

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Differenzierung von somatoformen
Störungen und primär organisch
bedingten Schmerzstörungen bei
Patienten einer
verhaltensmedizinischen
Schmerzambulanz**

Bach M, Koschitz K, Aigner M
Bankier B

*Journal für Neurologie
Neurochirurgie und Psychiatrie*
2006; 7 (2), 32-36

Homepage:

**www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Differenzierung von somatoformen Störungen und primär organisch bedingten Schmerzstörungen bei Patienten einer verhaltensmedizinischen Schmerzzambulanz

M. Bach^{1, 2}, K. Koschitz², M. Aigner², B. Bankier²

Zielsetzung der vorliegenden Studie war die Überprüfung der klinischen Brauchbarkeit der DSM-IV-Diagnosekriterien einer somatoformen Störung in einer umfangreicheren konsekutiven Patientenstichprobe einer Schmerzzambulanz (n = 584). Insgesamt 377 (64,4 %) PatientInnen erfüllten die DSM-IV-Kriterien einer somatoformen Störung und wurden mit 112 PatientInnen mit einer primär organisch bedingten Schmerzstörung verglichen. Im Vergleich zu diesen wiesen PatientInnen mit einer somatoformen Störung signifikant häufiger eine multilokuläre Schmerzsymptomatik auf, gaben häufiger seelische Belastungen als Schmerzsache an, hatten signifikant mehr Arztkontakte in den letzten 6 Monaten und waren signifikant häufiger arbeitsunfähig. Die Ergebnisse bestätigen die Brauchbarkeit der DSM-IV-Kriterien für die Differenzierung von somatoformen Störungen bei chronischen SchmerzpatientInnen, vor allem in Hinblick auf die Erfassung störungsrelevanter Einstellungs- und Verhaltenskonsequenzen. Im Gegensatz dazu bleibt die Validität einzelner diagnostischer Kategorien der somatoformen Störungen im DSM-IV (Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung und die zwei Subformen der Schmerzstörung) unklar.

Schlüsselwörter: somatoforme Störung, chronischer Schmerz, Schmerzzambulanz, Krankheitsverhalten

Differentiation of Somatoform Pain Disorder from Organic Pain Syndromes in Patients from a Behaviour Medicine Outpatient Pain Clinic. The aim of the present study was to assess the clinical utility of the DSM-IV criteria of somatoform disorders among a larger consecutive sample of patients in a pain clinic (n = 584). Of these, 377 subjects fulfilled diagnostic criteria of a somatoform disorder according to DSM-IV. This subsample was compared with a number of 112 subjects with medically explainable chronic pain syndromes. As compared to these, patients with somatoform disorders significantly more often exhibited widespread pain, rated more often mental problems as a reason for their pain, showed significantly more medical appointments during the last 6 months and were significantly more often off work. These results underline the utility of DSM-IV criteria for the differentiation of somatoform disorders among chronic pain patients, in particular the assessment of health-related attitudes and illness behaviour. In contrast, the validity of particular diagnostic categories, as proposed by DSM-IV for the group of somatoform disorders (somatisation disorder, undifferentiated somatoform disorder, two subtypes of pain disorder) remains unclear. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2006; 7 (2): 32–6.

Key words: somatoform disorders, chronic pain, pain clinic, illness behavior

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen (deshalb der Begriff somatoform), die durch einen medizinischen Faktor jedoch nicht vollständig erklärt werden können [1]. Es wird heute allgemein angenommen, daß psychische Faktoren eine wichtige Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung, im Schweregrad und in der Dauer somatoformer Störungen spielen [2]. Entscheidend für die klinische Relevanz der Beschwerden ist das Kriterium, daß die Beschwerden einen ausgeprägten Leidensdruck bzw. Beeinträchtigungen in verschiedenen psychosozialen Funktionsbereichen verursachen [3]. Häufig sind es gerade diese subjektiven Beeinträchtigungen – weniger die Symptome selbst –, die die Betroffenen dazu veranlassen, einen Arzt aufzusuchen, Untersuchungen einzufordern, Medikamente einzunehmen oder die Lebensgewohnheiten zu ändern [2, 4].

