

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen in der Primärmedizin

Körber S, Hiller W

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2012; 13 (1), 21-28

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!*



Medizinisch unerklärte Symptome und somatoforme Störungen in der Primärmedizin

S. Körber, W. Hiller

Kurzfassung: Somatoforme Symptome (häufig auch als „medizinisch unerklärte Symptome“ bezeichnet), Syndrome und Störungen werden definiert durch Körperbeschwerden, denen keine (ausreichende) organische Pathologie zugrunde liegt. DSM-IV und ICD-10 beschreiben verschiedene Subgruppen somatoformer Störungen, außerdem werden sie im klinischen Sprachgebrauch häufig als so genannte „funktionelle Störungen“ beschrieben. Aufgrund ihrer oft diffusen Erscheinungsform treten diese Beschwerden sehr häufig im hausärztlichen Setting auf. Etwa 75 % aller dem Hausarzt berichteten Symptome können als medizinisch nicht vollständig erklärt beurteilt werden. Auf der Störungs- bzw. Diagnoseebene kann die Prävalenz somatoformer Störungen im Hausarztsetting in einem breiten Range zwischen ca. 5 % und 58 % eingeordnet werden. Patienten mit somatoformen Beschwerden weisen verschiedene Charakteristika auf. Sie scheinen tendenziell häufiger weiblich, > 40 Jahre alt, weniger gebildet und allein lebend zu sein. Darüber hinaus leiden viele von ihnen, zwischen 30 % und 70 %, unter komorbiden depressiven oder Angststörungen. Neben manifesten komorbiden Störungen sind bei Patienten mit somatoformen Beschwerden häufig bestimmte psychologische Merkmale zu finden. Hierzu zählen behaviorale Merkmale (beispielsweise Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, Schonung), perzeptive und kognitive Besonderheiten (z. B. somatosensorische Verstärkung, katastrophisierende Interpretation von Körpersymptomen), emotionale Merkmale (z. B. Krankheitsängstlich-

keit), aber auch biologische Korrelate (beispielsweise Fehlregulation der Stressachsen oder erhöhtes Cortisol). Die genannten Zusammenhänge und vor allem ihre Ursachenrichtung sind jedoch häufig unklar. Eine besondere Schwierigkeit stellt die Diagnostik somatoformer Beschwerden dar. Wie die stark divergierenden Prävalenzschätzungen zeigen, können die aktuellen Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 dieses Phänomen nicht adäquat abbilden. Aus diesem Grund ist eine rege Diskussion um ihre Neukonzeptionalisierung im Gange und neue Kriterien, welche mit DSM-V eingeführt werden sollen, wurden bereits vorgeschlagen.

Schlüsselwörter: medizinisch unerklärte Symptome, somatoforme Störungen, funktionelle Störungen, Epidemiologie, Diagnostik

Abstract: Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders in Primary Care. Somatoform symptoms (also referred to as “medically unexplained symptoms”), syndromes, and disorders are defined as bodily complaints that lack an adequate organic pathology. In DSM-IV and ICD-10, several subdiagnoses are described within the class of somatoform disorders. Moreover, they are often classified as so-called “functional disorders”. Because of their often diffuse physical nature these complaints frequently occur in the primary care setting. About 75 % of the symptoms reported in primary

care practice can be judged as medically unexplained. On a diagnosis level, the prevalence of somatoform disorders in the primary care setting lies within a wide range between 5 % and 58 %. Patients with somatoform complaints show several characteristics. They seem to be more often female, > 40 years of age, less educated, and single. Moreover, many patients – between 30 % and 70 % – suffer from a comorbid depressive or anxiety disorder. Apart from manifest comorbid disorders, patients with somatoform complaints can be characterized by certain psychological features. These include behavioral features (eg, health care utilization, avoidance), perceptual and cognitive (eg, somatosensory amplification, catastrophizing interpretation of bodily symptoms), emotional features (eg, health anxiety), but also biological correlates (eg, dysregulation of stress axes, increased cortisol levels). However, these associations, and particularly their direction, are often unclear. The diagnosis of somatoform complaints represents an especially difficult field. As the diverging prevalence rates suggest, the current diagnostic systems DSM-IV and ICD-10 cannot adequately describe this phenomenon. A vivid discussion has emerged around their reconceptualization, and new diagnosis criteria that are planned to be introduced with DSM-V have been proposed. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2012; 13 (1): 21–8.**

Key words: medically unexplained symptoms, somatoform disorders, functional disorders, epidemiology, diagnostics

■ Definition

Körperliche und psychische Phänomene können auf 3 verschiedenen Ebenen beschrieben werden: auf der Symptom-, der Syndrom- sowie der Diagnoseebene. Symptome können als isolierte Phänomene von schwankender Intensität, Lokalisation und Dauer betrachtet werden. Wenn verschiedene Symptome schließlich festgelegte Kriterien erfüllen, wie beispielsweise einen bestimmten Onset, eine Mindestanzahl oder -dauer von Symptomen oder einen bestimmten Grad an Beeinträchtigung, können sie zu einer Diagnose zusammengefasst werden. Die Syndromebene schließlich ist weniger klar definiert und kann zwischen der Symptom- und der Diagnoseebene angesiedelt werden. Syndrome repräsentieren mehrere Symptome, die häufig miteinander auftreten

(„cluster“), jedoch ohne klare Vorgaben bezüglich Onset, Dauer oder anderer Kriterien. Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit relevanten Begriffe anhand dieser Unterscheidung definiert.

Kroenke et al. [1] definieren ein körperliches Symptom als „any physical symptom reported by a patient, including both symptoms that have an adequate physical explanation as well as those that are unexplained (i. e., somatoform)“. Ein somatoformes Symptom definieren sie als „a physical symptom that lacks an adequate physical explanation“. Die Begriffe „medizinisch unerklärtes Symptom“ (MUS) oder „medizinisch unerklärtes physisches Symptom“ (MUPS) werden in diesem Zusammenhang ebenfalls häufig gebraucht und in dieser Arbeit synonym verwendet. Ein weiterer, häufig anzutreffender Begriff ist jener der Somatisierung, welcher mehr mit dem Entstehungsprozess somatoformer Symptome in Verbindung gebracht wird. Somatisierung kann hierbei als Tendenz verstanden werden, MUS als Reaktion auf psychosozialen Stress zu erleben und zu kommunizieren [2].

