

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinikum rechts der Isar

(Leiter: Univ.- Prof. Dr. P. Henningsen)

**Somatoforme Symptome bei multisomatoformer Störung:  
Häufigkeiten, Zusammenhangsmuster, klinische Korrelate.**

Untersuchung im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit einer psychodynamisch- interpersonellen Kurzzeitpsychotherapie.

Angelika Martha Starkmann

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für  
Medizin  
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen  
Grades eines  
Doktors der Medizin  
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E.J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

2. apl. Prof. Dr. M. Sack

Die Dissertation wurde am 04.03.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 07.05.2014 angenommen.



# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>- 3 -</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>- 7 -</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>- 8 -</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>- 9 -</b>
<b>2 Theoretische Grundlagen</b>	<b>- 11 -</b>
<b>2.1 Überblick über das Krankheitskonzept „Somatoforme Störungen“</b>	<b>- 11 -</b>
2.1.1 Die Begriffe „Somatisierung“ und „somatoform“	- 11 -
2.1.2 Die Klassifikation der somatoformen Störungen in ICD-10 und DSM-IV	- 13 -
2.1.2.1 Somatisierungsstörung: (ICD-10 F 45.0; DSM-IV 300.81)	- 15 -
2.1.2.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) / Undifferenzierte Somatoforme Störung (DSM-IV 300.82)	- 15 -
2.1.2.3 Hypochondrische Störung (ICD-10 F 45.2; DSM-IV 300.7)	- 15 -
2.1.2.4 Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) / somatoforme Schmerzstörung (DSM-IV 307.80)	- 16 -
2.1.2.5 Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)	- 16 -
2.1.2.6 Konversionsstörung (DSM-IV 300.11)	- 17 -
2.1.2.7 Sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8; DSM-IV 300.82)	- 17 -
2.1.3 Multisomatoform Disorder (MSD)	- 18 -
2.1.4 Ausblick auf DSM-V	- 20 -
2.1.4.1 Terminologie	- 21 -
2.1.4.2 Achsenzugehörigkeit	- 21 -
2.1.4.3 Diagnostische Kategorien	- 22 -
2.1.4.4 Komorbidität	- 22 -
<b>2.2 Prävalenz und Soziodemografie der somatoformen Störungen und somatoformen Symptome</b>	<b>- 23 -</b>
<b>2.3 Komorbidität der somatoformen Störungen mit psychischen Erkrankungen</b>	<b>- 26 -</b>

<b>2.4</b>	<b>Ziele und Hypothesen</b>	<b>- 29 -</b>
<b>3</b>	<b>Patientenkollektiv und Methoden</b>	<b>- 34 -</b>
<b>3.1</b>	<b>Die PISO-Studie: Psychosomatische Intervention bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen</b>	<b>- 34 -</b>
3.1.1	Überblick über das Studiendesign	- 34 -
3.1.2	Studienteilnehmer: Rekrutierung, Ein- und Ausschlusskriterien	- 34 -
3.1.3	Interventionsgruppe: Kurzbeschreibung der manualisierten Psychotherapie	- 35 -
3.1.4	Kontrollgruppe: Enhanced Medical Care	- 36 -
<b>3.2</b>	<b>Instrumente</b>	<b>- 37 -</b>
3.2.1	SKID-I: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV	- 37 -
3.2.2	SF-36: Short Form 36	- 40 -
3.2.3	PHQ: Patient Health Questionnaire	- 41 -
3.2.4	Whiteley-7	- 42 -
3.2.5	HAQ: Helping Alliance Questionnaire	- 43 -
<b>3.3</b>	<b>Beschreibung der Patientenstichprobe</b>	<b>- 44 -</b>
3.3.1	Stichprobengröße	- 44 -
3.3.2	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe	- 44 -
<b>3.4</b>	<b>Statistische Methoden</b>	<b>- 46 -</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>- 47 -</b>
<b>4.1</b>	<b>Art und Ausprägung der Symptome</b>	<b>- 47 -</b>
4.1.1	Symptommhäufigkeiten	- 47 -
4.1.2	Symptomsummen	- 53 -
4.1.3	Zeitlicher Verlauf der Symptome und Chronizität der Beschwerden	- 54 -
<b>4.2</b>	<b>Hauptkomponentenanalyse: Symptomcluster</b>	<b>- 57 -</b>
<b>4.3</b>	<b>Zusammenhänge der Symptomatik mit soziodemografischen Merkmalen</b>	<b>- 61 -</b>
<b>4.4</b>	<b>Zusammenhänge der Symptomatik mit psychologischen und psychopathologischen Merkmalen</b>	<b>- 64 -</b>

4.4.1	Deskription psychologischer und psychopathologischer Merkmale der Stichprobe	- 64 -
4.4.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Stichprobe	- 64 -
4.4.3	Symptomatik und psychische „Komorbidität“	- 65 -
4.4.4	Symptomatik und gesundheitsbezogene Lebensqualität	- 67 -
<b>4.5</b>	<b>Auswirkung der Symptomatik auf den Therapieverlauf</b>	<b>- 68 -</b>
4.5.1	Auswirkung auf den Verlauf der manualisierten Kurzpsychotherapie (PISO-Intervention)	- 69 -
4.5.2	Auswirkungen auf den Verlauf der Kontrollbedingung (EMC)	- 70 -
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>- 71 -</b>
<b>5.1</b>	<b>Somatoforme Symptome: Prävalenzen, zeitlicher Verlauf, Symptomsummen</b>	<b>- 71 -</b>
5.1.1	Prävalenzen der Einzelsymptome und SKID-Gruppen	- 71 -
5.1.2	Zeitlicher Verlauf	- 75 -
5.1.3	Symptomsummen	- 76 -
<b>5.2</b>	<b>Symptomatik: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse</b>	<b>- 77 -</b>
<b>5.3</b>	<b>Soziodemografische und soziokulturelle Einflussfaktoren</b>	<b>- 82 -</b>
5.3.1	Geschlecht	- 82 -
5.3.2	Alter	- 84 -
5.3.3	Bildungsstand	- 85 -
<b>5.4</b>	<b>Klinische Korrelate somatoformer Symptome: Angststörungen, Depression, erhöhte Gesundheitsangst</b>	<b>- 85 -</b>
<b>5.5</b>	<b>Klinische Korrelate somatoformer Symptome: Therapieverlauf</b>	<b>- 87 -</b>
<b>5.6</b>	<b>Methodenkritik</b>	<b>- 89 -</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>- 91 -</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>- 94 -</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>- 101 -</b>