Die Einstellungs- und Verhaltenskonsequenzen somatoformer Störungen stellen somit einen wichtigen diagnostischen und therapeutischen Ansatzpunkt bei somatoformen Störungen dar. So nehmen PatientInnen mit somatoformen Störungen in der Regel zahlreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen in Anspruch, oft ohne befriedigende Hilfestellung. Nach Fink [5] sind die sogenannten „high utilizer“ durch ihr übermäßiges Inanspruchnahmeverhalten für einen Großteil der Gesundheitskosten

verantwortlich. Eine sozialmedizinische Aufgabenstellung ersten Ranges ist daher die Früherkennung von somatoformen Störungen und die Verfügbarkeit angemessener und wirksamer Therapiemaßnahmen, beispielsweise im Rahmen psychosomatischer Konsiliar-Liaison-Dienste und Tagesklinikmodelle [6, 7].

Rund 70 % aller PatientInnen mit somatoformen Störungen klagen über anhaltende bzw. wiederkehrende Schmerzen [8]. Chronische Schmerzen zählen damit zu den Hauptsymptomen somatoformer Störungen [3]. Hieraus resultiert die Überlegung, das Vorliegen somatoformer Störungen direkt bei chronischen SchmerzpatientInnen zu untersuchen, die eine Schmerzzambulanz aufsuchen [9]. PatientInnen einer Schmerzzambulanz sind zwar nicht repräsentativ für chronische SchmerzpatientInnen in der Allgemeinbevölkerung, sie stellen jedoch erwartungsgemäß jene Patientengruppe mit hohem Inanspruchnahmeverhalten dar [8].

Bislang liegen zu dieser Fragestellung vergleichsweise wenige Studien bei chronischen SchmerzpatientInnen vor [10–12]. Zwei Untersuchungen an umfangreicheren Stichproben berücksichtigen neben medizinischen auch psychosoziale Faktoren für die Schmerzdiagnostik, sie verwenden allerdings keine aktuellen Diagnosekriterien [13, 14]. Zwei neuere Arbeiten setzen die IASP-Klassifikationskriterien [15] zur diagnostischen Differenzierung ein, eine Diagnostik anhand operationalisierter psychiatrischer Klassifikationskriterien fehlt allerdings auch hier [16, 17].

Zielsetzung der vorliegenden Studie war die Überprüfung der klinischen Brauchbarkeit der Diagnoserichtlinien des DSM-IV einer somatoformen Störung bei chronischen SchmerzpatientInnen in einer umfangreicheren Stichpro-

Aus der ¹Abteilung für Psychiatrie Steyr und Zentrum für Innere Medizin und Psychosomatik Enns und der ²Verhaltensmedizinischen Schmerzzambulanz, Universitätsklinik für Psychiatrie Wien
Korrespondenzadresse: Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, Abteilung für Psychiatrie, LKH Steyr, A-4400 Steyr, Sierninger Straße 170;
E-Mail: michael.bach@gespag.at

be einer Schmerzambulanz. Es wurde eine Merkmalsdifferenzierung von PatientInnen mit Schmerzen im Rahmen einer somatoformen Störung im Vergleich zu PatientInnen mit primär organisch bedingten Schmerzerkrankungen hinsichtlich soziodemographischer Variablen, klinischer Symptomatik, subjektivem Beeinträchtigungsgrad, Laien-ätiologie und Krankheitsverhalten vorgenommen.

Methodik

Die Studie wurde an der verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien durchgeführt, die über einen Konsiliar-Liaison- (C/L-) Dienst in enger Kooperation mit der Schmerzambulanz der Abteilung B der Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin steht. Im Rahmen der verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz erfolgt eine differentialdiagnostische Abklärung chronischer SchmerzpatientInnen unter Berücksichtigung psychiatrischer und verhaltensmedizinischer Konzepte sowie eine Therapieempfehlung bezüglich somatomedizinischer und/oder psychotherapeutischer Interventionen.