Auf der Diagnoseebene hat sich der Begriff der somatoformen Störungen (SFS) seit der Einführung der Diagnosesysteme

Eingelangt am 17. Juni 2010; angenommen nach Revision am 16. August 2010; Pre-Publishing Online am 3. November 2010

Aus der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, Deutschland

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Stephanie Körber, Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, D-91054 Erlangen, Schwabachanlage 6; E-Mail: stephanie.koerber@uk-erlangen.de

Tabelle 1: Somatoforme Störungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV		ICD-10	
Name	Code	Name	Code
Somatisierungsstörung	300.81	Somatisierungsstörung	F45.0
Undifferenzierte somatoforme Störung	300.82	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	F45.1
Konversionsstörung	300.11	Dissoziative (Konversions-) Störungen	F44.x
Schmerzstörung	307.xx	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	F45.4
Hypochondrie	300.7	Hypochondrische Störung	F45.2
Körperdysmorphie Störung	300.7	Dysmorphophobie (Subkategorie der hypochondrischen Störung)	F45.2
–		Somatoforme autonome Funktionsstörung	F45.3x
–		Neurasthenie	F48.0
Somatoforme Störung NNB	300.82	Somatoforme Störung NNB	F45.9
		Sonstige somatoforme Störungen	F45.8

NNB: nicht näher bezeichnet

me DSM-III im Jahr 1980 [3] und ICD-10 im Jahr 1992 [4, 5] in weiten Teilen der psychologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Forschung und Praxis etabliert. Laut Definition des DSM-IV-TR [6, 7] haben die unter dieser Diagnose zusammengefassten Subdiagnosen die Gemeinsamkeit, dass sie als Ursache der berichteten Beschwerden einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen, dieser jedoch nicht ausreichend nachgewiesen werden kann. Das Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“) der ICD-10 [4, 5, 8, 9] verwendet eine ähnliche Formulierung: *„Das Charakteristikum [...] ist 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 somatische Störungen vorhanden sind, *„erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten“* [9]. Die letzte Formulierung, welche ähnlich auch im DSM-IV zu finden ist, ist insofern von Bedeutung, da das Vorhandensein eines medizinischen Krankheitsfaktors an sich kein Ausschlusskriterium für eine SFS ist, dass jedoch das Ausmaß der Beschwerden das Ausmaß des Befunds übersteigen muss. Die verschiedenen Subdiagnosen, welche innerhalb der Kategorie der SFS in der ICD-10 und dem DSM-IV zusammengefasst sind, sind in Tabelle 1 dargestellt.

Neben der Gruppe der SFS in DSM-IV und ICD-10 werden körperliche Beschwerden ohne klare organische Ursache auch unter dem Begriff der funktionellen Störungen gefunden. Diese werden jedoch nicht den psychischen Störungen zugeordnet, sondern als somatomedizinische Diagnosen in der jeweiligen ICD-10-Sektion klassifiziert. Als Beispiele sind das Reizdarmsyndrom zu nennen, welches innerhalb des Kapitels „Krankheiten des Verdauungssystems“ eingeordnet wird, sowie das chronische Erschöpfungssyndrom, welches unter dem Kapitel „Krankheiten des Nervensystems“ klassifiziert wird. Hier wird eines der zahlreichen diagnostischen Probleme deutlich, da es keine klare Abgrenzung und eine deutliche Überlappung zwischen den verschiedenen diagnostischen Herangehensweisen gibt [10, 11].

Wie eingangs erwähnt ist auch bei somatoformen Beschwerden die Syndromebene am wenigsten scharf definiert. Da

MUS einerseits häufig nicht isoliert, sondern in Form von Symptomgruppen auftreten [12, 13], die einzelnen Diagnosen der SFS jedoch oft als inadäquat bewertet werden (siehe „Ausblick“), wurden verschiedene alternative Operationalisierungen vorgeschlagen. Zwei Beispiele sind der „Somatic Symptom Index“ (SSI 4/6) von Escobar et al. [14] sowie die „Bodily Distress Disorder“, welche von Fink et al. vorgeschlagen wurde [15].

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass der gemeinsame Nenner der hier vorgestellten Operationalisierungen das Fehlen einer (ausreichenden) organischen Erklärung der Beschwerden ist. Dies impliziert, dass ein Symptom die Form eines körperlich verursachten Phänomens annehmen kann („somato-form“), aber dass es hierfür, bzw. für das Ausmaß der Beschwerden, keine adäquate organische Erklärung gibt. Dieses Kriterium als grundlegende Voraussetzung von MUS und SFS wird bis heute kritisiert – eine Diskussion, auf die unter dem Punkt „Ausblick“ kurz eingegangen wird.

■ Prävalenz

Dem vorangegangenen Kapitel entsprechend werden die Prävalenzraten separat für die Symptom-, die Diagnose- und die Syndromebene angegeben.

Kroenke et al. berichten, dass bei 84 % der von > 500 Hausarztpatienten berichteten Symptome keine klare organische Ursache festgestellt werden konnte [16]. In einer späteren Arbeit der gleichen Arbeitsgruppe werden zwischen 16 und 33 % der von Hausarztpatienten berichteten Symptome als somatoform beurteilt, was jedoch als konservative Schätzung angesehen wird, da nur solche Symptome berücksichtigt wurden, die die Patienten sehr stark während des vergangenen Monats beeinträchtigten [17]. Aiarzaguena et al. fanden in einer Hausarztstudie, dass Patienten durchschnittlich 3 medizinisch erklärte und 12 unerklärte Symptome berichten, was somit bezogen auf die Gesamtsymptomzahl einer Rate von 80 % entspricht [18]. Ein ähnliches Ergebnis erzielten wir in einer eigenen Studie, in welcher 76 % der berichteten Symptome von den Hausärzten als nicht vollständig medizinisch erklärt eingeschätzt wurden [19]. Die hierbei am häufigsten berichteten Symptome sind Rücken-, Glieder-, Brust- und Kopf-

schmerzen, Schlafprobleme und Erschöpfung sowie Magen- und Verdauungsbeschwerden [16, 20, 21]. Ein Blick auf die Allgemeinbevölkerung zeigt, dass etwa 80 % der Befragten mindestens ein leicht und etwa 20 % mindestens ein stark beeinträchtigendes somatoformes Symptom berichten [22].

Bei der Interpretation dieser eindrücklichen Symptomprävalenzen muss jedoch eines beachtet werden: Körperliche Symptome – unabhängig davon, ob sie medizinisch erklärt sind oder nicht – sind ein häufiges und normales Phänomen. Vorübergehende Alltagsbeschwerden und körperliche Missempfindungen führen in der Regel nicht zum Aufsuchen eines Arztes [22, 23]. Dies zeigt sich auch in der Vermutung von Kroenke et al., wonach eine höhere Prävalenz somatoformer Symptome zu erwarten wäre, wenn alle Symptome betrachtet werden würden – nicht nur die beeinträchtigenden [17].

