansätze erreichen bestenfalls mäßige Ef- fektstärken und Nachhaltigkeit). Vor die- sem Hintergrund sollten Überlegungen zur Klassifikation und Diagnostik bis auf Weiteres eher breit angelegt und am sub- jektiven Leiden der Betroffenen ausge- richtet sein; die Forschung zur Ätiologie und Therapie muss unbedingt weiter in- tensiviert werden.

Die Neuklassifikation somatoformer Störungen

Nach wie vor ist nicht genau klar, wie so- matoforme Störungen in den anstehen- den Revisionen von DSM-5 bzw. ICD-11 besser klassifiziert werden. Konsens be- steht darüber, dass dimensionale Aspekte möglichst berücksichtigt und die Bedeu- tung des Kriteriums „fehlende somatische Erklärbarkeit“ zugunsten psychobehavio- raler Positivkriterien verringert werden sollen, auch um eine somatoforme Stö- rung zusätzlich zu einer somatisch defi- nierten Erkrankung besser diagnostizier- bar zu machen.

„Somatic symptom disorders“

Das DSM-5 (die ICD-11 ist noch viel weniger fortgeschritten, sie soll 2015 er- scheinen) wird aller Voraussicht nach die neue Diagnosekategorie der „so-

matic symptom disorders“ enthalten ([1]; Stand: Mai 2012; nach wie vor kei- ne Endfassung).

- Die Kerndiagnose soll das „somatic symptom disorder, SSD, (J 00)“ bil- den, welches vorliegt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:
 - A: eine oder mehrere belastende bzw. das Funktionsniveau beein- trächtigende Körperbeschwerden;
 - B: entweder ausgeprägte gesund- heitsbezogene Ängste und/oder die Überzeugung von der medi- zinischen Ernsthaftigkeit der Be- schwerden und/oder eine übermä- ßig zeit- oder energieaufwendige Beschäftigung mit den Beschwer- den;
 - C: Persistenz der Beschwerden („ty- pischerweise mehr als 6 Monate“).
 - Eine Spezifikationsmöglichkeit be- trifft die Dominanz von Schmerzen („somatic symptom disorder/predo- minant pain“).
 - Der Schweregrad („mild“/„mo- derate“/„severe“) soll durch die An- zahl der psychobehavioralen B-Kri- terien bestimmt werden; außerdem wird die „somatic symptom short form“ des Patient Health Question- naire (PHQ) zur dimensionalen Be- urteilung vorgeschlagen [1].
- Weitere Diagnosen in dieser Kate- gorie sollen „illness anxiety disorder (J 01)“, „conversion disorder (func- tional neurological symptom disor- der) (J 02)“, „psychological factors af- fecting medical condition (J 03)“, und „factitious disorder (J 04)“ darstellen; es würden also eine Umbenennung der hypochondrischen Störung und eine Integration der Konversions- und artifiziellen Störungen sowie der Grenzkategorie der psychischen Fak- toren bei somatischen Erkrankungen stattfinden [1].

Auch wenn die Einführung von psycho- behavioralen Positivkriterien einen ent- scheidenden Fortschritt im Hinblick auf ein biopsychosoziales Krankheits- modell darstellt und außerdem eine frü- he Diagnose und damit Therapie erleich- tern könnte, wurde doch kritisiert, dass die (bisherige) Auswahl psychobehavio- raler Positivkriterien (noch) nicht genü-

gend evidenzbasiert ist [12]. Erste Unter- suchungen bescheinigen dem SSD aller- dings eine recht hohe deskriptive und Konstruktvalidität bei im Vergleich zu früheren Klassifikationen verringerter Re- striktivität [25, 28].