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Klassifikation der Somatoformen Störungen in ICD-10 und DSM-IV	- 14 -
Tab. 2: Prävalenz somatoformer Störungen in Allgemeinbevölkerung, Primär- und Sekundärversorgung	- 26 -
Tab. 3: Soziodemografische Daten der Patientenstichprobe	- 45 -
Tab. 4: Durchschnittliche Symptomsummen	- 53 -
Tab. 5: Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse	- 60 -
Tab. 6: Zusammenhang der einzelnen Symptome mit dem Geschlecht	- 61 -
Tab. 7: Zusammenhang der einzelnen Symptome mit dem Alter	- 62 -
Tab. 8: Zusammenhang der Symptom- Faktorkombinationen mit dem Geschlecht	- 63 -
Tab. 9: Zusammenhang Symptomsumme und Komorbidität	- 65 -
Tab. 10: Zusammenhang Symptom- Faktorkombinationen mit der Komorbidität	- 67 -
Tab. 11: Korrelation Symptom- Faktorkombinationen mit gesundheitsbezogener Lebensqualität	- 68 -
Tab. 12: Studien zu Symptomclustern (modifiziert+ergänzt nach Creed u. Barsky, 2004)	- 79 -
Tab. 13: Vollständige Rotierte Komponentenmatrix der PCA	- 106 -
Tab. 14: Zusammenhang Einzelsymptome und Geschlecht mit Odd-Ratio	- 107 -

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Diagnostische Kriterien der MSD (Kroenke et al., 1997)	- 20 -
Abb. 2: Ziele und Hypothesen der vorliegenden Arbeit	- 20 -
Abb. 3: Überblick 1-Monats- Symptomprävalenzen	- 48 -
Abb. 4: Prävalenz sehr häufiger und häufiger Symptome	- 49 -
Abb. 5: Symptome mit mittlerer Prävalenz	- 50 -
Abb. 6: Prävalenz seltener Symptome	- 51 -
Abb. 7: Prävalenz der Symptomgruppen	- 52 -
Abb. 8: Persistenzrate der Schmerzsymptome	- 55 -
Abb. 9: Persistenzrate der pseudoneurologischen Symptome	- 56 -
Abb. 10: Persistenzrate der gastrointestinalen und sexuellen Symptome	- 57 -
Abb. 11: 2-Jahres-Prävalenzen sehr häufiger und häufiger Symptome (> 50%)	- 104 -
Abb. 12: Symptome mit mittlerer 2-Jahres-Prävalenz (> 25%)	- 104 -
Abb. 13: Symptome mit seltener 2-Jahres-Prävalenz (< 25%)	- 105 -
Abb. 14: 2-Jahres-Prävalenz der SKID-Symptomgruppen	- 105 -

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
CFS	Chronic Fatigue Syndrom
DSM- IV	Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV
EMC	Enhanced medical care
GI	gastrointestinal
HAQ	Helpful Alliance Questionnaire
ICD-10	International Classification of Diseases, 10.Version
Kap.	Kapitel
KSK	Körperliche Summenskala
MMSE	Mini- Mental State Examination
MSD	Multisomatoform Disorder
MUS	medically unexplained symptoms
NOS	somatoform disorder, not otherwise specified
OR	Odds Ratio
PCA	Principal component analysis
PHQ	Patient Health Questionnaire
PISO	Psychosomatische Intervention bei somatoformen Störungen
PSK	Psychische Summenskala
SF-36	Short Form 36 Gesundheitsfragebogen
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
SOMS	Screening for Somatoform Symptoms
SSI	Somatic Symptom Index
Tab	Tabelle
WHO	World Health Organization



## 1 Einleitung

Somatoforme Störungen sind ein in allen medizinischen Fachdisziplinen äußerst häufiges Krankheitsbild, das nicht nur mit erheblichem Leidensdruck für die betroffenen Patienten, sondern auch mit einer deutlichen Belastung des Gesundheitssystems einhergeht.

Diese oder ähnliche Formulierungen zur Betonung der enormen klinischen, epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Bedeutung der Somatoformen Störungen finden sich in nahezu jeder Veröffentlichung zu diesem Thema, sei es in Vorlesungsskripten, Lehrbuchkapiteln der Psychosomatik und anderer medizinischer Fachbereiche oder wissenschaftlichen Artikeln in den entsprechenden Fachzeitschriften (Rudolf 2003, Henningsen 2007, Schaefert 2012) . Darüber hinaus fehlt in kaum einer der genannten Arbeiten der Hinweis, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung und der therapeutische Prozess typischerweise für beide Seiten langwierig und frustrierend gestalten kann und Patienten mit somatoformen Symptomen bei ihrem Arzt häufig eher Resignation, Verunsicherung und ärgerliche Gefühle als Empathie auslösen.

