

# 1 Einleitung

## 1.1 Relevanz der untersuchten Fragestellung für die klinisch-psychologische Forschung

---

Frau M. leidet unter verschiedensten Beschwerden: Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Herzrasen und Kopfschmerzen. Sie hat eine Odyssee hinter sich: Sie ist von Arztpraxis zu Arztpraxis, vom Allgemeinmediziner zum Facharzt gelaufen. Eine organmedizinische Ursache für ihre Beschwerden konnte jedoch nicht gefunden werden und ihre Enttäuschung und Verunsicherung wächst mit jedem neuen „ohne Befund“.

Multiple somatoforme Beschwerden, d.h. Körperbeschwerden wie bei Frau M., die nicht vollständig durch organische oder pathophysiologische Faktoren erklärt werden können, gleichzeitig aber zu einem bedeutsamen Leiden oder einer Beeinträchtigung in wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens führen (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), gehören, neben Angst-, Sucht- und affektiven Störungen, zu den häufigsten psychischen Störungen in westlichen Kulturkreisen (Jacobi, Hoyer & Wittchen, 2004; Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000; Wittchen & Jacobi, 2005). Neben dem individuellen Leid der betroffenen Personen führen somatoforme Beschwerden zu erheblichen sozioökonomischen Kosten, beispielsweise durch die hohe Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen oder Arbeitsunfähigkeitszeiten der Patienten<sup>1</sup> (Barsky, Orav & Bates, 2005; Hessel, Geyer, Hinz & Brähler, 2005).

Im Kontrast zur hohen Prävalenz und sozioökonomischen Relevanz multipler somatoformer Beschwerden steht eine unterproportionale Beachtung des Störungsbildes in der psychologisch-psychiatrischen Fachliteratur (Sprock & Herrmann, 2000). Dennoch liegen eine Reihe gut begründeter, psychologischer Interventionskonzepte zur Therapie multipler somatoformer Symptome vor. Die Effektivität dieser Interventionen kann mittlerweile als ausreichend belegt angesehen werden. Die Ergebnisse der kontrollierten Evaluationsstudien werden zusammenfassend in mehreren Reviews dargestellt (Allen, Javier, Lehrer, Gara & Woolfolk, 2002; Guthrie, 1996; Hiller & Rief, 1998; Kroenke & Swindle, 2000; Looper & Kirmayer, 2002; Nezu, Nezu & Lombardo, 2001). Übereinstimmend kommen diese zu dem Schluss, dass psychologische Behandlungen zu einer bedeutsamen Verbesserung der Symptomatik bei Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden führen können und einer medizinischen Standardbehandlung überlegen sind. Trotz dieser Wirksamkeitsbelege besteht jedoch aus mindestens zwei Gründen die Notwendigkeit zur Verbesserung der Effektivität dieser Interventionen: *Erstens* profitiert ein signifikanter Anteil der Patienten nicht von diesen Programmen (z.B. Speckens et al., 1995). *Zweitens* liegen die in den Evaluationsstudien zu psychologischen Interventionen bei somatoformen Beschwerden erzielten Effektstärken im mittleren Bereich und damit deutlich unter

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit und Lesbarkeit halber findet in dieser Arbeit überwiegend die männliche Form Verwendung. Es sind selbstverständlich immer Frauen und Männer gemeint.

den durch kognitiv-behaviorale Therapien erzielten Effekten bei anderen psychischen Störungen (z.B. Smith, Glass & Miller, 1980).

Beide empirische Befunde werden verständlich, wenn man berücksichtigt, dass es sich bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen keinesfalls um eine homogene Patientengruppe handelt. Patienten unterscheiden sich beispielsweise hinsichtlich der Art und Anzahl an Körpersymptomen, der begleitenden affektiven Symptome, der psychosozialen Belastungen oder anderer ätiologisch bedeutsamer Variablen.