„Bodily distress Syndrome“

Der Alternativvorschlag „bodily dis- tress syndrome“ (BDS) von Fink et al. [7] stellt nach Meinung v. a. europäi- scher Experten zumindest hinsichtlich seiner Terminologie eine noch bessere Wahl dar [5], da er ein schlüssiges (anti- dualistisches) pathogenetisches Kon- zept einführt („bodily distress“), we- niger stigmatisierend und leichter ver- ständlich ist. Darüber hinaus besteht die vorläufige Falldefinition in erster Linie aus einer reinen Symptomzählung aus vier Clustern („cardiopulmonary/auto- nomic arousal“; „gastrointestinal arou- sal“; „musculoskeletal tension“; „general symptoms“) *ohne* die bisherige Forde- rung nach „somatisch unerklärten“ Be- schwerden. Die Symptomcluster basie- ren auf einer explorativen Analyse aller Symptome von Patienten aus den un- terschiedlichsten Settings; das auf die- sen Clustern basierende Diagnosekon- zept hat eine sehr hohe Überlappungs- rate mit somatoformen und funktionel- len Syndromen [12]. Der Schweregrad ergäbe sich sozusagen automatisch aus der Anzahl der Beschwerden.

Dieses Konzept ignoriert (zumindest im Hinblick auf eine operationalisier- te Diagnose) psychobehaviorale Charak- teristika komplett – was im Gegensatz zum SSD aber den Vorteil haben könn- te, dass es zumindest im somatischen Be- reich praktikabler sein könnte [12]. Im Rahmen der Neufassung des ICD wird derzeit für den Bereich der Hausarztme- dizin die Einführung der Kategorie des Bodily-distress-Syndroms diskutiert – ob hier dann systematische Unterschie- de zum DSM-System bestehen werden, bleibt abzuwarten.

Beiden Vorschlägen gemeinsam – und entscheidend im Hinblick auf die sehr be- grüßenswerte Überwindung eines reduktionistischen Dualismus – ist die Betonung der *Ähnlichkeit* somatoformer und somatopsychischer Störungen. So erlau-