Geht man davon aus, dass ca. jeder dritte Patient in der allgemeinärztlichen Versorgung und sogar jeder zweite in bestimmten somatischen Fachdisziplinen an organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden leidet (Kroenke, 2003; Reid et al., 2001), ist es wichtig und sinnvoll, dass jeder Arzt zumindest einige Eckdaten dieser häufigen Symptome kennt: Welche Symptomatik ist über das Leitsymptom hinaus zu erwarten, mit welchen (weiteren) psychischen Begleiterkrankungen ist zu rechnen, welche Möglichkeiten der Diagnostik und Klassifikation gibt es? Die drängendste Frage dürfte allerdings sowohl für die alltägliche klinische Praxis als auch für die wissenschaftliche Forschung sein, welche Therapieoptionen diesen Patienten angeboten werden können.

Die vorliegende Arbeit beruht auf Daten, die im Rahmen einer Interventionsstudie mit psychodynamisch- interpersoneller Kurzzeitpsychotherapie für Patienten mit schmerzdominanter multisomatoformer Störung (PISO- Studie, Sattel et al. 2012) erhoben wurden. Unter anderem wurden die somatoformen Beschwerden der Patienten mittels einer modifizierten Form des SKID- Interviews erfasst. Dieses umfasst alle 29 Symptome der DSM-IV-Diagnoseliste für somatoforme Störungen und zusätzlich vier weitere häufige somatoforme Beschwerden und stellt den Goldstandard zur Diagnostik somatoformer Störungen dar.

Im ersten, theoretischen Teil der Arbeit soll aber zunächst ein Überblick über die Konzeptualisierung, Klassifikation und Epidemiologie der somatoformen Störung gegeben werden (Kap. 2). Danach wird auf die bereits erwähnte PISO- Studie und die verwendeten Instrumente, insbesondere das SKID- Interview, eingegangen, die die Grundlage der verwendeten Daten darstellen (Kap 3). Im Hauptteil der Arbeit werden die Ergebnisse hinsichtlich Prävalenz und zeitlichem Verlauf der einzelnen Symptome und Symptomgruppen dargestellt und diese in Zusammenhang mit soziodemographischen, psychologischen und psychopathologischen Merkmalen und Indikatoren des Therapieverlaufs gestellt. Einen Kernpunkt bildet dabei die Beschreibung der Symptomatik mittels sechs Symptom- Faktorkombinationen, die durch ein clusterbildendes Verfahren ermittelt und als charakteristische Anteile bestimmter Krankheitsbilder identifiziert wurden (Kap 4). Schließlich erfolgt, auch im Vergleich mit aktueller Literatur, eine Bewertung dieser Ergebnisse.

## **2 Theoretische Grundlagen**

### **2.1 Überblick über das Krankheitskonzept „Somatoforme Störungen“**

#### **2.1.1 Die Begriffe „Somatisierung“ und „somatoform“**

Der Begriff der Somatisierung („somatization“ bzw. „somatisation“ in der amerikanischen bzw. englisch-/europäischen Literatur) ist nicht leicht zu verstehen und zu definieren, da er an sich in seiner Bedeutung vielschichtig ist und zudem von verschiedenen Autoren unterschiedlich dargestellt und verwendet wird. Der gemeinsame Kernpunkt aller Konzepte zur Definition der Somatisierung ist jedoch das Erleben von Körperbeschwerden, die auch nach angemessener Untersuchung nicht bzw. nicht ausreichend durch organische Ursachen, z.B. Entzündung oder Raumforderung, erklärbar sind. [z. B. Lipowski, 1988, S. 1359 „ (...) a tendency to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings (...)]. Diese Körperbeschwerden können sowohl anhand ihrer Zahl als auch qualitativ nach Schwere, Dauer, Lokalisation oder Zugehörigkeit zu Organsystemen und damit oft gleichzeitig zu medizinischen Fachdisziplinen, erfasst und beschrieben werden.

Darüber hinaus beziehen viele Autoren die somatische Ursachenüberzeugung und z. T. die damit einhergehende erhöhte Gesundheitsangst mit in die Definition ein.

Der dritte Teilaspekt des Phänomens Somatisierung besteht in dem sich aus den beiden erstgenannten Elementen ergebenden Krankheitsverhalten, insbesondere der häufig als dysfunktional bezeichneten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Dazu gehören z.B. überproportional häufige Arztbesuche, auch bei mehreren Ärzten parallel, häufige Arztwechsel und rascher Therapieabbruch, sowie Schon- und Vermeidungsverhalten im Alltag. Einige Autoren sprechen auch von Somatisierung nur im Zusammenhang mit einer somatischen Beschwerdepräsentation im Rahmen einer psychischen Erkrankung v.a. einer Depression oder Angststörung (Kooiman et al., 2004).

Als Ursache des Phänomens der Somatisierung wird meist das Erleben von emotionalem, psychischem und psychosozialen Distress verantwortlich gemacht: „It is usually assumed that this tendency [to experience and communicate somatic distress and symptoms unaccounted for by pathological findings] becomes manifest in response to psychosocial stress brought about by life events and situations that are personally stressful for the individual.“ (Lipowski, 1988, S. 1359) Zunehmend werden auch

neurophysiologische, v.a. zentralnervöse Veränderungen als mögliche pathogenetische Prozesse erforscht (z. B. Tak und Rosmalen, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird das alle wichtigen klinisch- praktischen Aspekte umfassende Konzept der somatoformen Störung mit den drei Ebenen (1) Erleben von Körperbeschwerden, (2) somatische Ursachenüberzeugung und (3) Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten übernommen (vgl. Henningsen, 2001).