Vor diesem Hintergrund scheinen daher zwei Ansätze geeignet, die Effektivität psychologischer Interventionskonzepte steigern zu können: das Rahmenmodell zu den „aptitude by treatment“ Interaktionen und der „stepped care“ Ansatz. Beim Modell der „aptitude by treatment“ Interaktionen (Dance & Neufeld, 1988; Smith & Sechrest, 1991) soll die Behandlungseffektivität durch eine Optimierung der Passung zwischen Patientencharakteristika und Interventionsformen gesteigert werden. Im „stepped care“ Ansatz hingegen soll zur Verbesserung des Therapieergebnisses die Passung zwischen der Intensität der Behandlung bzw. des Behandlungssettings (angeleitete Selbsthilfe vs. ambulante Behandlung vs. teilstationäre Behandlung vs. vollstationäre Behandlung) und Merkmalen der Patienten optimiert werden (Bower & Gilbody, 2005). Beide Forschungsansätze berücksichtigen Patientencharakteristika und versuchen jeweils diejenigen Variablen zu identifizieren, die zur Vorhersage beitragen können, welche Patienten jeweils von welcher psychologischen Behandlung bzw. von welchem Behandlungssetting profitieren können. Zu diesen patientenseitigen Prädiktoren des Therapieerfolgs liegen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen bisher nur wenige, konsistente Forschungsbefunde vor. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, einen empirischen Beitrag zur Bestimmung patientenseitiger Prädiktoren des Therapieerfolgs bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen im ambulanten Gruppensetting zu leisten. Insgesamt kann damit die Kenntnis von Patientencharakteristika, die für den Erfolg oder Misserfolg einer psychologischen Intervention verantwortlich sein können, zum Verständnis psychotherapeutischer Prozesse verhelfen und Impulse zur Weiterentwicklung individualisierter Behandlungsmodule liefern, welche zu einer Steigerung der Effektivität psychologischer Interventionen bei multiplen somatoformen Symptomen führen können.

## 1.2 Einordnung der Fragestellung in den Forschungskontext

---

Patientenmerkmale, die im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen, wurden in der Psychotherapieforschung spätestens seit der Publikation des Uniformitätsmythos durch Kiesler (1966) Beachtung geschenkt. Die empirische Bestimmung von Prädiktoren für den Therapieerfolg stellt einen Aspekt der differenziellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung dar (Rudolf, 1998b; Strauß & Wittmann, 2005). Patientenseitige Prädiktoren können im „Generic Model of Psychotherapy“ (siehe Abbildung 1), einem Rahmenmodell zur Systematisierung empirischer Befunde zu Zusammenhängen zwischen Therapieprozessmerkmalen und Erfolgsparameter, den Input-Variablen zugeordnet werden (Orlinsky, 1994). Patientenmerkmale (in Abbildung 1 grau hinterlegt) sind jedoch nur ein kleiner Teil der Variablen, die im