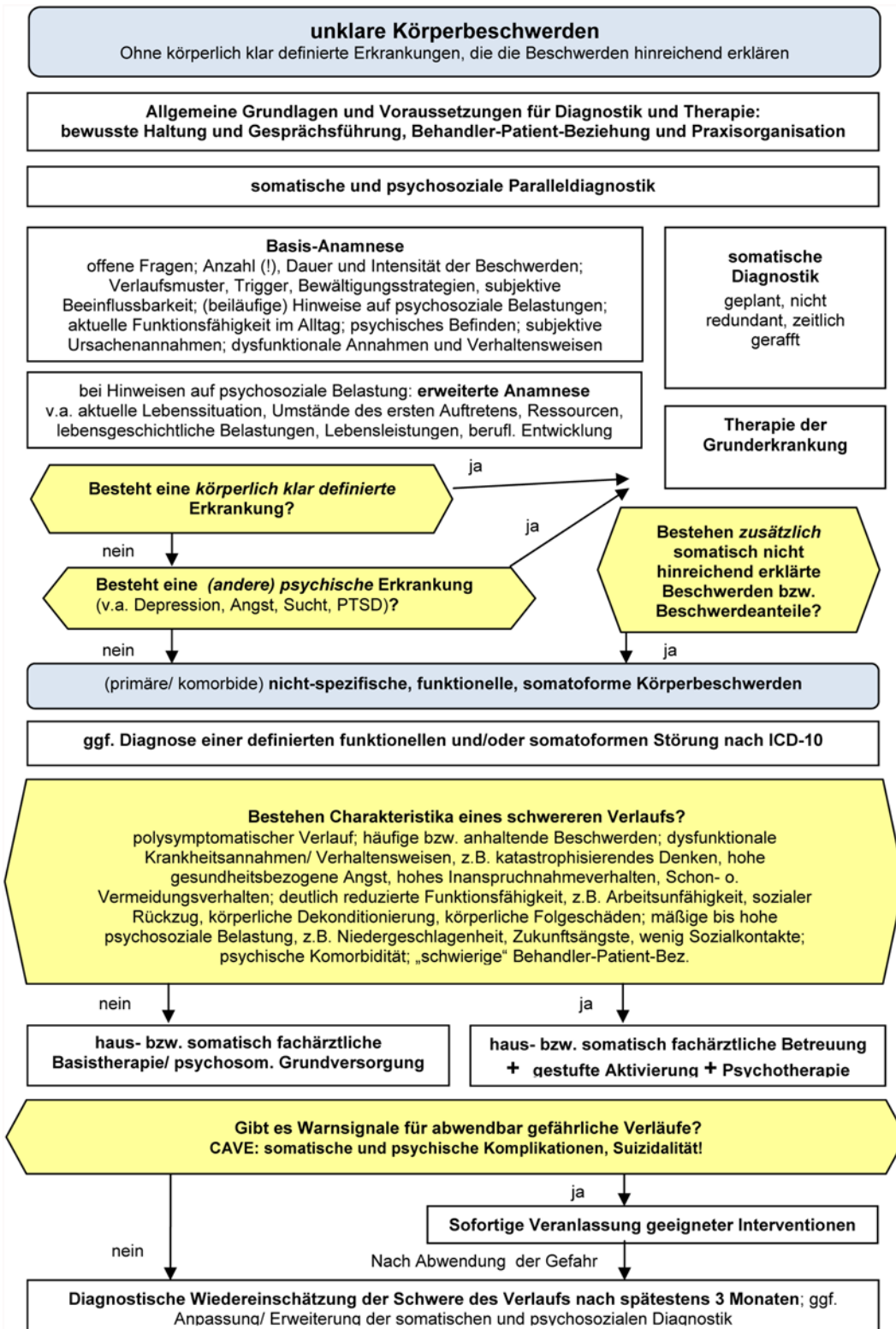


Abb. 1 ◀ S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“: Diagnostikalgorithmus. (Aus [11], Rechte bei den Autoren, mit freundl. Genehmigung)

Hier steht eine Anzeige.



Infobox Mehr Informationen zur Klassifikation und Diagnostik somatoformer Störungen bzw. neuer Konzepte

Internetadressen:

- Wissenschaftliche Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): www.awmf.org, z. B. die zitierte neue S3-Leitlinie zum Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html
- American Psychiatric Association: DSM-V Development: www.dsm5.org
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): ICD-11 Entwicklungsprozess: www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html

Buchtipps:

- Creed F, Henningsen P, Fink F (Hrsg) (2011) *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services*. Cambridge Univ Press, Preis 83 EUR (55 Pfund).
- Hausteiner-Wiehle C, Schäfert R, Sattel H Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Henningsen P (Steuerungsgruppe) (2012) S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“. Schattauer, Stuttgart (im Druck)

ben z. B. beide Konzepte die Erfassung einer Fatigue im Rahmen eines CFS ebenso wie die einer Fatigue im Rahmen einer Multiplen Sklerose.

Die Diagnostik somatoformer Störungen in Zeiten grundlegender Neukonzeptionen

Wie soll nun angesichts dieser Unsicherheiten und anstehenden Veränderungen bei der Diagnose somatoformer Störungen vorgegangen werden? Solange weder das DSM-5 noch die ICD-11 erschienen sind, gelten fraglos die Diagnosekriterien der aktuellen Klassifikationssysteme. Dennoch kann das diagnostische Vorgehen schon jetzt die sich abzeichnenden Änderungen berücksichtigen: In der neuen S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“

[11] wird eine biopsychosoziale Diagnostik von Anfang an empfohlen, einschließlich einer gezielten Exploration psychobehavioraler Charakteristika bereits vor Abschluss der somatischen Diagnostik. Dadurch kann bereits frühzeitig ein Augenmerk auf komplizierende Faktoren („yellow flags“) gerichtet werden, die einen oft über die reinen Körperbeschwerden hinausgehenden Handlungsbedarf anzeigen (wie etwa eine angemessene Beruhigung bei starken Krankheitsängsten oder die Therapie komorbider psychischer Erkrankungen). In ihrem Diagnostikalgorithmus listet die neue Leitlinie [11] das schrittweise Vorgehen und die wichtigsten Charakteristika schwererer und gefährlicher Verläufe auf (▣ Abb. 1).