Somatoforme Beschwerden sind also wie oben bereits beschrieben, Beschwerden, die körperlich begründeten Symptomen ähnlich sind, jedoch auch nach angemessener Untersuchung nicht bzw. nicht ausreichend durch organische Ursachen erklärbar sind und die darüber hinaus *nicht* somatische Manifestationen psychischer Erkrankungen wie z.B. Depressionen oder Angststörungen darstellen. Dieses zweite Kriterium ist konzeptuell wichtig, weil hier eine deutliche Abgrenzung der Kategorie „somatoforme Störungen“ von anderen Krankheitsentitäten erfolgt. Praktisch ist diese Unterscheidung aber oft schwierig, so dass, auch in der vorliegenden Arbeit, „somatoforme Beschwerden“ oft synonym für „organisch nicht ausreichend erklärte Beschwerden“ verwendet werden. Der Begriff „organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden“ ist dem der „medizinisch nicht erklärbaren Symptome“ (medically unexplained symptoms, MUS) vorzuziehen, da „medizinisch nicht erklärbar“ suggeriert, der den Symptomen möglicherweise zugrundeliegende psychosoziale Distress sei kein Gegenstand von medizinischem Interesse und die Beschwerden lägen daher außerhalb des ärztlichen Zuständigkeitsbereiches. In beiden Fällen ist es jedoch ungünstig, die Körperbeschwerden negativ zu definieren, also über das, was sie *nicht* sind. Ein neuerer Vorschlag zur Terminologie beinhaltet daher auch den Begriff „symptoms of bodily distress“ bzw. „bodily distress disorder“ (Fink et al., 2007).

Zu beachten ist außerdem die Abgrenzung der somatoformen Beschwerden von der Simulation. Bei beiden fehlt eine organische Begründung für die dargebotenen Symptome. Ein Patient mit somatoformen Beschwerden ist aber vom Vorhandensein seiner Beschwerden und typischerweise von ihrer organischen Ursache subjektiv überzeugt und leidet darunter, während ein simulierender „Patient“ bewusst verbal und non- verbal ein Symptom nur vortäuscht, üblicherweise um daraus einen sekundären Krankheitsgewinn, z. B. die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, zu ziehen.

Wie wir in den nächsten Kapiteln noch sehen werden, sind somatoforme Störungen nicht nur äußerst häufig in allen medizinischen Disziplinen anzutreffen, sie zeigen

bisweilen auch komplizierte und chronische Verläufe mit einem hohen Maß an psychischer Komorbidität und erheblichen volkswirtschaftlichen Folgen durch gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten und Arbeitsunfähigkeit (Henningsen et al., 2003; Reid et al., 2002). Mindestens 75% der Allgemeinbevölkerung leiden im Laufe einer Woche an (wahrscheinlich) organisch nicht erklärten Körperbeschwerden. Die meisten schenken diesen Symptomen nicht oder nur kurzfristig Aufmerksamkeit und nehmen keine medizinische Hilfe in Anspruch. In der Regel verschwinden die Beschwerden von selbst wieder, genauso wie ein Großteil der organisch nicht erklärten Beschwerden, wegen denen ein Hausarzt konsultiert wurde (Kroenke, 2003). Solche Beschwerden sind „normal“ und haben im Gegensatz zu den im nächsten Kapitel genau definierten Somatoformen Störungen keinen oder nur geringen Krankheitswert.

### **2.1.2 Die Klassifikation der somatoformen Störungen in ICD-10 und DSM-IV**

Unter dem Überbegriff Somatoforme Störungen werden verschiedene Störungsbilder zusammengefasst, deren kleinster gemeinsamer Nenner die oben beschriebenen organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden sind.

Das im deutschen Gesundheitssystem offiziell verbindliche Klassifikationssystem ist die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10, International Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10), erstellt von der WHO, in Deutschland herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Die Somatoformen Störungen finden sich hier in Kap. V Psychische und Verhaltensstörungen und erhalten ICD-10-Codes beginnend mit F 45.0.

In der internationalen Forschung ist dagegen hauptsächlich die DSM-IV- Klassifikation (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV), erstellt von der American Psychiatric Association, gebräuchlich. Die beiden Systeme ähneln sich in manchen Punkten der Klassifikation Somatoformer Störungen, jedoch gibt es z. T. auch erhebliche inhaltliche Unterschiede. Einige Störungsbilder tauchen nur in einer der beiden Klassifikationen auf und selbst wenn Störungen in beiden Systemen vorhanden und gleichlautend benannt sind, weisen sie häufig beträchtliche Unterschiede ihrer diagnostischen Kriterien auf.

Auch deshalb soll an dieser Stelle ein kurzer Überblick über beide Klassifikationssysteme und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede gegeben werden.

Dem ICD-10 Kapitel der somatoformen Störungen ist nochmals folgende Definition dieser diagnostischen Kategorie vorangestellt:

„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, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“ (ICD-10-GM, 2009)

Tab.1: Klassifikation der Somatoformen Störungen in ICD-10 und DSM-IV

<b>Diagnose in ICD-10</b>	<b>Diagnose in DSM-IV</b>	<b>Kurzcharakteristik</b>
F45.0 Somatisierungsstörung	300.81 Somatisierungsstörung	Seltenes Vollbild, Dauer > 2 Jahre; ≥6 (ICD-10) bzw. ≥ 8 (DSM-IV) Symptome
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.82 Undifferenzierte Somatoforme Störung	Dauer < 2 Jahre, > 6 Monate; < 6 bzw. 8 Symptome
F45.2 Hypochondrische Störung	300.7 Hypochondrie	Belastung v.a. durch organische Ursachenbefürchtung, nicht primär durch Symptome selbst
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung	-	Symptomatik aus dem Bereich veg. innervierter Organe, z.B. Palpitationen
F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	307.8 Somatoforme Schmerzstörung	Schmerzsymptome dominieren, Dauer > 6 Monate
F45.8 Sonstige somatoforme Störung	300.81 Somatoform disorder, not otherwise specified (NOS)	Beschwerdebilder, die keiner anderen diagnostischen Kategorie zugeordnet werden können, z.B. Dauer < 6 Monate
(F 44. 4-7 Konversionsstörung)	300.11 Conversion Disorder	Ausfälle sensorischer oder motorischer Fähigkeiten

### 2.1.2.1 Somatisierungsstörung: (ICD-10 F 45.0; DSM-IV 300.81)

Hierbei handelt es sich um das (seltene) Vollbild einer schweren somatoformen Störung. Patienten mit dieser Diagnose leiden unter multiplen, rezidivierenden und fluktuierenden klinisch bedeutsamen Beschwerden verschiedener Organsysteme über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren. In ICD-10 werden sechs verschiedene Symptome aus mindestens zwei von vier Symptomgruppen, im DSM-IV dagegen mindestens acht Symptome mit einer bestimmten Verteilung auf alle Symptomgruppen gefordert. Das DSM-IV verlangt zusätzlich einen Beginn der Symptome vor dem 30. Lebensjahr und wiederholte Arztbesuche; in ICD-10 geht die Unfähigkeit des Patienten, einen negativen organischen Befund zu akzeptieren und damit die organische Ursachenüberzeugung und die überproportionale und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit in die Definition ein.