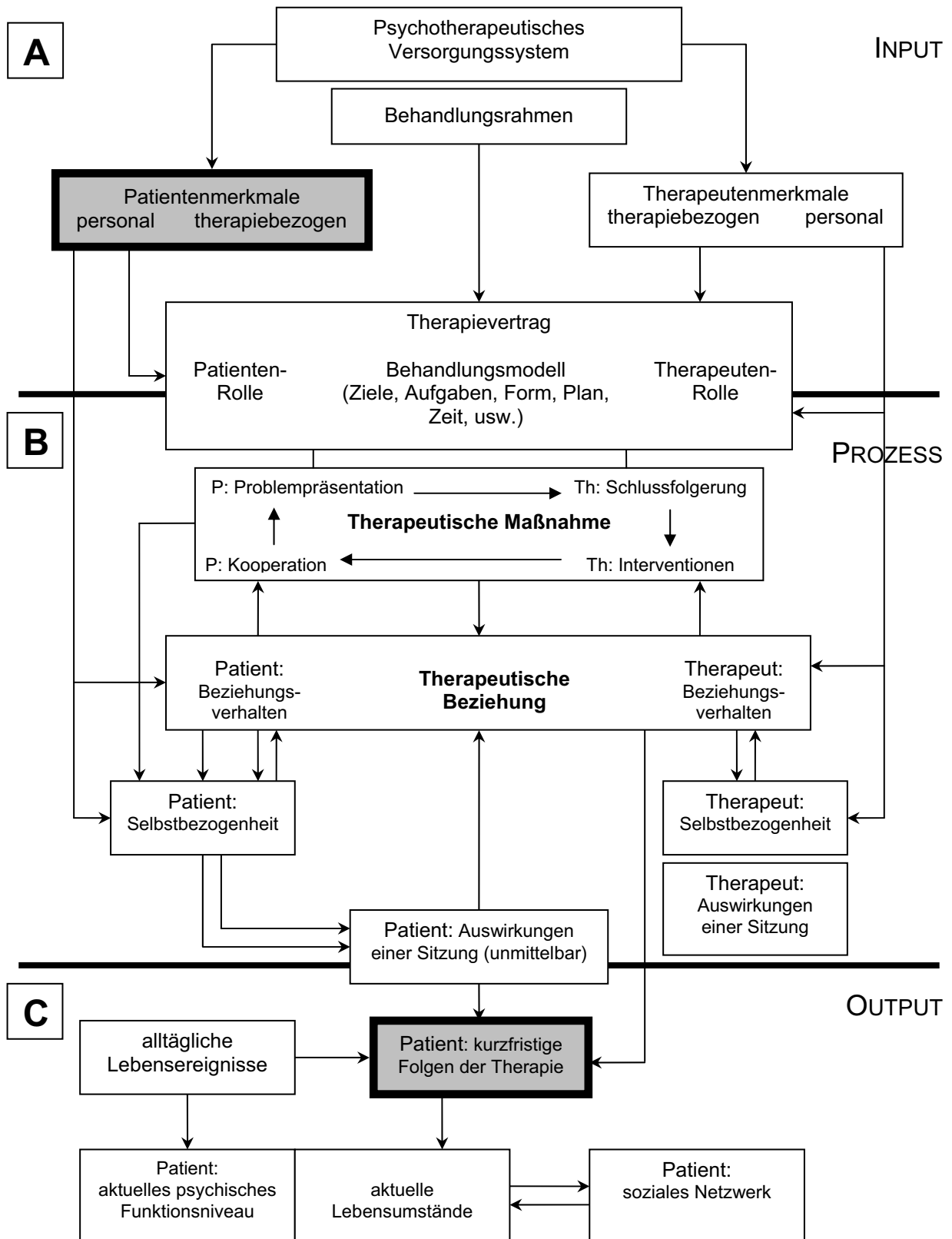


Abbildung 1: Das „Generic Model of Psychotherapy“ aus Orlinsky (1994)

„Generic Model of Psychotherapy“ Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Eine isolierte Betrachtung von Patientenmerkmalen zur Prädiktion des Therapieerfolgs birgt natürlich das Risiko, diesen nur unzureichend vorhersagen zu können. In Überblicksartikeln wird jedoch wiederholt darauf hingewiesen, dass Patientencharakteristika mehr Varianz im Therapieerfolge erklären als Therapeutenmerkmale oder die Therapiemethode (z.B. Clarkin & Kenneth, 2004). Im Zentrum des Interesses der differenziellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung steht hierbei gegenwärtig die „Diagnose“ der Patienten sowie die Therapiemethoden als Zuordnungsmerkmale, während andere Patientenvariablen wie etwa Entwicklungsgeschichte, Erwartungen, Veränderungsbereitschaft oder interpersonelle Fähigkeiten außer Acht gelassen werden, die möglicherweise noch wichtiger für die Wahl des geeigneten Vorgehens sein könnten als die Störungsdiagnose (Clarkin & Kenneth, 2004; Reinecker & Fiedler, 1997). In der vorliegenden Arbeit sollen daher neben störungsbezogenen Variablen wie die Schwere der Symptomatik, auch motivationale Konstrukte wie Veränderungsbereitschaft (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) oder motivationale Inkonsistenz (Grawe, 1998) bei der Analyse patientenseitiger Therapieerfolgsprädiktoren berücksichtigt werden.

Im *theoretischen Teil* dieser Arbeit wird zunächst das Beschwerdebild multipler somatoformer Symptome skizziert. Daran anschließend soll dessen Klassifikation in der Gruppe psychischer Störungen dargestellt und kritisch gewürdigt werden. Nach einer Erörterung epidemiologischer Daten, Aspekten der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte, folgt ein Überblick über Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung multipler somatoformer Beschwerden aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven. Daran schließt sich die Erläuterung störungsspezifischer psychotherapeutischer Ansätze an, gefolgt von einer Betrachtung deren empirischer Wirksamkeit. Im zweiten Abschnitt der theoretischen Erörterungen wird der aktuelle Forschungsstand zu Prädiktoren des Therapieerfolgs bei multiplen somatoformen Störungen dargestellt und kritisch reflektiert. Darauf aufbauend erfolgt die Ableitung der Fragestellungen und die Formulierung der Untersuchungshypothesen. Im Zuge dieser Betrachtung wird auch das Konstrukt der motivationalen Inkonsistenz vorgestellt und hinsichtlich seiner Eignung als Therapieerfolgsprädiktor beleuchtet.