Über einen Zeitraum von 6 Jahren wurde eine konsekutive Kohorte von 584 PatientInnen (67,5 % Frauen; Durchschnittsalter: $49,7 \pm 12,5$ Jahre) in die Untersuchung eingeschlossen, die ein Erstgespräch im Rahmen der verhaltensmedizinischen Schmerzambulanz bzw. des vorge-schalteten C/L-Dienstes in Anspruch nahmen.

Bei allen PatientInnen wurden folgende Daten erhoben:

- Soziodemographische Variablen
- Krankheitsanamnese einschließlich bisheriger medizinischer Befunderstellungen und Behandlungsversuche sowie Familienanamnese
- Beschwerdeschilderung: Schmerzintensität (VAS 0–10) und subjektiver Beeinträchtigungsgrad („pain disability“) für Beruf/Arbeit, Freizeitverhalten und Familie/Partnerschaft (jeweils VAS 0–10) in Anlehnung an die Work and Social Disability Scale [18], Schmerzqualität, Lokalisation und zeitlicher Verlauf in Anlehnung an die Taxonomie der IASP [15]
- Subjektives Krankheitsmodell (Laienätiologie)
- Krankheitsverhalten: Arztkontakte/Inanspruchnahmeverhalten, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung

Die psychiatrische Diagnostik erfolgte anhand des DSM-IV [1]. Als Screening-Instrument für die Erfassung von somatoformen Beschwerden wurde der SOMS [19] verwendet. Sämtliche psychiatrischen Diagnosen wurden durch den Erstautor gestellt.

Ergebnisse

Von den 584 untersuchten PatientInnen erfüllten insgesamt 377 (64,4 %) die DSM-IV-Kriterien einer somatoformen Störung, 112 PatientInnen (19,2 %) wiesen eine primär organisch bedingte Schmerzerkrankung auf. Die Gruppe der primär organisch bedingten SchmerzpatientInnen wies folgende somatische Diagnosen auf: Polyneuropathie ($n = 14$), Narbenschmerz ($n = 14$), Postlaminektomie-Syndrom ($n = 10$), Zervikalsyndrom ($n = 10$), Zentrales Schmerzsyndrom/Phantom Schmerz ($n = 10$), Lumboischialgie ($n = 8$), Migräne ($n = 7$), Posttraumatischer Schmerz ($n = 5$), Trigeminusneuralgie ($n = 5$), Sympathisch

unterhaltener Schmerz/CRPS ($n = 4$), Spannungskopfschmerz ohne psychische Faktoren ($n = 4$), Arthrose ($n = 4$), Osteoporose ($n = 3$), Cluster-Kopfschmerz ($n = 2$), Arthritis psoriatica ($n = 2$), Skoliose ($n = 2$), Pseudoradikulärer Schmerz ($n = 2$) und weitere Einzeldiagnosen ($n = 6$).

In der Gruppe der somatoformen Störungen wiesen 69 PatientInnen (11,8 %) eine Somatisierungsstörung (SOM) auf, weitere 69 (11,8 %) eine undifferenzierte somatoforme Störung (USS), 72 (12,3 %) eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren (SchP) und 167 (28,6 %) eine Schmerzstörung mit sowohl psychischen Faktoren als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor (SchPM). Bei 60 (10,3 %) PatientInnen lag primär eine andere psychische Störung vor, bei 35 (5,9 %) der Untersuchten blieb zum Zeitpunkt des Erstgesprächs die diagnostische Zuordnung nicht eindeutig. Die beiden letzten Gruppen wurden nicht in die weitere Analyse einbezogen.