Die diagnostische Hürde für eine Somatisierungsstörung in diesem Sinne ist also sehr hoch gesteckt und nur wenige Patienten erfüllen die Kriterien eines der beiden Diagnosesysteme für dieses Krankheitsbild. Dementsprechend ist die Prävalenz der Somatisierungsstörung im engeren Sinn sehr gering.

### 2.1.2.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) / Undifferenzierte Somatoforme Störung (DSM-IV 300.82)

Diese Diagnose wird gestellt, wenn Patienten weniger als die für die Somatisierungsstörung geforderten sechs bzw. acht Symptome aufweisen und diese seit weniger als zwei Jahren, mindestens aber seit sechs Monaten bestehen. Es handelt sich hierbei also um eine viel weniger restriktive, aber auch weniger spezifische Restkategorie mit entsprechend höherer Prävalenz.

### 2.1.2.3 Hypochondrische Störung (ICD-10 F 45.2; DSM-IV 300.7)

Dabei handelt es sich um die beharrliche Überzeugung und die Angst, an einer oder mehreren schweren körperlichen Erkrankungen zu leiden. Normale Körperwahrnehmungen und Symptome rücken dabei ins Zentrum der Aufmerksamkeit

werden als Zeichen dieser Erkrankungen interpretiert. Eine unverrückbare organische Ursachenüberzeugung ist definitionsgemäß Teil dieses Störungsbildes; das Zeitkriterium beträgt 6 Monate. Anders als bei den anderen hier genannten Störungen stehen nicht die Symptome im Vordergrund, sondern die unbegründete *Angst* vor einer schweren Krankheit. Diese diagnostische Kategorie beinhaltet zudem die Körperdysmorphie Störung. Sie ist definiert als andauernde übermäßige Beschäftigung mit einem vermeintlichen körperlichen Makel, der subjektiv als entstellend und damit als sehr belastend empfunden wird. Eine Abgrenzung zur Anorexie ist hier wichtig, v.a. wenn es sich bei dem als missgestaltet empfundenen Merkmal um Figur und Körpergewicht handelt.

#### 2.1.2.4 Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) / somatoforme Schmerzstörung (DSM-IV 307.80)

Im Mittelpunkt steht das Vorliegen eines andauernden, quälenden, schweren Schmerzes ohne organische Grundlage. Besonders betont wird in beiden Klassifikationssystemen die „Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt“ (ICD-10- GM 2009). Das Zeitkriterium sind wiederum sechs Monate, DSM-IV bietet auch die Möglichkeit einer Unterscheidung in eine akute und eine chronische Form.

#### 2.1.2.5 Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)

Dieses Störungsbild besitzt kein Korrelat in DSM-IV. Die Patienten schildern Symptome, die denen einer Funktionsstörung von überwiegend vegetativ innervierten Organen ähneln, ohne dass sich aber eine solche organische Funktionsstörung nachweisen lässt. Die betroffenen Organsysteme können auch einzeln kodiert werden, z.B. Herz-Kreislaufsystem (Palpitationen, Brustschmerz/-enge), oberer Verdauungstrakt (Sodbrennen, Druckgefühl, Aerophagie), unterer Verdauungstrakt (Diarrhoe, Blähungen), Atmungssystem (Dyspnoe, Hyperventilation), Urogenitalsystem (Dysurie, erhöhte Miktionsfrequenz) und sonstige vegetativ innervierte Organe (Schwitzen, Zittern, Erröten). Gefordert werden für die Diagnose drei oder mehr Symptome dieser Symptome aus zwei Gruppen, wobei die erste Gruppe eher objektivierbare Symptome



wie Schweißausbrüche und Tachykardie, die zweite Gruppe eher subjektive, unspezifische Symptome wie Engegefühle oder Brennen, enthält.

Es ist üblich, solche Beschwerdebilder als „Funktionelle Syndrome“ oder „Funktionelle Störungen“ zu bezeichnen und je nach betroffenem Organsystem und damit je nach zuständiger somatischer Fachdisziplin zu benennen und auch nach ICD-10 in den deren Kapiteln zu klassifizieren. Dazu gehört z.B. das Reizdarmsyndrom in der Gastroenterologie (ICD-10 K58) oder die Fibromyalgie in der Rheumatologie (ICD-10 M79.0). Dieses Vorgehen ist umstritten, da es die zahlreichen Gemeinsamkeiten von Patienten mit verschiedenen „funktionellen Syndromen“ wie emotionale und psychosoziale Faktoren übersieht und eine multidimensionale und interdisziplinäre Lösungs- und Behandlungsstrategie blockiert (Wessely et al., 1999).