Im *empirischen Teil* folgen dann die Darstellung der Untersuchungsstichprobe sowie die Beschreibung der erhobenen Variablen und der Untersuchungsdurchführung. Daran schließt sich die Beschreibung der implementierten Intervention an. Nach der Erläuterung der Auswertungsmethodik folgt die Stichprobenbeschreibung sowie die Darstellung der Drop-out Analyse und der Veränderungen im Laufe der Gruppenbehandlung. Im Zentrum des Ergebnisteils steht dann die Prüfung der postulierten Hypothesen zu den Prädiktoren des Therapieerfolgs. Im abschließenden Kapitel dieser Arbeit werden die Ergebnisse und die Methodik dieser Studie kritisch diskutiert, Implikationen für die Praxis abgeleitet und Perspektiven für zukünftige Forschungsbemühungen aufgezeigt.

## 2 Multiple somatoforme Symptome

### 2.1 Symptomatik, Klassifikation, Diagnostik und Epidemiologie

---

#### 2.1.1 *Das Beschwerdebild multipler somatoformer Symptome*

Somatoforme Symptome sind definiert als Körperbeschwerden, „... die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen [...] und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung (z.B. Panikstörung) nicht vollständig erklärt werden können“, gleichzeitig aber zu einem bedeutsamen Leiden oder einer Beeinträchtigung in wichtigen Bereichen des alltäglichen Lebens führen (Saß et al., 2003, S. 539). Hierbei können Körperbeschwerden aus den verschiedensten Körper- oder Funktionsbereichen auftreten: Kopfschmerzen, Schmerzen im Abdomen oder Rückenschmerzen; gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit oder Durchfall; kardiovaskuläre Symptome wie Herzrasen oder Schwindel; pseudoneurologische Symptome wie Lähmungen oder Taubheit. Am häufigsten sind Schmerzsymptome gefolgt von Herzrasen, Völlegefühl, Druckgefühl im Bauch und Schwindel (Creed & Barsky, 2004; Hessel et al., 2005; Rief, Hessel & Braehler, 2001a). Die Art und Anzahl dieser Körperbeschwerden kann im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen. Treten mehrere dieser somatoformen Symptome gleichzeitig oder wechselnd auf, spricht man von polysymptomatischen Störungen oder multiplen somatoformen Symptomen. Dem gegenüber stehen monosymptomatische Störungen, die durch singuläre Symptome charakterisiert sind (Rief & Hiller, 1998).

Das Beschwerdebild multipler somatoformer Symptome ist neben den somatoformen Körperbeschwerden an sich noch durch weitere relevante Merkmale geprägt. Patienten fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf ihren Körper bzw. die Beschwerden und bewerten diese katastrophisierend. Zudem werden die Symptome als unbeeinflussbar und unkontrollierbar erlebt. Die Ursachen der Symptome werden primär in organmedizinischen Störungen gesehen (kognitive Ebene). Auf der affektiven Ebene dominieren Gefühle der Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit. In ihrem Verhalten zeigen Patienten mit somatoformen Beschwerden körperliches Schonverhalten sowie sozialen Rückzug; sie konsultieren zahlreiche Ärzte und fordern wiederholt diagnostische Untersuchungen ein (Rief & Hiller, 1992).

#### 2.1.2 *Klassifikation und Diagnostik multipler somatoformer Symptome*

Die Wurzeln der Klassifikation und Diagnostik somatoformer Symptome liegen im klassischen Konzept der „Hysterie“, welche bereits in der Antike in der ägyptischen und griechischen Medizin geprägt wurde (Fiedler, 2001; Rief, 1995). Während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde eine nosologische Ausdifferenzierung des Hysteriekonzeptes vorgenommen. Seither wird die bereits erwähnte Unterteilung in den akuten, mono- bzw. oligosymptomatischen Typus und den chronischen, polysymptomatischen Typus vorgenommen. In der Folgezeit ist die Beschäftigung mit dem monosymptomatischen Typus vor allem mit den Namen Charcot, Janet, Breuer und Freud verknüpft, die sich primär mit pseudoneurologischen Symptomen, d.h.