Beim Vergleich der soziodemographischen Variablen wiesen PatientInnen mit somatoformen Störungen ein signifikant jüngeres Alter auf als jene mit primär organisch bedingten Schmerzerkrankungen ($48,7 \pm 11,3$ Jahre vs. $52,5 \pm 14,0$ Jahre; $p < 0,01$). Demgegenüber fand sich kein signifikanter Unterschied bezüglich Geschlechtsverteilung (% Frauen: 69,2 vs. 63,4), Bildungsgrad (% PatientInnen ohne Abitur: 83,4 vs. 85,7) oder Familienstand (% Verheiratete: 63,1 vs. 69,4). Innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen fand sich ein höheres Alter bei PatientInnen mit SchPM im Vergleich zu den anderen diagnostischen Kategorien (SOM: $45,6 \pm 9,6$ Jahre; USS: $46,3 \pm 9,6$ Jahre; SchP: $48,2 \pm 13,0$ Jahre; SchPM: $51,1 \pm 11,4$ Jahre; *Post-hoc-Test*: SchPM $\leftrightarrow$ SOM: $p < 0,01$). Bezüglich Geschlechtsverteilung, Bildungsgrad oder Familienstand zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

In der Beschwerdeschilderung beschrieben PatientInnen mit somatoformen Störungen signifikant häufiger multilokuläre Schmerzen als jene mit organisch bedingten Schmerzen ($p < 0,001$), während sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Schmerzintensität, der Lateralität der Schmerzen, des subjektiven Beeinträchtigungsgrads durch Schmerzen („pain disability“) und der Erkrankungsdauer nicht signifikant unterschieden (Tab. 1). Innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen waren multilokuläre Schmerzen signifikant häufiger bei PatientInnen mit SOM (43,3 %) zu beobachten als bei USS (27,4 %), SchP (12,8 %) oder SchPM (20,0 %) (*Post-hoc-Test*: SOM $\leftrightarrow$ USS: $p < 0,01$; SOM $\leftrightarrow$ SchP: $p < 0,001$; SOM $\leftrightarrow$ SchPM: $p < 0,001$). Innerhalb der somatoformen Störungen lag das Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung bei SOM tendenziell höher als bei den anderen Störungsbildern (Mittlere VAS: SOM = 7,58; USS = 7,19; SchP = 7,33; SchPM = 7,14).

Zur Erfassung des subjektiven Krankheitsmodells wurden alle PatientInnen gebeten, die Ätiologie ihrer Beschwerden anhand einer Liste mit 9 Antwortmöglichkeiten einzuschätzen (Mehrfachnennungen möglich). Unterschiede finden sich hinsichtlich der Bedeutung seelischer Belastungen ($p < 0,0001$), genetischer Faktoren (Erbanlagen) und Operationsfolgen (Tab. 2). Innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (nach Bonferroni-Korrektur) im Antwortmuster. Nahezu alle PatientInnen schilderten über Erfahrungen in der Einnahme von Psychopharmaka zur Schmerztherapie, wobei sich zwischen den einzelnen Gruppen kein signifikanter Unterschied zeigte (90,5 %

Tabelle 1: Beschwerdeschilderung

	Schmerzen im Rahmen somatoformer Störungen (n = 377)	Organisch bedingte Schmerzstörungen (n = 112)
Unilokuläre Schmerzen (1 Körperstelle)	20,5 %	34,2 %*
Multilokuläre Schmerzen (≥ 6 Körperstellen)	24,5 %**	10,8 %
Mittlere Schmerzintensität (VAS 0–10)	6,52	6,72
Subjektive Beeinträchtigung (VAS 0–10)	7,48	7,04
– Arbeit (VAS 0–10)	7,85	7,70
– Freizeit (VAS 0–10)	7,40	6,78
– Familie (VAS 0–10)	7,27	7,70
Lateralität/Einseitigkeit der Schmerzen	10,2 %	29,5 %*
– Davon linksseitig	50,0 %	53,3 %
Schmerzverlauf		
– Dauerschmerz	76,2 %	79,3 %
– attackenförmig	7,4 %	7,5 %
Schmerzdauer > 2 Jahre	78,4 %	76,6 %