#### 2.1.2.6 Konversionsstörung (DSM-IV 300.11)

Als Korrelat dieses Krankheitsbildes in ICD-10 können die dissoziativen Störungen (F44.4-7) betrachtet werden, die jedoch hier nicht zur Gruppe der somatoformen Störungen gehören. Der Begriff Konversion an sich ist veraltet, wurde in DSM-IV aber in Form der Konversionsstörung beibehalten und bezeichnet Ausfälle sensorischer oder motorischer Fähigkeiten (Blindheit, Taubheit, Koordinationsstörungen, Lähmungen, Krampfanfälle) oder die Kombination aus mehreren dieser Symptome. Auch hier ist natürlich der Ausschluss organischer oder psychischer Erkrankungen, die diese Symptome besser erklären würden und der Simulation, entscheidend.

#### 2.1.2.7 Sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8; DSM-IV 300.82)

In diese Restkategorie werden alle anderen Funktionsstörungen, die nicht die Kriterien einer der spezifischen somatoformen Störungen erfüllen, eingeordnet. Dazu gehört z.B. psychogene Dysmenorrhoe, psychogener Pruritus, Globus hystericus, Zähneknirschen und die Scheinschwangerschaft. Auch Störungen, die (noch) nicht länger als sechs Monate bestehen und damit das Zeitkriterium für die undifferenzierte Somatisierungsstörung nicht erfüllen, werden hier klassifiziert, insbesondere die sog. NOS nach DSM- IV (Somatoform disorder, not otherwise specified).

Eine Diagnosekategorie, die nur in ICD-10 und auch hier nicht im Kapitel der Somatoformen Störungen vorkommt, soll wegen der strukturellen Ähnlichkeit kurz erwähnt werden: Neurasthenie (F48.0) bezeichnet eine Gruppe von Störungsbildern, bei denen das Symptom der vermehrten Erschöpfbarkeit im Vordergrund steht. Patienten mit Neurasthenie klagen über eine vermehrte Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche bei geistiger Arbeit sowie über Schwäche und Erschöpfbarkeit schon bei geringer körperlicher Anstrengung, häufig begleitet von Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und der Unfähigkeit, sich zu entspannen und innerhalb angemessener Zeit zu erholen. Dieses Störungsbild überschneidet sich sehr stark mit dem „Chronic Fatigue Syndrome“ (CFS).

### **2.1.3 Multisomatoform Disorder (MSD)**

Im vorhergehenden Kapitel wurde bereits angesprochen, dass die Prävalenz der „echten“ Somatisierungsstörung im Sinn der diagnostischen Kategorie der ICD-10 und des DSM-IV äußerst gering ist (< 1% in der Primärmedizin, s. Kap. 2.2), da die Kriterien für diese Diagnose äußerst restriktiv sind, was die Diagnose sehr reliabel und spezifisch, aber auch sehr selten macht. Dies wird aber der Realität, nämlich der großen Zahl von Patienten mit (multiplen) klinisch relevanten, organisch nicht ausreichend erklärten Beschwerden mit erheblichem Leidensdruck und Einbußen der Lebensqualität nicht gerecht. Sowohl im klinischen Alltag, als auch für wissenschaftliche Forschungszwecke ist es unbefriedigend und ungenau, die Vielzahl der untereinander wieder sehr heterogenen Störungsbilder, die nicht die Diagnosekriterien der Somatisierungsstörung oder einer der anderen spezifischen Diagnosen entsprechen, alle in der Sammelkategorie „Undifferenzierte Somatoforme Störung“ oder in der noch unspezifischeren „Somatoformen Störung, nicht näher bezeichnet“ (ICD-10 F45.9) aufgehen zu lassen.

Daher wurden verschiedene Ansätze entwickelt, um eben dieser großen Gruppe v.a. für Forschungszwecke besser gerecht zu werden und eine valide klinisch relevante Zwischenkategorie zu finden.

Escobar et al. schlugen dazu 1989 die Benutzung eines „Somatic Symptom Index“ (SSI) vor. Dieser beruht auf der Anzahl der Symptome, die ein Patient aufweist aus der damals gültigen Symptomliste des DSM-III. Als Kriterium für das Vorliegen des so neu entstandenen diagnostischen Konstrukts „Abriged Somatization Disorder“ gelten für

Männer vier, für Frauen sechs organisch nicht ausreichend erklärte Körperbeschwerden, daher auch die Bezeichnung „SSI 4/6“. Die Prävalenz der Abridged Somatization Disorder liegt erwartungsgemäß wesentlich höher als die der Somatisierungsstörung, gleichzeitig handelt es sich aber um eine präzise und valide Arbeitsdiagnose.

Rief et al. überarbeiteten 1996 den Vorschlag „SSI 4/6“ im Hinblick auf die neue Symptomliste des DSM-IV und bestimmten hier als optimale cut-off-Werte drei organisch nicht ausreichend erklärte Symptome für Männer bzw. fünf für Frauen (SSI 3/5).

Kernpunkt dieser beiden Vorschläge ist die Annahme, dass die Anzahl und weniger die Art der organisch nicht ausreichend erklärten Symptome das wichtige Charakteristikum eines Störungsbildes darstellt und damit als diagnostisches Kriterium geeignet ist.

Problematisch bei der Ermittlung des Somatic Symptom Index ist allerdings die Tatsache, dass laut DSM-Symptomliste nur über einen längeren Zeitraum (z.B. zwei Jahre, Beginn vor dem 30. Lebensjahr) vorliegende Symptome gezählt werden dürfen, was die genaue Anamnese natürlich äußerst mühsam oder unmöglich und damit die Diagnose weniger reliabel macht.

Bei einem anderen Vorschlag zur Klassifikation einer somatoformen Zwischenkategorie stellt sich dieses Problem dagegen nicht: Bei der „Multisomatoformen Störung“, (multisomatoform disorder, MSD), vorgeschlagen von Kroenke et al. (1998), werden die *gegenwärtig* vorliegenden Körperbeschwerden berücksichtigt. Der cut-off- Wert beträgt drei Symptome bei einer Anamnese von somatoformen Symptomen innerhalb der letzten zwei Jahre mit einer erheblichen funktionellen Beeinträchtigung an mindestens der Hälfte der Tage. (s. Abb. 1: Diagnostische Kriterien der MSD). Bei der MSD handelt es sich um eine mittelschwere somatoforme Störung als Alternative zur undifferenzierten somatoformen Störung, deren Raten an psychischer Komorbidität, Beeinträchtigung der Lebensqualität und inadäquates Krankheitsverhalten höher sind als beim SSI 4/6, aber niedriger als bei der Somatisierungsstörung (s. Kap. 2.3).