Im Gegensatz zu den hohen Prävalenzen bei MUS treten somatoforme Störungen weniger häufig auf. Dies liegt zum einen an der Besonderheit des Diagnosekonzepts, das in der Regel aus mehreren Symptomen und weiteren Kriterien besteht, zum anderen an den z. T. strengen Operationalisierungen. So berichten beispielsweise de Waal et al. eine Prävalenz somatoformer Störungen (nach DSM-IV) unter Hausarztpatienten von 16 % [24]. Fink et al. berichten eine z. T. deutlich höhere Rate von Hausarztpatienten, die an einer somatoformen Störung leiden. Nach ihrer Analyse erfüllen 22 % der Patienten die Kriterien einer SFS nach ICD-10 (ohne Berücksichtigung der Diagnose „Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet“), und 58 % nach DSM-IV [25]. Smith et al. wiederum berichten eine deutlich niedrigere Prävalenz von 4,4 % [26]. Diese Unterschiede von z. T. > 50 % zwischen den Studien, aber auch innerhalb ein und derselben Studie, deuten auf einen weiteren Schwachpunkt der aktuellen Diagnosekriterien hin. Im Rahmen der hier dargestellten Prävalenzraten tritt die undifferenzierte somatoforme Störung (Tab. 1) aufgrund ihrer am wenigsten strengen Kriterien am häufigsten auf. Im Gegenzug wird die Somatisierungsstörung, welche die strengsten Diagnosekriterien enthält, am seltensten berichtet. Die Prävalenzraten bewegen sich hier zwischen 0,06 % [27] und 5,7 % [25] in Abhängigkeit vom angewendeten Diagnosesystem (DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10). Blickt man schließlich auf die geringe Anzahl an Studien, die sich mit der Allgemeinbevölkerung und nicht mit klinischen Stichproben befassen, werden die Raten noch geringer. In einem Review konnten Creed und Barsky die Rate an Personen mit Somatisierungsstörung zwischen 0,03 % und 0,84 % verorten [28].

Prävalenzraten, die sich auf verschiedene Syndrome beziehen, sind schwer zu vergleichen, da sie – wie bereits erwähnt – unterschiedliche Operationalisierungen verwenden bzw. analysieren. Ein häufig untersuchtes somatoformes Syndrom ist der SSI 4/6 von Escobar et al. [14], der 4 Symptome für Männer und 6 für Frauen verlangt. Hier liegt die Prävalenzrate im Hausarztsetting zwischen 7,3 % und 35 % [26–30]. Becker et al. berichten, dass 19 % der von ihnen befragten Hausarztpatienten klinisch bedeutsame Raten an Somatisierung aufwiesen [31], und Feder et al. fanden nach Einschätzung der behandelnden Hausärzte bei 24 % der Patienten eine Krankheitsgeschichte mit MUS [20]. Wird die Operationali-

sierung der multisomatoformen Störung von Kroenke et al. angewendet [32], so ergibt sich eine Prävalenzrate von etwa 8 %. In der Allgemeinbevölkerung berichten Creed und Barsky eine Prävalenz des SSI 4/6 von 4,4–19 % [28].

■ Zusammenhänge mit relevanten Variablen

MUS und besonders SFS sind keine isolierten Phänomene. Wie viele andere körperliche oder psychische Störungen gehen sie mit bestimmten soziodemographischen Faktoren, anderen Störungen sowie mit bestimmten Verhaltens-, kognitiven, emotionalen und biologischen Charakteristika einher. Zahlreiche Studien, die zum Teil in umfangreichen Reviews (z. B. [33]) zusammengetragen wurden, haben sich der Erforschung dieser Zusammenhänge gewidmet.

Soziodemographische Variablen

Laut Escobar et al. wird die Anzahl von MUS signifikant von den Variablen Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft beeinflusst [14]. Frauen, Personen > 40 und solche mit mexikanisch-amerikanischem Hintergrund zeigten in ihrer Studie eine erhöhte Somatisierungstendenz. Diese Zusammenhänge sind jedoch keine simplen Ursache-Wirkungs-Beziehungen, sondern interagieren auf komplexe Art und Weise miteinander. Der überproportionale Anteil von Frauen sowie älteren Personen wurde auch von anderen Forschergruppen bestätigt [20, 34, 35]. Dies gilt ebenso für das vermehrte Vorkommen von MUS bei Menschen mit hispanischer oder afroamerikanischer Herkunft [36], was auf kulturelle oder eventuell auch sozioökonomische Unterschiede hinweist. Darüber hinaus scheinen Menschen mit somatoformen Beschwerden ein tendenziell niedrigeres Bildungsniveau aufzuweisen [28, 34–36]. Dieser Effekt könnte jedoch, ähnlich der Schizophrenie, auch im Rahmen einer „Social-drift“-Hypothese erklärt werden, da Barkmann et al. bei Kindern und Jugendlichen keinen solchen Zusammenhang finden konnten [37]. Personen mit somatoformen Beschwerden scheinen darüber hinaus häufiger allein lebend und hierbei besonders häufig verwitwet zu sein [20, 34].

Wie so oft in der psychologischen und medizinischen Forschung sind die hier berichteten Ergebnisse jedoch nicht konsistent. So fanden Barsky et al. ein Überwiegen vorwiegend junger Patienten [36] und Feder et al. konnten keine ethnischen Unterschiede feststellen [20]. Creed und Barsky wiederum konnten in ihrem Review von 47 Studien zu Somatisierungsstörung und Hypochondrie keine Geschlechtsunterschiede bestätigen [28]. Ähnliche Ergebnisse erzielte eine niederländische Forschergruppe um Olde Hartmann, die nur schwache Belege für viele der vermuteten prognostischen Faktoren finden konnte [38]. Jedoch betonen die Autoren, dass die Zusammenhänge bei eng umgrenzten Störungsbildern (wie beispielsweise Reizdarm- oder chronischem Erschöpfungssyndrom) sehr viel stärker sind.

Komorbidität mit anderen Störungen

Grundsätzlich scheint eine hohe Komorbidität zwischen somatoformen Beschwerden und anderen psychischen Störungen bzw. dem Risiko für weitere psychische Störungen zu bestehen [14, 20, 25, 34]. Die Komorbiditätsrate wird hier bei mindestens 50 % angesiedelt. Studien, die sich mit der

Komorbidität psychischer Störungen befassen, beziehen sich hier meist auf komorbid auftretende depressive und Angststörungen. Zahlreiche Studien [17, 39, 40] sowie systematische Reviews [28] konnten eine hohe Komorbidität zwischen diesen Störungen und somatoformen Beschwerden nachweisen. Meist geschieht dies in einer Art Dosis-Wirkungs-Beziehung, wobei das Risiko für eine Angst- oder depressive Störung mit der Anzahl körperlicher Symptome anzusteigen scheint [17, 28]. Der Anteil an Patienten mit somatoformen Beschwerden, die auch an einer Depression oder Angststörung leiden, liegt grob zwischen 30 und 70 %.