* p < 0,01; ** p < 0,0001

Tabelle 2: Subjektives Krankheitsmodell

Welche Ursachen für Ihre Schmerzen halten Sie für wahrscheinlich? (Mehrfach- nennungen möglich)	Schmerzen im Rahmen somatoformer Störungen (n = 377)	Organisch bedingte Schmerzstörungen (n = 112)
Krankheiten	20,5 %	24,8 %
Operationen	20,8 %	33,3 %*
Verletzungen	13,4 %	13,3 %
Arbeitsunfall	7,7 %	5,7 %
Erbanlagen/genetische Faktoren	14,8 %	6,7 %
Ernährung/Wetter	21,6 %	20,0 %
Seelische Belastungen	42,0 %**	17,1 %
Schmerzursache konnte nicht festgestellt werden	31,1 %	23,8 %

* p < 0,05; ** p < 0,0001

Tabelle 3: Krankheitsverhalten

Arztkontakte in den letzten 6 Monaten	Schmerzen im Rahmen somatoformer Störungen (n = 377)	Organisch bedingte Schmerzstörungen (n = 112)
Arztbesuche aufgrund von Schmerzen		
– Kein Besuch	1,5 %	6,8 %
– Mind. 1 Besuch/Monat	29,8 %	24,3 %
– Mind. 1 Besuch/Woche	53,6 %	56,3 %
– Mind. 1 Besuch/Tag	15,1 %	12,6 %
Arztkontakte		
– 1 Arzt	7,4 %	14,3 %*
– ≥ 6 Ärzte	23,5 %*	18,1 %
Arztkontakte		
– nur 1 Fachrichtung	11,4 %	30,9 %**
– > 6 Fachrichtungen	17,6 %**	9,0 %
Arbeitsunfähigkeit wegen Schmerzen zum Untersuchungszeitpunkt	55,0 %*	39,2 %
Vorzeitige Berentung wegen Schmerzen	54,7 %	66,7 %

* p < 0,01; ** p < 0,0001

somatoforme Störungen; 92,8 % organisch bedingte Schmerzen).

Über chronische Schmerzserkrankungen in der Herkunftsfamilie berichteten 36,4 % der PatientInnen mit somatoformen Störungen und 16,8 % der PatientInnen mit organisch bedingten Schmerzen (p < 0,0001). Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich auch im aktuellen Krankheitsverhalten, insbesondere bei der hochfrequenten Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen sowie beim Anteil arbeitsunfähiger PatientInnen zum Untersuchungszeitpunkt, während der Anteil an krankheitsbedingter vorzeitiger Berentung in beiden Gruppen vergleichbar hoch war (Tab. 3). Umgekehrt zeigten sich innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens medizinischer Einrichtungen und dem Ausmaß an Arbeitsunfähigkeit, während der Anteil vorzeitiger Berentungen bei PatientInnen mit SchPM (61,3 %) deutlich höher lag als bei SchP (39,1 %), SOM (54,4 %) oder USS (53,7 %) (Post-hoc-Test: SchPM <> SchP: p < 0,01).

Bei PatientInnen mit somatoformen Störungen fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der vorzeitigen Berentung und dem Grad der subjektiven Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen (Spearman-Krueger-Korrelationskoeffizient: Beruf/Arbeit 0,26; Freizeit 0,23; Haushalt/Partnerschaft 0,19; p < 0,01), nicht jedoch zwischen Berentung und Schmerzintensität (0,14). Bei PatientInnen mit organisch bedingten Schmerzserkrankungen fanden sich hier keine signifikanten Zusammenhänge.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde eine größere konsekutive Stichprobe von chronischen SchmerzpatientInnen bezüglich der Differenzierung von somatoformen Störungen und primär organisch bedingten Schmerzstörungen untersucht. Insgesamt 64,6 % der untersuchten SchmerzpatientInnen erfüllten die DSM-IV-Kriterien einer somatoformen Störung. Diese Prävalenzrate liegt somit deutlich höher als die Häufigkeitsangaben von 32 % (Reich et al. 1983) bzw. 0,3 % (Fishbain et al. 1986), die anhand der DSM-III-Kriterien ermittelt wurden. Neben Unterschieden in der Vorselektion der PatientInnengruppen in den einzelnen Studien liegt eine mögliche Erklärung in der breiteren Konzeptualisierung von somatoformen Störungen, insbesondere der sogenannten Schmerzstörung, im DSM-IV im Vergleich zu vorangegangenen Klassifikationskriterien, die somit zu einer „Überdiagnostik“ von somatoformen Störungen führen könnten [20].