### **Multisomatoforme Störung (MSD): Diagnostische Kriterien**

- Drei oder mehr Symptome gegenwärtig vorhanden (d.h. im letzten Monat)
- Ein somatoformes Symptom liegt vor, wenn Kriterium 1. oder 2. zutrifft:
  1. Nach einer gründlichen Untersuchung kann das Symptom nicht vollständig durch die direkte physiologische Folge eines bekannten allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktors oder einer Substanz (z. B. eines Suchtmittels oder eines Medikaments) erklärt werden.
  2. Falls es einen allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktor gibt, übersteigen die körperlichen Beschwerden oder die sozial oder die berufliche Beeinträchtigung bei weitem das, was aufgrund der Vorgeschichte, der körperlichen Untersuchung oder des Laborbefundes zu erwarten wäre.
- Die Symptome verursachen klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.
- Obwohl sich die einzelnen Symptome ändern können, hat die Person ein oder mehrere somatoforme Symptome an mehr als 50% der Tage, über mehr als 2 Jahre.
- Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung<sup>1</sup> sind nicht erfüllt, die Symptome sind auch nicht Teil der diagnostischen Kriterien einer gegenwärtig vorhandenen psychischen Störung (z. B. Müdigkeit oder Schlaflosigkeit bei einem Patienten mit einer depressiven Störung oder Brustschmerzen und Schwindel, der nur bei einer Panikattacke bei einem Patienten mit Panikstörung auftritt).
- Das Symptom wird nicht absichtlich vorgespielt oder produziert (wie z. B. bei einer artifiziellen Störung oder bei Simulation).

Abb. 1: Diagnostische Kriterien der MSD (Kroenke et al., 1997)

#### **2.1.4 Ausblick auf DSM-V**

Die Anstrengungen, eine praktikablere und genauere Einteilung für die somatoformen Störungen zu finden, beschränken sich aber nicht nur auf einzelne Forschungsgruppen. Vielmehr soll in der nächsten Version des DSM, dem DSM-V, in den nächsten Jahren bis ca. Mai 2013 eine fundamentale, inhaltlich-strukturelle und terminologische

---

<sup>1</sup> Dieses Kriterium gilt nicht für die Patienten der PISO-Studie, die die Kriterien der MSD erfüllen müssen, aber auch die höherschwellige Diagnose der Somatisierungsstörung erfüllen können.

Neuordnung der Klassifikation somatoformer Störungen vorgenommen werden. Wegen der vielfältigen Fragestellungen stellt diese Neuordnung einen schwierigen und langwierigen Prozess dar, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch lange nicht abgeschlossen ist. Deshalb können an dieser Stelle nur einige grundlegende Überlegungen sowie ein vorläufiger „Zwischenstand“ vorgestellt werden. Einen Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklungen auf diesem Gebiet bietet die American Psychiatric Association auf ihrer eigens hierfür eingerichteten Website [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).

#### 2.1.4.1 Terminologie

Die von der dafür zuständigen Arbeitsgruppe der American Psychiatric Association erarbeiteten Änderungen beginnen schon bei der Benennung der diagnostischen Kategorie: Eine Umbenennung der „somatoform disorders“ in „somatic symptom disorders“ wird vorgeschlagen. Auch verschiedene weitere terminologische Verbesserungen werden diskutiert. Damit soll u. a. der Tatsache Rechnung getragen werden, dass nicht nur psychologisch und psychiatrisch Vorgebildete, sondern auch und gerade Primärmediziner und Patienten Leser und Benutzer des Manuals sind. Insofern sollten die Formulierungen und Begriffe gut verständlich und für Betroffene akzeptabel sein. Der Begriff „Hypochondrie“ beispielsweise gilt als negativ besetzt und abwertend und könnte in „Gesundheitsangststörung“ geändert werden (Kroenke, 2007).

#### 2.1.4.2 Achsenzugehörigkeit

Von wesentlich weitreichenderer Bedeutung als die Korrekturen der Terminologie sind die strukturellen Überlegungen, die diese z. T. widerspiegeln:

Eine grundsätzliche Frage ist, ob innerhalb der multiaxialen Struktur des DSM die somatoformen Störungen weiterhin auf Achse I (Psychiatrische Diagnosen) oder auf Achse III (Medizinische Krankheitsfaktoren) angesiedelt sein sollen. Diese Fragestellung ergibt sich aber aus der Natur der somatoformen Störungen, die mehrdimensional, d.h. körperlich *und* psychisch ist. Dieses Problem ist auch keineswegs akademisch, sondern für den klinischen Alltag relevant: Sollten die somatoformen Störungen mit ihrer körperlichen Symptomen eine Achse III-Diagnose

werden, wie ließen sich dann z. B. gegenüber den Krankenkassen die Kosten psychotherapeutische Therapieansätze vertreten? (Kroenke, 2007).

#### 2.1.4.3 Diagnostische Kategorien

Da einige Störungsbilder, die momentan getrennt diagnostiziert werden, mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen, sollen diese in Zukunft unter dem Begriff der „Somatoforme Symptomstörung“ zusammengefasst werden. Hierzu gehören die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte somatoforme Störung, die Hypochondrie und die somatoforme Schmerzstörung. (<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=368#>)

Dadurch werden die gemeinsamen Charakteristika, nämlich das Vorliegen somatoformer Symptome, die die Lebensqualität einschränken, übertriebene Beschäftigung mit oder Sorge wegen dieser Symptome und dysfunktionales und überproportionales Inanspruchnahmeverhalten, betont. Damit sind diese kognitiven und behavioralen Aspekte der somatoformen Störungen stärker als bisher in DSM-IV Teil der diagnostischen Kriterien. Anders ausgedrückt: Die somatoformen Störungen werden so stärker über das, *was* sie sind definiert und weniger über das, *was* sich *nicht* sind (medizinisch *nicht* erklärt, organisch *nicht* erklärt) (Kroenke, 2007).