Während der rein deskriptive Zusammenhang zwischen somatoformen, depressiven und Angststörungen unumstritten ist, sind Art und Richtung dieser Beziehung kaum untersucht [41] und Stoff kontroverser Diskussionen. So konnten Leiknes et al. in einer Studie zum Krankheitsverhalten zeigen, dass das Vorhandensein einer komorbiden psychiatrischen Störung bedeutsamer war als das einer reinen SFS, was sie zu der Schlussfolgerung gelangen lässt, dass eine SFS ohne weitere psychiatrische Diagnose nicht als eigenständige psychische Störung betrachtet werden sollte [39]. Ähnlich argumentieren Smith et al., die in einer Untersuchung an Hausarztpatienten zeigen konnten, dass Patienten mit MUS besser durch die Variablen Depressivität und Ängstlichkeit charakterisiert wurden als durch die Diagnose einer SFS [26]. Jedoch ziehen sie, im Gegensatz zu Leiknes et al. [39], nicht den Schluss, dass die Kategorie der SFS abgeschafft werden sollte, sondern fordern eine Revision unter Berücksichtigung auch milderer Formen somatoformer Beschwerden [26]. Auch Hanel et al. berichten, dass Patienten mit komorbidem Vorliegen somatoformer, depressiver und Angststörungen, aber auch solche mit einer reinen Depression, signifikant mehr beeinträchtigt sind als Patienten mit der alleinigen Diagnose einer SFS [35]. Entsprechend propagieren van der Feltz-Cornelis und van Balkom die Verschiebung somatoformer Beschwerden in Subkategorien der affektiven und Angststörungen [42].

Während die bisher genannten Ergebnisse die Bedeutung der SFS als eigenständige Störungskategorie infrage stellen, gibt es eine große Zahl an Belegen, die ihren Wert – unabhängig von depressiven und Angststörungen – stärken. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass somatoforme Beschwerden einen zusätzlichen, d. h. inkrementellen Wert über das reine Vorhandensein einer Angst- oder depressiven Störung hinaus, haben [29, 41, 43]. So konnten Harris et al. in einer Hausarztstudie belegen, dass Somatisierung zu einer erhöhten Beeinträchtigung führt, unabhängig von medizinischer oder psychiatrischer Komorbidität [44]. Dies ließ die Autoren schlussfolgern, dass Somatisierung eine sich von Depression unterscheidende Entität darstellt. Darüber hinaus können hier auch die bereits oben genannten Komorbiditätsraten als Argument herangezogen werden: Wenn Patienten mit somatoformen Beschwerden zu 30–70 % auch an einer Depression oder Angststörung leiden, dann bleibt immer noch ein Patientenanteil von ebenfalls 30–70 % übrig, der somatoforme Beschwerden ohne zusätzliche Komorbidität berichtet.

Abschließend stellt sich die Frage, ob Patienten mit MUS und SFS nicht nur psychiatrische, sondern auch organische, im

Sinne von medizinisch erklärten, Komorbiditäten aufweisen. Auch wenn die Forschungslage hier wesentlich spärlicher ist, so scheint es doch eine Tendenz zu geben, dass somatoforme Beschwerden und organische Erkrankungen häufig miteinander einhergehen. Beispielsweise konnten Leiknes et al. zeigen, dass bei schwer ausgeprägten SFS die Komorbidität mit muskuloskelettalen Störungen bei etwa 43 % liegt [39]. Auch Harris et al. berichten eine substanzielle Überlappung zwischen Somatisierung und organischer Erkrankung [44]. Jedoch unterschied sich die Rate von 39 % von Patienten, die neben einer SFS auch unter einer körperlichen Erkrankung leiden, nicht signifikant von der bei Patienten ohne SFS (30 %).

Krankheitsverhalten

Bei Berichten über die Bedeutung von Patienten mit somatoformen Beschwerden werden häufig Kosten-Nutzen-Aspekte herangezogen. Betroffene werden häufig als Patienten beschrieben, die in einem unverhältnismäßigen Ausmaß die Angebote des Gesundheitssystems nutzen. So scheinen sie ihren Hausarzt häufiger aufzusuchen als Patienten ohne psychische Störung [35, 45] und generell mehr nicht-psychiatrische Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen als Patienten ohne SFS [25]. Darüber hinaus suchen sie häufiger fachärztliche Versorgung auf [36, 45], was möglicherweise eine Suche nach Rückversicherung sowie Schwierigkeiten in der Interaktion mit dem Hausarzt, der sich verunsichert fühlt und die Patienten weiter verweist, widerspiegelt. Auch Notfall- und stationäre Aufnahmen scheinen bei Patienten mit SFS häufig aufzutreten [36, 45]. Diese Verhaltensweisen scheinen nicht direkt mit der Anzahl an Symptomen assoziiert zu sein, sondern eher vermittelt über Faktoren wie eine individuelle Inanspruchnahmeschwelle [46] oder die subjektive Beeinträchtigung [47]. Neben häufigeren Arztbesuchen erhalten Patienten mit somatoformen Beschwerden meist umfangreiche und aufwendige diagnostische Untersuchungen, auch nachdem die wichtigsten und möglicherweise gravierendsten Ursachen (wie z. B. eine koronare Herzerkrankung oder ein Magengeschwür) ausgeschlossen wurden. All dies führt zu erhöhten Kosten, die auch dann konstant bleiben, wenn für Komorbidität, insbesondere hinsichtlich depressiver, Angst- oder organischer Erkrankungen, kontrolliert wird [45]. Im Gegenzug können adäquate Interventionen die Kosten reduzieren [48].

Diese Ergebnisse zeigen sich konsistent über viele Studien, jedoch gibt es auch hier konkurrierende Daten. So fanden z. B. Peveler et al., dass Patienten mit höheren Symptomzahlen im Vergleich zu krankheitsängstlichen, depressiven, aber auch anderen Patienten Gesundheitsdienste nicht signifikant häufiger in Anspruch nahmen [21].

Die Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitssystems stellt eines der behavioralen Merkmale somatoformer Beschwerden dar. Körperliche und somatoforme Symptome können sich jedoch auch in Form von Rückversicherungssuche oder Vermeidungsverhalten manifestieren. Der Wunsch nach ärztlicher Rückversicherung bei Auftreten neuer unbekannter Körpersymptome ist normal und verständlich, und Rückversicherung zu geben ist eine der wichtigsten Strategien für Ärzte. Wenn MUS chronifizieren, kann diese Strategie jedoch an Wirksamkeit verlieren und langfristig sogar zur

Aufrechterhaltung der Beschwerden beitragen [49]. In ähnlicher Art und Weise kann der durch langfristiges Vermeidungs- und Schonverhalten entstehende Rückgang körperlicher Fitness zur Aufrechterhaltung von MUS und SFS beitragen [50], wobei dieser Zusammenhang noch nicht gut erforscht und deswegen unklar ist [33].