Auffallend bei der Beschwerdeschilderung waren signifikant häufiger berichtete multilokuläre Schmerzen bei somatoformen Störungen im Vergleich zu organisch bedingten Schmerzstörungen, innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen war eine multilokuläre Schmerzausprägung erwartungsgemäß am häufigsten beim Vollbild der Somatisierungsstörung im Vergleich zu anderen somatoformen Störungen. Dieses Ergebnis unterstreicht die Konzeption der Somatisierungsstörung als stärkste Ausprägungsform somatoformer Störungen am Ende des Somatisierungsspektrums, wie sie in ihren Grundzügen von Perley und Guze [21] als Prototyp der Somatisierungsstörung formuliert wurde [22]. In diesem Sinn ist auch das tendenziell höhere Beeinträchtigungsausmaß bei PatientInnen mit dem Vollbild der Somatisierungsstörung in dieser Un-

tersuchung zu werten. Im Gegensatz zu früheren Beobachtungen einer Häufung somatoformer Beschwerden an der linken Körperhälfte [2, 23] ließ sich in dieser Stichprobe keine Symptomlateralität bei somatoformen Störungen nachweisen. Vielmehr bestätigt dieses Ergebnis die vorangegangenen, wonach Schmerzen im Rahmen einer somatoformen Störung häufiger multilokulär über beide Körperhälften verteilt auftreten.

Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen nachweisen: Schmerzintensität, subjektiver Beeinträchtigungsgrad sowie zeitliche Charakteristik der Schmerzsymptomatik war bei somatoformen Störungen vergleichbar den primär organisch bedingten Schmerzsyndromen. Deutliche Unterschiede fanden sich bei der Einschätzung der Schmerzsache, die PatientInnen mit somatoformen Störungen überwiegend mit seelischen Belastungen in Verbindung brachten bzw. eine unklare Ätiologie angaben, während PatientInnen mit organisch bedingten Schmerzsyndromen ihre Symptomatik häufiger einer eindeutigen somatischen Ursache (Operationen, Krankheiten, Umgebungsfaktoren) zuordneten. Dieses Ergebnis ist konsistent zur derzeit gängigen Auffassung somatoformer Störungen als medizinisch nicht eindeutig erklärbares Störungsbild, für das überwiegend psychische Faktoren eine Rolle spielen. Auffallend hierbei und durchaus im Widerspruch zur heute gängigen Auffassung [2, 3] ist die große Zahl von PatientInnen, die eine Psychogenese als subjektives Erklärungsmodell ihrer somatoformen Störung angaben. Wir vermuten hierfür zwei Faktoren als mögliche Erklärung: Zum einen ließ die Frage nach der Ätiologie der Beschwerden die Möglichkeit einer Mehrfachbeantwortung zu, sodaß die PatientInnen nicht zwischen einzelnen Antwortmöglichkeiten polarisieren mußten (z. B. somatisch versus psychisch). Andererseits ließ sich dieses Ergebnis durch eine Vorselektion der Untersuchungsstichprobe erklären, die zum Teil direkt an die verhaltensmedizinische Schmerzambulanz einer psychiatrischen Klinik zur Untersuchung gelangten. Das signifikant häufigere Auftreten chronischer Schmerzsyndrome in der Herkunftsfamilie von PatientInnen mit somatoformen Störungen läßt einerseits eine mögliche genetische Prädisposition für somatoforme Störungen vermuten, wie von einigen Autoren postuliert [24]. Eine andere mögliche Erklärung kann in der Prägung kognitionspsychologischer Variablen (wie z. B. Einstellung zu Gesundheit und Krankheit) durch Kindheitserfahrungen gesehen werden.