Störungen im sensorischen oder motorischen System ohne organmedizinische Ursache beschäftigt haben. Die Auseinandersetzung mit dem monosymptomatischen Typus hat neben Konzepten wie der Dissoziation auch frühe psychoanalytische Modellvorstellungen, wie beispielsweise den Konversionsmechanismus hervorgebracht (Kapfhammer, 2001b). Das von Briquet (1859) erstmals detailliert beschriebene polysymptomatische Erscheinungsbild wurde dann erst Mitte des 20. Jahrhunderts in den USA von Guze aufgegriffen und entscheidend zu den St. Louis-Kriterien des Briquet-Syndroms weiterentwickelt (Perley & Guze, 1962). Eine weitere Modifikation des Briquet-Syndroms findet sich auch in den so genannten Feighner-Kriterien (Feighner, Robins, Guze, Woodruff & Winokur, 1972), die den polysymptomatischen Typus erstmals als operationalisierte Diagnose beschreiben, welcher dann in leicht modifizierter Form unter dem Begriff „Somatisierungsstörung“ in das DSM-III (Koehler & Saß, 1984) aufgenommen wurde (Rief & Hiller, 1992; Rief & Hiller, 1998). Die Weiterentwicklung des Briquet-Syndroms ist durch eine Einengung und Reduktion der geforderten Symptomanzahl sowie der Definition von Ausschlusskriterien, wie beispielsweise das exklusive Auftreten spezifischer Symptome im Rahmen von Panikattacken oder einer depressiven Episode, gekennzeichnet (Kapfhammer, 2001b). Eine Darstellung der weiteren Entwicklung der Klassifikation somatoformer Störungen in ICD und DSM findet sich bei Rief (1995).

Gegenwärtig können multiple somatoforme Symptome unter verschiedenen diagnostischen Kategorien klassifiziert werden. Das aktuelle und für die klinisch-psychologische Forschung primär relevante Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Saß et al., 2003) differenziert in der Gruppe der Somatoformen Störungen sechs diagnostische Kategorien sowie eine Restkategorie: (1) Somatisierungsstörung; (2) Undifferenzierte Somatoforme Störung; (3) Konversionsstörung; (4) Schmerzstörung; (5) Hypochondrie und (6) Körperdysmorphie Störung. Zur Klassifikation und Diagnostik multipler somatoformer Symptome sind die Kategorien (1) bis (4) relevant. Das DSM-IV-TR kategorisiert multiple somatoforme Symptome gemäß ihrer Art, Anzahl und Dauer. Die wichtigste Kategorie stellt die *Somatisierungsstörung* dar (vgl. Tabelle 1). Zur Diagnostik dieser Störung müssen Patienten über mindestens vier Schmerzsymptome, zwei gastrointestinale Symptome, ein sexuelles Symptom und ein pseudoneurologisches Symptom berichten, welche über mehrere Jahre hinweg im Verlauf der Störung aufgetreten sind. Einzelne Beschwerden müssen bereits vor dem 30. Lebensjahr aufgetreten sein. Die Symptome müssen zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Patienten geführt haben, sie dürfen nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht sein, und dürfen vor allem nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder die direkte Wirkung einer Substanz erklärt sein (Saß et al., 2003).

Die *Undifferenzierte Somatoforme Störung* stellt eine Restkategorie für multiple somatoforme Symptome dar, die die Kriterien Somatisierungsstörung nicht erfüllen (vgl. Tabelle 2). Eine Mindestanzahl an somatoformen Symptomen ist nicht erforderlich. Die Symptome müssen mindestens sechs Monate andauern; die Störung muss sich nicht vor dem 30. Lebensjahr manifestiert haben (Saß et al., 2003). Treten ausschließlich einige länger andauernde Schmerzsymptome auf, die durch psychische

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien für die Somatisierungsstörung aus Saß et al., 2003, S. 544f