Kognition, Perzeption und Emotion

Eine große Anzahl an Studien hat sich mit der Frage beschäftigt, wie Personen mit somatoformen Beschwerden ihre Symptome wahrnehmen, über sie denken und mit welchen Gefühlen sie assoziiert sind. Einer der ersten Forscher, der sich in diesem Feld mit Wahrnehmung und Kognition befasste, war Arthur J. Barsky. Er entwickelte das Konzept der somatosensorischen Verstärkung („somatosensory amplification“), das – ähnlich der Panikstörung – einen Teufelskreis aus Symptomwahrnehmung, Attribution, Beschwerden, Aufmerksamkeitsfokussierung und erhöhter Symptomintensität beschreibt [51].

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden zu einer katastrophisierenden Interpretation ihrer Symptome neigen [52, 53]. Darüber hinaus scheinen Faktoren, wie Einstellungen gegenüber Krankheit und Gesundheit, kognitive Repräsentationen von Krankheit, Aufmerksamkeitslenkung, Erwartungen und Gesundheits Sorgen, bei Patienten mit MUS oder SFD relevant zu sein, wobei sie in einem komplexen Zusammenspiel zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Beschwerden beitragen [54–58]. Wie bereits erwähnt, sind diese Zusammenhänge jedoch äußerst komplex, was in der Konsequenz zu häufig divergierenden Forschungsergebnissen führt. So ist z. B. unklar, ob die berichteten Variablen spezifisch für somatisierende Patienten oder ein allgemeines Phänomen bei Patienten mit psychischen oder organischen Störungen sind [59–61]. Darüber hinaus sind viele Zusammenhänge nicht ausreichend erforscht, wie beispielsweise die Bedeutung von Aufmerksamkeitslenkung, die bisher hauptsächlich bei Patienten mit Hypochondrie untersucht wurde [33]. Ein weiteres Beispiel für die Divergenz von Forschungsergebnissen ist die Rolle von Kausalattributionen. Auf der einen Seite scheint es eine weit verbreitete Annahme zu sein, dass somatisierende Patienten zu einer klassisch-medizinischen Kausalattribution neigen, was auch durch verschiedene Studien belegt wurde [62, 63] und sogar ein diagnostisches Kriterium der Somatisierungsstörung nach ICD-10 [8] ist („Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt“). Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch viele Belege, die auf ein sehr ausgefeiltes, differenziertes und häufig biopsychosoziales Krankheitsmodell bei Patienten mit somatoformen Störungen hinweisen [64, 65]. Es wird vermutet, dass hier die Komorbidität mit depressiven oder Angststörungen als Mediator wirkt [65], was wiederum die Komplexität der Zusammenhänge demonstriert.

Bezüglich emotionaler Aspekte wird angenommen, dass ein negativer Affekt im Allgemeinen sowie Krankheitsängste im Besonderen eine wichtige Bedeutung bei Patienten mit MUS oder SFS haben [66, 67]. Auch Temperamentszüge scheinen hier eine Rolle zu spielen [68].

Biologische Korrelate

Patienten mit MUS und SFD werden oft mit dem Vorurteil konfrontiert, dass ihre Beschwerden nur ein Problem „im Kopf“ wären. Dies ist sicherlich nicht korrekt. Natürlich ist die Grundannahme somatoformer Beschwerden, dass es keine ausreichende organische Erklärung für die Beschwerden gibt. Jedoch bedeutet dies nicht, dass es – wie auch bei anderen psychischen Störungen – keine physiologischen Korrelate gibt, die mit den Symptomen einhergehen. Verschiedene Parameter werden hierbei als relevant angesehen. Innerhalb des endokrinen Systems wird der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse eine wichtige Rolle zugeschrieben, da sie durch Stress aktiviert wird und gleichzeitig die Schmerzwahrnehmung beeinflusst. Das Hormon Cortisol wurde hierbei am häufigsten untersucht, wobei manche Studien eine erhöhte Cortisol-Konzentration bei Patienten mit somatoformen Beschwerden fanden, manche wiederum keine Auffälligkeiten beobachteten [69, 70]. Auch Neurotransmitter scheinen bei Personen mit somatoformen Beschwerden, und hier besonders bei Patienten mit Schmerzsymptomen, eine Rolle zu spielen. Ähnlich wie bei depressiven Störungen konnte eine reduzierte Serotonin-Konzentration im synaptischen Spalt nachgewiesen werden [70]. Weitere Hinweise auf biologische Prozesse ergeben sich aus dem Studium verschiedener Hirnareale, das unter anderem eine Korrelation zwischen katastrophisierender Symptomwahrnehmung und verschiedenen kortikalen Regionen (z. B. des dorsolateralen präfrontalen oder des parietalen Kortex) ergab [71]. Jedoch muss erneut betont werden, dass die gefundenen Interaktionen nicht konsistent sind, und dass v. a. die Richtung der genannten Zusammenhänge noch unklar ist und weiterer Forschung bedarf [72, 73].

Zusammenfassung und primärärztliche Interventionsmöglichkeiten

In den vorangegangenen Kapiteln wurde dargelegt, dass soziodemographische Variablen, andere psychische und körperliche Erkrankungen, behaviorale, kognitive, perzeptive und emotionale sowie biologische Faktoren mehr oder weniger klar mit MUS und SFS zusammenhängen. Ein Modell, das diese Zusammenhänge zum Teil wiedergibt, ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Komplexität dieser Zusammenhänge wurde an mehreren Punkten aufgezeigt, und in den meisten Fällen ist es schwer zu sagen, was Henne ist und was Ei. Zusätzlich zu der grundlegenden Frage von Ursache und Wirkung stehen die einzelnen Faktoren in komplexen wechselseitigen Interrelationen, was anhand des Beispiels von Kausalattributionen demonstriert wurde (siehe Abschnitt „Kognition, Perzeption und Emotion“). Grundsätzlich, wie bei allen psychischen Störungen und zunehmend auch bei körperlichen Erkrankungen, sollte eine Integration von körperlichen Symptomen, soziodemographischen Charakteristika sowie psychologischen und biologischen Faktoren im Rahmen eines biopsychosozialen Modells angestrebt werden, wie dies auch von vielen Autoren gefordert wird [23, 75].