Fazit für die Praxis

Aufgrund vieler praktischer und theoretischer Probleme bisheriger Klassifikationen somatoformer Störungen werden schon bald grundlegend veränderte Neuklassifikationen erwartet, die aller Wahrscheinlichkeit nach das Kriterium der fehlenden somatischen Erklärbarkeit stark relativieren und psychobehaviorale Positivkriterien sowie dimensionale Kodierungsmöglichkeiten einführen. Obwohl die ICD-10 und das DSM-IV bis dahin gültig bleiben, sollten bei der Diagnose somatoformer Störungen schon jetzt folgende Punkte beachtet werden:

- Die frühzeitige Einbeziehung psychosozialer Diagnostik, parallel zur Abklärung somatischer Faktoren, also ohne Abwarten der somatischen Abschlussdiagnostik.
- Die Möglichkeit, somatoforme Störungen auch als Begleitdiagnosen körperlicher Erkrankungen zu diagnostizieren.
- Die gezielte Beachtung psychobehavioraler Charakteristika, die wesentlich zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigung beitragen und mit konkretem klinischem Handlungsbedarf verbunden sind.

Korrespondenzadresse

PD Dr. C. Hausteiner-Wiehle

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Langerstr. 3, 81675 München
c.hausteiner-wiehle@tum.de

Interessenskonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2012) DSM-V Development: www.dsm5.org [Zugegriffen: 21.05.2012]
2. Barner GEK Report Krankenhaus (2011) Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. Asgard, St. Augustin, S 92; http://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/Krankenhaus-Report-2011.pdf. [Zugegriffen 05.04.2012]
3. Berrios GE, Marková IS (2006) Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis. In: Blumenfeld M, Strain JJ (Hrsg). *Psychosomatic Medicine*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, S 27–38
4. Bertelsmann Universal Lexikon (1993) Sozio – Tenn, Bd 17. Bertelsmann, Gütersloh, S 296
5. Creed F, Guthrie E, Fink P et al (2010) Is there a better term than „medically unexplained symptoms“? *J Psychosom Res* 68: 5–8
6. Crombez G, Beirens K, Van Damme S et al (2009) The unbearable lightness of somatisation: a systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain. *Pain* 145:31–35
7. Fink P, Toft T, Hansen MS et al (2007) Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 69:30–39
8. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ (2009) Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39:2043–2059
9. Guthrie E (2008) Medically unexplained symptoms in primary care. *Adv in Psych Treat* 14:432–440
10. Hatcher S, Arroll B (2008) Assessment and management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 336:1124–1128
11. Hausteiner-Wiehle C, Schäfert R, Sattel H et al (Steuerungsgruppe) (2012) S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“. Schattauer, Stuttgart (im Druck).
12. Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C, Rief W (2011) Terminology, classification and concepts, or: what exactly are we talking about? In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg) *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services*. Cambridge Univ Press, Cambridge, S 43–68
13. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369:946–955
14. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC (2012) The function of “functional”: a mixed methods investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 83:248–250

15. Kendell R, Jablensky A (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 160:4–12
16. Kendler KS, Zachar P (2008) The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (Hrsg) *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Johns Hopkins, Baltimore, S 370–385
17. Kroenke K, Sharpe M, Sykes R (2007) Revising the classification of somatoform disorders: key questions and preliminary recommendations. *Psychosomatics* 48:277–285
18. Lahmann C, Henningsen P, Dinkel A (2010) Somatoforme und funktionelle Störungen. *Nervenarzt* 81:1383–1394
19. Launer J (2009) Medically unexplored stories. *Postgrad Med J* 85:503–504
20. Layer P, Andresen V, Pehl C et al (2011) S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie (AWMF-Reg.Nr. 021–016). *Z Gastroenterol* 49:237–293 [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021–016.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-016.html)
21. Lipowski ZJ (1988) Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145:1358–1368
22. Moynihan R (2010) Merging of marketing and medical science: female sexual dysfunction. *BMJ* 341:c5050
23. Noyes R Jr, Stuart SP, Watson DB (2008) A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 49:14–22
24. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ (2009) The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 166:645–650
25. Rief W, Mewes R, Martin A, Glaesmer H, Brähler E (2011) Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosom Med* 73:760–768
26. S-3 Leitlinie „Fibromyalgiesyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie“. [http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041–004.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-004.html). [Zugegriffen am 18.05.2012]
27. Stone J, Wojcik W, Durrance D et al (2002) What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The „number needed to offend“. *BMJ* 325:1449–1450
28. Voigt K, Nagel A, Meyer B et al (2010) Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 68:403–414
29. Walitt B, Fitzcharles MA, Hassett AL et al (2011) The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol* 38:2238–2246
30. Wessely S, White PD (2004) There is only one functional somatic syndrome. *Br J Psychiatry* 185:95–96