Bei der Untersuchung des Krankheitsverhaltens ließ sich die Hypothese, daß PatientInnen mit somatoformen Störungen eine signifikant höhere Frequenz von Arztbesuchen aufweisen als PatientInnen mit primär organisch bedingten Schmerzstörungen, nicht bestätigen. Die Tatsache, daß in beiden Gruppen die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen vergleichsweise hoch war, läßt allerdings auch einen statistischen Deckeneffekt möglich erscheinen. Signifikante Gruppenunterschiede fanden sich allerdings bei der Anzahl der kontaktierten Ärzte und bei der Anzahl an verschiedenen Fachrichtungen, die konsultiert wurden. Erwartungsgemäß spiegelt sich hier das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von ärztlichen Leistungen vor allem in der Extremgruppe der „high utilizer“ (mindestens 6 verschiedene Ärzte, mehr als 6 verschiedene Fachrichtungen in den letzten 6 Monaten) wider.

PatientInnen mit somatoformen Störungen waren zum Untersuchungszeitpunkt signifikant häufiger arbeitsunfähig

als jene mit organisch bedingten Schmerzsyndromen. Dies unterstreicht die ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung als zentrales Charakteristikum somatoformer Störungen. Demgegenüber lag der Anteil an krankheitsbedingter vorzeitiger Berentung in beiden Stichproben vergleichbar hoch. Innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen erhielten bemerkenswerterweise jene PatientInnen mit einer Schmerzstörung, die in Verbindung mit sowohl psychischen als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor steht, signifikant häufiger eine vorzeitige Berentung als die anderen somatoformen Störungen. Als mögliche Erklärung für diese Divergenz ist möglicherweise das Entscheidungsverhalten der medizinischen Sachverständigen heranzuziehen: So wurde etwa argumentiert, daß PatientInnen, deren Schmerzen zumindest teilweise auf organische Ursachen zurückgeführt werden können, krankheitsbedingte Begünstigungen im Gutachterverfahren eher zugesprochen werden als jenen PatientInnen, bei denen vorrangig psychische Faktoren am Schmerzgeschehen beteiligt sind [25]. Dies unterstreicht auch die Beobachtung, daß die Schmerzstärke alleine in keinem signifikanten Zusammenhang mit einer vorzeitigen Berentung gebracht werden kann, sondern daß offenbar andere Faktoren hierfür ausschlaggebend sind. Demgegenüber dürften PatientInnen mit dem Vollbild einer Somatisierungsstörung, das sich durch vielfältige Beschwerden und Störungen von Körperfunktionen auszeichnet, vermutlich aufgrund des hohen Beeinträchtigungsausmaßes das Recht auf Inanspruchnahme krankheitsbedingter Begünstigungen eher zugesprochen werden als PatientInnen mit oligosymptomatischer Symptomausprägung oder geringerem Beeinträchtigungsgrad.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieser Untersuchung die Brauchbarkeit der DSM-IV-Kriterien für die Differenzierung von somatoformen Störungen bei chronischen SchmerzpatientInnen, vor allem in Hinblick auf die Erfassung störungsrelevanter Einstellungs- und Verhaltenskonsequenzen, denen eine krankheitsverstärkende bzw. aufrechterhaltende Bedeutung bei der Schmerzchronifizierung beigemessen wird [2]. Die frühzeitige Erkennung dieser Faktoren ist von zentraler Bedeutung für die Indikationsstellung für eine psychologisch-psychotherapeutische Intervention bei PatientInnen mit somatoformen Störungen.

Offen bleibt die Frage der Validität einzelner somatoformer Störungen, die sich bezüglich der hier untersuchten Merkmale nicht trennscharf voneinander abgrenzen ließen. Hier sind weiterführende Validierungsstudien notwendig, um die im DSM-IV als Klassifikationsvorschläge ausformulierten Kategorien in ihrer diagnostischen Eigenständigkeit zu bestätigen.