Aufbauend auf den hier genannten Erkenntnissen wurden verschiedene Interventionsmöglichkeiten entwickelt. Es gibt ausführliche spezialisierte Behandlungsprogramme [74, 76] ebenso wie Interventionsansätze, welche sich spezifisch auf die hausärztliche Versorgung beziehen. So entwickelten

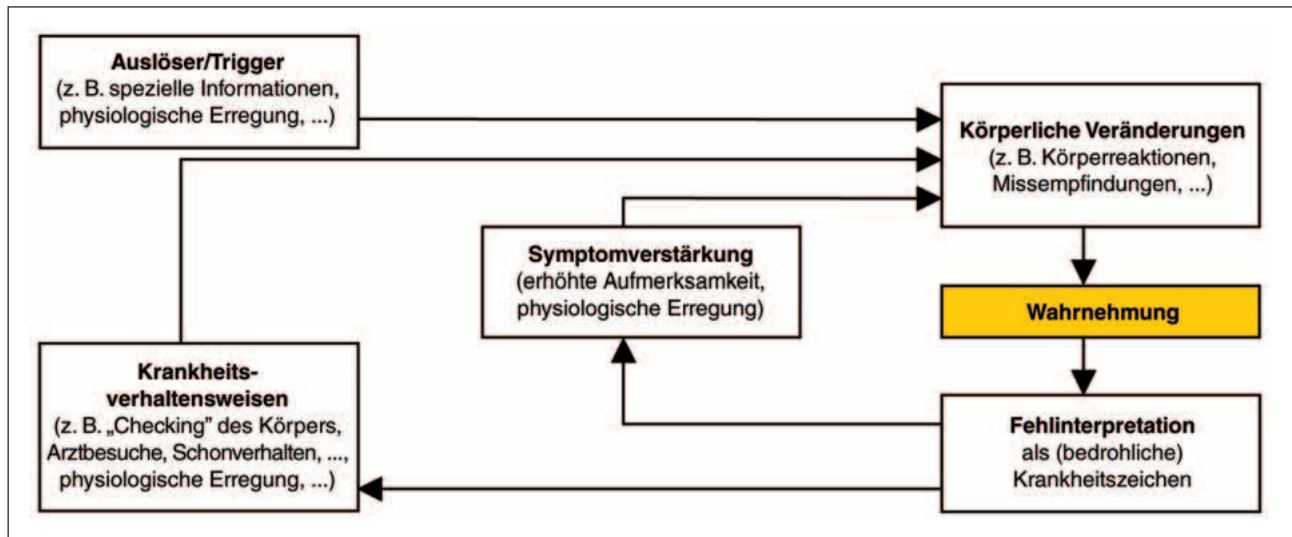


Abbildung 1: Störungsmodell somatoformer Störungen. Mod. nach [74].

beispielsweise Rief et al. ein effektives 1-tägiges Training für Hausärzte, in welchem Informationen zum Beschwerdebild somatoformer, depressiver und Angststörungen, entsprechende Screeninginstrumente sowie Behandlungsleitlinien vorgestellt werden [77]. Auch Larisch et al. konnten zeigen, dass ein speziell für Hausärzte angebotenes, 12-stündiges Training zum Umgang mit somatisierenden Patienten zu deutlichen Kosteneinsparungen führt [48]. Die in diesen Trainings vermittelten Interventionsmethoden beziehen sich v. a. auf allgemeine Techniken der Gesprächsführung, die Durchführung zeitkontingenter (statt symptomkontingenter) Arzttermine, den Abbau von Vermeidungs- und den Aufbau von Copingverhalten, Reattributionstraining sowie die Vermittlung der Erkenntnis, dass nicht eine Heilung der Symptome, sondern eine Bewältigung im Vordergrund stehen sollte [77].

■ Ausblick: Somatoforme Störungen in ICD-11 und DSM-V

Der Prozess der Neukonzeptionalisierung der Diagnosesysteme ist momentan in vollem Gange, die neuen Versionen DSM-V und ICD-11 sollen voraussichtlich 2013 bzw. 2014 veröffentlicht werden [78–80]. Es gab und gibt eine breite Diskussion darüber, inwiefern die Kategorie der SES verbessert werden kann. Neben einer Darstellung des aktuellen Vorschlags der „American Psychiatric Association“ sollen hier die wichtigsten Punkte dieser äußerst facettenreichen Diskussion ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgeführt werden.

Ein erster Kritikpunkt sind die z. T. zu strengen (Somatisierungsstörung) und z. T. zu weiten Diagnosekriterien (undifferenzierte SFS) [81, 82]. Hier wird vorgeschlagen, eine eher dimensionale Sichtweise einzuführen, die verschiedene Schweregrade der Störung berücksichtigt [26, 35, 83, 84]. Ein zweiter Kritikpunkt ist die im Abschnitt „Komorbidität mit anderen Störungen“ beschriebene enge Verbindung zwischen SFS und depressiven und Angststörungen. Manche Autoren favorisieren hier eine Abschaffung der SFS und eine Anordnung in Subkategorien der depressiven und Angststörungen [42], während andere den Eigenwert der SFS betonen [28, 43,

44, 85]. Drittens wird kritisiert, dass SFS-Diagnosen, v. a. die der Somatisierungsstörung, auf der Erfassung von Lifetime-Symptomen basieren, was aufgrund von Erinnerungseffekten als problematisch angesehen wird [28, 86, 87]. Jedoch scheinen Syndrome deutlich stabiler zu sein als einzelne Symptome [28, 87]. Ein vierter und scharfer Kritikpunkt an der momentanen SFS-Klassifikation bezieht sich auf das Kernkonzept, nämlich den Ausschluss organischer Pathologie und somit die Unterscheidung in somatoform vs. somatisch. Hier gibt es eine breite Anzahl an Befunden und Meinungen [34, 44, 60, 75, 88] und der momentane Trend – blickt man auf den aktuellen Vorschlag für DSM-V (siehe unten) – scheint eher die Abschaffung dieser Dichotomie zu favorisieren [89, 90]. In diesem Zusammenhang ist auch der fünfte Kritikpunkt zu sehen, nämlich das Fehlen positiver psychologischer Kriterien (also einer Definition von Merkmalen, durch die SFS charakterisiert sind) im Gegensatz zum bisherigen Vorgehen, welches auf einer bloßen Ausschlussdiagnose (also einer Definition dessen, was SFS nicht sind) basiert [91–95]. Auch hier scheint der momentane Trend diese Kritik zu berücksichtigen [89, 90]. Der letzte, hier genannte Kritikpunkt bezieht sich auf den Begriff „somatoform“, dessen Angemessenheit und Akzeptanz infrage gestellt wird. Andere Vorschläge wurden gemacht [60, 91], nicht zuletzt der aktuelle DSM-V-Vorschlag, in dem die Störung als „Somatic Symptom Disorder“ bezeichnet wird. Abschließend soll dieser Vorschlag, der auf der Homepage der „American Psychiatric Association“ (<http://www.dsm5.org>) nachzulesen ist [89, 90], kurz dargestellt werden.