**R. Müller-Isberner, S. Eucker (Hrsg.)
Praxishandbuch Maßregelvollzug**

Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie

MWV 2012, 2. Aufl., 311 S., 49,00 EUR

Die Herausgeber nutzen ihre Erfahrungen in Behandlung, Patientenversorgung und Organisation des Maßregelvollzugs in Hessen und geben einen fundierten Abriss zur Behandlung straffällig gewordener Patienten. Zusätzlich enthält das Praxishandbuch Beiträge weiterer ebenfalls mit Patienten aus dem Maßregelvollzug in Hessen arbeitender Personen aus verschiedenen Disziplinen. Es entsteht ein abgerundeter und fundierter Überblick über die gesamte Maßregelvollzugsbehandlungskette am Beispiel Hessens. Die 2. Auflage des Praxishandbuchs baut auf das 2009 erschienene „Therapie im Maßregelvollzug“ auf und ist verglichen mit dem Vorgängerwerk erweitert, ergänzt und jetzt auch interdisziplinär angelegt. Auf 301 Seiten werden rechtliche Basis, Grundlagen, Methoden und Praxis der Kriminaltherapie, Therapiekonzepte bei verschiedenen Patientengruppen, spezielle Behandlungssettings, die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB sowie weitere mit dem Maßregelvollzug verbundene Themenfelder aufgegriffen. Es resultiert eine insgesamt gelungene, praxisorientierte und wissenschaftlich fundierte Darstellung der Maßregelvollzugsbehandlung. Eine Stärke des Buches ist, dass auch der für einen Großteil der dort behandelten Patienten zuständige Vorsitzende Richter der Strafvollstreckungskammer beim Landgericht Marburg als Autor einbezogen ist und die juristischen Grundlagen der Arbeit im Maßregelvollzug erörtert.

Man mag den Begriff „Kriminaltherapie“ nicht mögen, schließlich geht es um die Behandlung psychisch kranker Menschen, die aufgrund ihrer Störung straffällig geworden sind, das in diesem Kapitel zusammengetragene empirische Grundlagenwissen und die praxisrelevanten Darstellungen sind uneingeschränkt lesenswert. Nachdem der Maßregelvollzug in Hessen bis vor kurzem organisatorisch zusammengehörig und unter einer Leitung verbunden war, konnten sich die Autoren auf eine landesweite Behandlungsevaluation stützen. Es ist die große Stärke des Buches, dass es auf fundierten

Kenntnissen und praktischem Arbeiten im Maßregelvollzug und mit Maßregelvollzugspatienten basiert. Praktische Erfahrungen mit Evaluation und Erfolgskontrolle fließen in das Praxishandbuch Maßregelvollzug ein und machen es zu einer wertvollen Lektüre für alle im Maßregelvollzug Tätigen. Insofern ist das Buch uneingeschränkt zu empfehlen. Kritisch anzumerken ist nur wenig: Neben meinem Unbehagen mit den Begriffen „Kriminaltherapie“ und „Funktionelle Psychosen“ (zumindest die älteren wissen noch was gemeint ist) hielte ich die Kapitelbezifferung für verbesserbar. Dies soll den insgesamt sehr positiven Eindruck aber allenfalls marginal schmälern. Etwas gravierender fällt meines Erachtens ins Gewicht, dass Sexualstraftäter und die Diagnose Sexuelle Devianz eher ein Schattendasein führen. Das Wissen hierzu ist im Wesentlichen auf 3 Seiten komprimiert. Dies könnte angesichts der aktuellen Bedeutung dieser Störungen meines Erachtens sicher etwas umfangreicher ausfallen. Insgesamt jedoch haben Herausgeber und Autoren ein wichtiges und sehr hilfreiches Werk zustande gebracht.

J.L. Müller (Göttingen)