Literatur:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington, DC, 1994.
2. Rief W, Hiller W. Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1992.
3. Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg). Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1998.
4. Fink P. Somatization – beyond symptom count. J Psychosom Res 1996; 40: 7–10.
5. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. Psychol Med 1992; 22: 173.
6. Gralow I, Hürtler A, Schwerdt C, Hannich HJ, Meyer B, Voss S. Konzept einer Schmerztagesklinik. Erste klinische Erfahrungen. Psychotherapeut 1996; 41: 242–9.

7. Bach M, Wuchse D, Hierländer J, Pass C. Tagesklinik für Psychotherapie und Psychosomatik: Konzept und Evaluation. *Neuropsychiatrie* 2003; 17: 74–9.
8. Nickel R, Egle UT. Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Schattauer, Stuttgart, New York, 1999.
9. Bach M, Aigner M, Lenz G, Kress HG. Erfahrungen in einer verhaltensmedizinischen Schmerzzambulanz. In: Mundt C, Linden M, Barnett (Hrsg). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer-Verlag, Wien, New York, 1997; 383–8.
10. Reich J, Tupin JP, Abromowitz SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 201–6.
11. Katon W, Egan K, Miller D. Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1156–60.
12. Fishbain DA, Goldberg M, Meager BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain* 1986; 26: 181–97.
13. Blumer B, Heilbronn M. Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381–406.
14. Tyrer SP, Capon M, Peterson DM, Charlton JE, Thompson JW. The detection of psychiatric illness and psychological handicaps in a British pain clinic population. *Pain* 1989; 36: 63–74.
15. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd ed. International Association for the Study of Pain, IASP-Press, 1994.
16. Becker N, Thomson AB, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Erikson J. Pain epidemiology and health quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393–400.
17. Nickel R, Egle UT, Schwab R. Diagnostische Subgruppen und psychosoziale Charakterisierung von Patienten einer universitären Schmerzzambulanz. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 378–85.
18. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl 3): 89–95.
19. Rief W, Schäfer S, Fichter M. SOMS: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica* 1992; 38: 228–41.
20. Fishbain DA. Where have two DSM revisions taken us for the diagnosis of pain disorder in chronic pain patients? *Am J Psychiatry* 1996; 153: 137 (letter).
21. Perley MJ, Guze SB. Hysteria – the stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of 6–8 years in 39 patients. *N Engl J Med* 1962; 266: 421–6.
22. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 34–40.
23. Sung KM, Byung OL. Laterality in somatization. *Psychosom Med* 1997; 59: 236–40.
24. Cloninger CR, Martin RL, Guze SB, Clayton PJ. A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 873–8.
25. Gallagher RM, Myers P. Referral delay in back pain patients on workers' compensation. *Psychosomatics* 1996; 37: 270–84.



Univ.-Prof. Prim. Dr. Michael Bach

Geboren 1961 in Wien; Medizinstudium in Wien; 1986–1993 Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie in Wien; Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Universitätsdozent für Psychiatrie, Außerordentlicher Universitätsprofessor (Universität Wien); 1993–1994 Forschungsaufenthalt in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt, Deutschland; 1995–2001 Leiter der verhaltensmedizin. Schmerzzambulanz mit Konsiliar-Liaison-Dienst; 1997–2001 Leiter der Station für Verhaltensmedizin, Univ.-Klinik für Psychiatrie Wien; 2001–2002 ärztlich-therapeutischer Leiter der Tagesklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Bad Sauerbrunn (Forschungsprojekt); 2003–2005 ärztlicher Leiter der Psychiatrischen Abteilung Region 4, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz; seit 04/2005 Ärztlicher Leiter der Abteilung für Psychiatrie im LKH Steyr; seit 08/2005 zusätzlich ärztlicher Leiter des Fachschwerpunktes für Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin und Psychosomatik Enns

Themenschwerpunkte: psychosomatische Grundlagenforschung, Psychotherapie-Effektivitätsforschung, chronischer Schmerz, somatoforme Störungen, Angststörungen

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)