Die erstmals im Juni 2009 vorgestellte [96] und ständig aktualisierte Neukonzeption der SFS trägt, wie bereits erwähnt, den Namen „Somatic Symptom Disorder“ (eine angemessene deutschen Übersetzung existiert nach dem Wissen der Autoren noch nicht) und verzichtet explizit auf die Dichotomisierung in somatische und somatoforme Symptome [89]. Die wichtigste Subdiagnose in dieser Störungsgruppe ist die „Complex Somatic Symptom Disorder“, die die früheren Diagnosen Somatisierungsstörung, undifferenzierte SFS, Hypochondrie und Schmerzstörung umfasst. Sie wird durch folgende Kriterien charakterisiert [90]:

- A Somatische Symptome: Multiple somatische Symptome oder ein schweres Symptom, welche Leid verursachen
- B Fehlattributionen, übermäßige Sorgen oder Beschäftigtsein mit Symptomen und Krankheit: Mindestens 2 der nachstehend angeführten Symptome:
- Hohes Maß an Krankheitsängstlichkeit
 - Normale Körpersymptome werden als bedrohlich oder schädlich bewertet
 - Tendenz, für die eigene Gesundheit das Schlimmste zu erwarten (Katastrophisierung)
 - Glaube an die medizinische Ernsthaftigkeit und Schwere der Symptome trotz gegenteiliger Befunde
 - Sorgen über Gesundheit und Krankheit nehmen eine zentrale Rolle im Leben ein
- C Dauer: Der Symptomzustand („state of being symptomatic“) – im Gegensatz zum einzelnen Symptom, das nicht kontinuierlich präsent sein muss – dauert mindestens 6 Monate an

Die Beschwerden können hinsichtlich des im Vordergrund stehenden klinischen Bildes optional weiter spezifiziert werden:

- Multiple körperliche Beschwerden (früher: Somatisierungsstörung)
- Hohes Maß an Krankheitsängstlichkeit (früher: Hypochondrie; bei Krankheitsängsten ohne Körpersymptome wird eine Einordnung im Rahmen der Angststörungen diskutiert)
- Schmerzstörung (bei Überwiegen von Schmerzen)

Nachdem dieser Vorschlag, der viele der o. g. Kritikpunkte zu berücksichtigen versucht, gemacht ist, steht nun als nächster Schritt an, in Studien seine Validität, Reliabilität und Praktikabilität zu überprüfen. Es bleibt zu hoffen, dass diese neue Operationalisierung den von MUS und SFS betroffenen Menschen besser gerecht wird, und dass sie die z. T. noch bestehenden diagnostischen Differenzen zwischen Primärmedizin und fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung minimieren helfen kann.

■ Relevanz für die Praxis

Die vorliegende Übersicht stellt die Relevanz somatoformer Symptome und Störungen dar, wobei ein spezieller Fokus auf das hausärztliche Setting gelegt wird, da Patienten mit dieser Art von Beschwerden in der Regel dort ihren ersten Anlaufpunkt haben. Somatoforme Symptome und Störungen werden definiert über den Ausschluss einer (zur Erklärung der Symptome ausreichenden) organischen Pathologie und sind ein häufiges Phänomen in der Hausarztpraxis. Bei ihrer Diagnostik und Behandlung sollte jedoch nicht nur auf die körperlichen Beschwerden an sich geachtet werden, sondern auch auf assoziierte depressive oder Angststörungen sowie auf bestimmte perzeptive, kognitive, emotionale und behaviorale Besonderheiten, die mit den Körperbeschwerden einhergehen können und häufig zu deren Aufrechterhaltung beitragen. Eine große Schwierigkeit im Bereich der somatoformen Störungen stellen die aktuellen Diagnosekriterien (sowohl DSM-IV als auch ICD-10) dar, die das Phänomen nicht ausreichend abbilden können. Hier besteht eine rege Diskussion und neue Diagnosekriterien wurden bereits vorgeschlagen.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren verneinen einen Interessenkonflikt.

Literatur:

1. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV III, et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998; 39: 263–72.
2. Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358–68.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III. 3rd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva, 1993.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4th ed, text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
7. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR): Textrevision. Hogrefe, Göttingen, 2003.
8. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, et al. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Aufl. Huber, Bern, 2006.
9. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Aufl. Huber, Bern, 2005.
10. Escobar JI, Interian A, Díaz-Martínez A, et al. Idiopathic physical symptoms: A common manifestation of psychiatric disorders in primary care. *CNS Spectrums* 2006; 11: 201–10.
11. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001; 134: 868–81.
12. Deary IJ. A taxonomy of medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1999; 47: 51–9.
13. Gara MA, Silver RC, Escobar JI, et al. A hierarchical classes analysis (hicalas) of primary care patients with medically unexplained somatic symptoms. *Psychiatry Res* 1998; 81: 77–86.
14. Escobar JI, Burnam A, Karno M, et al. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 713–8.
15. Fink P, Toft T, Hansen MS, et al. Symptoms and syndromes of bodily distress. *Psychosom Med* 2007; 69: 30–9.
16. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262–6.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774–9.
18. Aiazaguena JM, Grandes G, Salazar A, et al. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Psychol Med* 2008; 37: 283–94.
19. Körber S, Frieser D, Steinbrecher N, et al. Validity and classification characteristics of the PHQ-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *J Psychosom Res* 2011; 71: 142–7.
20. Feder A, Olsson M, Gameroff M, et al. Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics* 2001; 42: 261–8.
21. Peveler R, Kilkeny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997; 42: 245–52.
22. Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 704–12.
23. Williams N, Wilkinson C, Stott N, et al. Functional illness in primary care: Dysfunction versus disease. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 30.
24. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, et al. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470–6.
25. Fink P, Sørensen L, Engberg M, et al. Somatization in primary care. *Psychosomatics* 1999; 40: 330–8.
26. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67: 123–9.
27. Escobar JI, Gara M, Silver RC, et al. Somatization disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 262–6.
28. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56: 391–408.
29. Allen LA, Gara MA, Escobar JI, et al. Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics* 2001; 42: 63–7.
30. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 647–55.
31. Becker S, Al Zaid K, Al Faris E. Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: A validation study of the PHQ in primary care. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 271–83.
32. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd, et al. Multisomatoform disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 352–8.
33. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms – models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 821–41.
34. Dirkzwager AJE, Verhaak PFM. Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: Characteristics and quality of care. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 33.
35. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009; 67: 189–97.
36. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care* 2006; 44: 803–11.
37. Barkmann C, Schulte-Markwort M, Brähler E. Körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007; 55: 49–58.

38. Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PLBJ, et al. Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66: 363–77.
39. Leiknes KA, Finset A, Moum T, et al. Current somatoform disorders in Norway: Prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 698–710.
40. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, et al. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depress Anxiety* 2007; 24: 185–95.
41. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: An update. *Psychosom Med* 2007; 69: 860–3.
42. Van der Feltz-Cornelis CM, van Balkom AJLM. The concept of comorbidity in somatoform disorder – a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *J Psychosom Res* 2010; 68: 79–99.
43. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, et al. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 5.
44. Harris AM, Orav EJ, Bates DW, et al. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903–10.
45. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 903–10.
46. Mewes R, Rief W, Brähler E, et al. Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 349–55.
47. Hiller W, Fichter MM. High utilizers of medical care – a crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Res* 2004; 56: 437–43.
48. Larisch A, Fisch V, Fritzsche K. Kosten-Nutzen-Aspekte psychosozialer Interventionen bei somatisierenden Patienten in der Hausarztpraxis. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2005; 34: 282–90.
49. Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, et al. Why reassurance fails in patients with unexplained symptoms – an experimental investigation of remembered probabilities. *PLoS Med* 2006; 3: 1266–72.
50. Rief W, Nanke A. Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 733–8.
51. Barsky AJ, Wyshak GL. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 404–9.
52. Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 587–95.
53. Severeijns R, Vlaeyen JWS, van den Hout MA. Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: A cross-sectional study in the Dutch community. *Health Psychol* 2004; 23: 49–57.
54. Lorenz J, Hauck M, Paur RC, et al. Cortical correlates of false expectations during pain intensity judgments – a possible manifestation of placebo/nocebo cognitions. *Brain Behav Immun* 2005; 19: 283–95.
55. Jackson JL, Passamonti M. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 1032–7.
56. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol* 2002; 7: 377–91.
57. Barsky AJ, Coytaux RR, Sarnie MK, et al. Hypochondriacal patient's beliefs about good health. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1085–9.
58. Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms. Springer, New York, 1982.
59. Noyes R, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49: 14–22.
60. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, et al. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 847–55.
61. Burton C. Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53: 233–41.
62. Duddu V, Chaturvedi SK, Isaac MK. Amplification and attribution styles in somatoform and depressive disorders – a study from Bangalore, India. *Psychopathology* 2003; 36: 98–103.
63. Nimman C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res* 2001; 51: 361–7.
64. Hiller W, Cebulla M, Korn HJ, et al. Causal symptom attributions in somatoform disorder and chronic pain. *J Psychosom Res* 2010; 68: 9–19.
65. Martin A, Korn HJ, Cebulla M, et al. Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007; 55: 31–41.
66. Montoya P, Sitges C, García-Herrera M, et al. Abnormal affective modulation of somatosensory brain processing among patients with fibromyalgia. *Psychosom Med* 2005; 67: 957–63.
67. Hadjistavropoulos HD, Craig KD, Hadjistavropoulos T. Cognitive and behavioral responses to illness information: The role of health anxiety. *Behav Res Ther* 1998; 36: 149–64.
68. Amann B, Padberg F, Mergl R, et al. An investigation of temperamental traits in patients with somatoform disorder: Do they belong in the affective spectrum? *Psychosomatics* 2009; 50: 605–12.
69. Rief W, Shaw R, Fichter MM. Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosom Med* 1998; 60: 198–203.
70. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 996–1002.
71. García-Campayo J, Fayed N, Serrano-Blanco A, et al. Brain dysfunction behind functional symptoms: Neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 224–31.
72. Nater UM, Gaab J, Rief W, et al. Recent trends in behavioral medicine. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 180–3.
73. Rief W, Auer C. Cortisol and somatization. *Biol Psychol* 2000; 53: 13–23.
74. Rief W, Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Hogrefe, Göttingen, 1998.
75. Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: New approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006; 60: 353–6.
76. Thomas P, Grama C, Hiller W. Kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen. *PsyDg* 2008; 9: 223–30.
77. Rief W, Martin A, Rauh E, et al. Evaluation of general practitioners' training: How to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 304–11.
78. American Psychiatric Association. DSM-5 Development – Timeline. 2010. <http://www.dsm5.org/about/Pages/Timeline.aspx> [gesehen 09.04.2010].
79. American Psychiatric Association. DSM-5 Publication Date Moved to May 2013. 2010. <http://www.psych.org/MainMenu/Newsroom/NewsReleases/2009NewsReleases/DSM-5-Publication-Date-Moved.aspx> [gesehen 09.04.2010].
80. World Health Organization. ICD Revision Project Plan. Version 2.0. 2010. http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevisionProjectPlan_March2010.pdf [gesehen 09.04.2010].
81. Creed F. Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60: 331–4.
82. Strassnig M, Stowell KR, First MB, et al. General medical and psychiatric perspectives on somatoform disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 194–200.
83. Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 685–91.
84. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 772–81.
85. Kroenke K. Somatization in primary care: It's time for parity. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 141–3.
86. Leiknes KA, Finset A, Moum T, et al. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: A prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006; 61: 169–79.
87. Rief W, Rojas G. Stability of somatoform symptoms – implications for classification. *Psychosom Med* 2007; 69: 864–9.
88. Sharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: A help or hindrance to good patient care? *Br J Psychiatry* 2004; 184: 465–7.
89. American Psychiatric Association. DSM-5 Development – Somatoform Disorders. 2010. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SomatoformDisorders.aspx> [gesehen 28.05.2010].
90. American Psychiatric Association. DSM-5 Development – Complex Somatic Symptom Disorder. 2010. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368> [gesehen 28.05.2010].
91. Creed F, Guthrie E, Fink P, et al. Is there a better term than "Medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010; 68: 5–8.
92. Löwe B, Mundt C, Herzog W, et al. Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology* 2008; 41: 4–9.
93. Rief W, Isaac M. Are somatoform disorders 'mental disorders'? A contribution to the current debate. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 143–6.
94. Levenson JL. A rose by any other name is still a rose. *J Psychosom Res* 2006; 60: 325–6.
95. Sykes R. Somatoform disorders in DSM-IV: Mental or physical disorders? *J Psychosom Res* 2006; 60: 341–4.
96. Dimsdale JE, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – A preliminary report. *J Psychosom Res* 2009; 66: 473–6.

Dipl.-Psych. Stephanie Körber

Geboren 1980. 2000–2006 Psychologie-Studium an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und der Thames Valley University, London. 2007–2010 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz sowie Dissertationsprojekt zum Thema „Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders in Primary Care: Diagnostic Challenges and Suggestions for Improvement“. Seit 2010 wissenschaftliche und klinische Mitarbeiterin an der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung des Universitätsklinikums der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.



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](#)