Diagnostische Kriterien für 300.81 (F45.0) Somatisierungsstörung
<p>A. Eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führten.</p> <p>B. Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) <i>vier Schmerzsymptome</i>: eine Vorgeschichte von Schmerzsymptomen, die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen (z.B. Kopf, Abdomen, Rücken, Gelenke, Extremitäten, Brust, Rektum, während der Menstruation, während des Geschlechtsverkehrs oder während des Wasserlassens),</li> <li>(2) <i>zwei gastrointestinale Symptome</i>: eine Vorgeschichte von mindestens zwei gastrointestinalen Symptomen außer Schmerzen (z.B. Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen außer während einer Schwangerschaft, Durchfall, Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen),</li> <li>(3) <i>ein sexuelles Symptom</i>: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom im Bereich Sexualität oder Fortpflanzung außer Schmerzen (z.B. sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions- oder Ejakulationsstörungen, unregelmäßige Menstruationen, sehr starke Menstruationsblutungen, Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft),</li> <li>(4) <i>ein pseudoneurologisches Symptom</i>: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom oder Defizit (nicht begrenzt auf Schmerz), das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahe legt (Konversionssymptome wie z.B. Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen oder lokalisierte Muskelschwäche, Schluckschwierigkeiten oder Kloßgefühl im Hals, Aphonie, Harnverhaltung, Halluzinationen, Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung, Sehen von Doppelbildern, Blindheit, Taubheit, (Krampf-)Anfälle; dissoziative Symptome wie z.B. Amnesie oder Bewusstseinsverluste, jedoch nicht einfache Ohnmacht).</li> </ol> <p>C. Entweder (1) oder (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Nach adäquater Untersuchung kann keines der Symptome von Kriterium B. vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) erklärt werden.</li> <li>(2) Falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, so gehen die körperlichen Beschwerden oder daraus resultierende soziale oder berufliche Beeinträchtigungen über das hinaus, was aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder den Laborbefunden zu erwarten wäre.</li> </ol> <p>D. Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder Simulation).</p>

Faktoren beeinflusst sind, kann zur Klassifikation multipler somatoformer Beschwerden auch die *Schmerzstörung* in Betracht gezogen werden. Gleiches gilt, wenn ausschließlich Symptome oder Ausfälle der Willkürmotorik oder sensorischer

Funktionen auftreten (pseudoneurologische Symptome), hier ist möglicherweise die Kategorie der *Konversionsstörung* erfüllt. Beide Störungskategorien charakterisieren allerdings monosymptomatische Beschwerdebilder wesentlich treffender (Rief & Hiller, 1998; Saß et al., 2003).

**Tabelle 2:** Diagnostische Kriterien für die undifferenzierte Somatoforme Störung aus Saß et al., 2003, S. 547

#### Diagnostische Kriterien für 300.82 undifferenzierte Somatoforme Störung

- A. Eine oder mehrere körperliche Beschwerde(n) (z.B. Müdigkeit, Appetitlosigkeit, gastrointestinale oder urologische Beschwerden).
- B. Entweder (1) oder (2):
  - (1) Nach adäquater Untersuchung können die Symptome nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) erklärt werden.
  - (2) Falls das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung steht, so gehen die körperlichen Beschwerden oder daraus resultierende soziale oder berufliche Beeinträchtigungen über das hinaus, was aufgrund von Anamnese, körperlicher Untersuchung oder Laborbefunden zu erwarten wäre.
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate.
- E. Das Störungsbild wird nicht durch eine andere psychische Störung (z.B. eine andere Somatoforme Störung, Sexuelle Funktionsstörung, Affektive Störung, Angststörung, Schlafstörung oder eine Psychotische Störung) besser erklärt.
- F. Das Symptom wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der Vorgetäuschten Störung oder der Simulation).

Das Internationale Klassifikationssystem psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 Kapitel V(F) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1999) verfügt hier über vergleichbare diagnostische Kategorien, ergänzt aber die Kategorie der *somatoformen autonomen Funktionsstörung*. Die somatoforme autonome Funktionsstörung ist charakterisiert durch vegetative Symptome, die sich auf bestimmte autonom innervierte, organbezogene Symptomkomplexe im kardiovaskulären, gastrointestinalen, respiratorisch oder urogenitalen System beziehen. Diese diagnostische Kategorie ermöglicht eine Klassifikation funktioneller Syndrome, welche innerhalb der inneren Medizin und klassischen Psychosomatik mit diversen Synonymen bezeichnet werden (z.B. Herzneurose oder Dyspepsie) (Dilling et al., 1999; Kapfhammer, 2001b). Ein weiterer Unterschied zur Klassifikation und Diagnostik somatoformer Störungen im DSM-IV-TR besteht darin, dass das ICD-10 als zusätzliche Diagnosekriterien ein rigides organmedizinisches Krankheitsmodell beim Patienten sowie eine konflikthafte Arzt-Patienten Interaktion fordert (Rudolf & Henningsen, 2003). Einen kritischen Vergleich der Klassifikation somatoformer