#### 2.1.4.4 Komorbidität

In Zukunft soll es leichter möglich sein, gleichzeitig Diagnosen aus verschiedenen Kapiteln des DSM zu vergeben, z. B. eine somatoforme Symptomstörung *und* eine Affektive, Angst- oder Anpassungsstörung, während bisher der Behandler gezwungen war, zu entscheiden, welche der Diagnosen das Krankheitsbild seines Patienten am besten erklärt (Mayou et al., 2005).

## **2. 2 Prävalenz und Soziodemografie der somatoformen Störungen und somatoformen Symptome**

Obwohl es zu diesem Thema durchaus einige Studien gibt, ist es nicht ganz einfach, einheitliche Häufigkeiten anzugeben. Dies liegt zum einen daran, dass die verschiedenen Autoren sich auf verschiedene Zeiträume beziehen (Punktprävalenz, 1-Monats-Prävalenz, 1-Jahres-Prävalenz, Lebenszeitprävalenz usw.) und verschiedene Populationen untersucht werden. Die meisten Studien beziehen sich auf die Häufigkeit somatoformer Störungen in der Allgemeinbevölkerung oder in der Primärversorgung. Zum anderen ist, wie bereits ausführlich beschrieben wurde, die Klassifikation der somatoformen Störungen uneinheitlich, so dass beispielsweise die Prävalenz für die Somatisierungsstörung differiert, je nachdem, ob ICD-10- oder DSM-IV-Diagnosekriterien angewendet wurden. Darüber hinaus gelten die ICD-10 Kriterien „organische Ursachenüberzeugung“ und „Inanspruchnahmeverhalten“ als schwer zu erfassen und werden deshalb in Studien oft nicht berücksichtigt. Im Rahmen dieser Arbeit kann nur ein kurzer Überblick über die Epidemiologie der somatoformen Störungen anhand einiger ausgewählter Studien gegeben.

Zunächst wird auf die Häufigkeiten somatoformer Störungen in der Allgemeinbevölkerung eingegangen:

In einer großen Studie von Jacobi et al. (2004) mit über 4000 Teilnehmern zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland stellten die Somatoformen Störungen nach DSM-IV die dritthäufigste Gruppe psychischer Erkrankungen nach Angststörungen und affektiven Störungen dar. Die 1-Jahres-Prävalenz betrug 11%. Frauen waren deutlich häufiger betroffen als Männer (15% vs. 7,1%). Als Lebenszeitprävalenz wurden 16,2% (Frauen 22,2%, Männer 10,3%) ermittelt. (Zum Vergleich: Affektive Störungen: 1-Jahres-Prävalenz: 11,9%, Lebenszeitprävalenz: 18,6%).

In derselben Studie wird die 1-Jahres-Prävalenz der somatoformen Schmerzstörung nach DSM-IV mit 8,1%, die des SSI 4/6 mit 4,3% angegeben.

Außer mit weiblichem Geschlecht waren die somatoformen Störungen auch assoziiert mit Arbeitslosigkeit, Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht und schlechtem somatischem Gesundheitszustand. Dabei handelt es sich um Assoziationen, die z. T. auch in anderen Studien beobachtet werden konnten (Swartz et al., 1991)

Eine italienische Studie mit 673 Teilnehmern aus Florenz (Faravelli et al., 1997) liefert die 1-Jahres-Prävalenzen der einzelnen diagnostischen Kategorien nach DSM- III: 13,8% litten an einer undifferenzierten somatoformen Störung, 0,7% an einer Somatisierungsstörung.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Autoren, die für die Somatisierungsstörung (DSM) Prävalenzen zwischen 0,03% und 0,7% angeben (Creed und Barsky, 2004). Faravelli et al. (1997) ermittelten zudem die Prävalenz der somatoformen Schmerzstörung mit 0,6%, der Hypochondrischen Störung mit 4,5% und der Konversionsstörung mit 0,3%.

Rief und Mitarbeiter untersuchten 2001 an 2050 Patienten in Deutschland auch die Prävalenz einzelner somatoformer Symptome auf der Grundlage der Symptomliste des SOMS (Screening für somatoforme Störungen). Dieses self-rating Instrument umfasst 53 Items und damit alle Symptome, die auch in den DSM-IV bzw. ICD-10-Symptomlisten enthalten sind. Die häufigsten somatoformen Symptome in der Allgemeinbevölkerung sind demnach Rückenschmerzen (Prävalenz 30%), Gelenkschmerzen (25%), Extremitätenschmerzen (20%) und Kopfschmerzen (19%). Im Durchschnitt litten die Befragten in den letzten zwei Jahren an 3,35 organisch nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden. Vier der 53 erfassten Symptome waren bei Frauen signifikant häufiger als bei Männern: Schmerzen beim Wasserlassen (OR 5,46), Erröten (OR 3,40), unangenehme Sensibilitätsstörungen im Genitalbereich (OR 2,03), Sensibilitäts- und Gefühlsstörungen allgemein (OR 2,83). Männer dagegen litten häufiger unter Harnverhalt (OR 0,43).

Recht große Unterschiede gibt es bei den Angaben zur Häufigkeit somatoformer Störungen in der Primärversorgung.

Eine große Studie mit 1046 Patienten wurde 2000 in den Niederlanden in 13 Hausarztpraxen durchgeführt (De Waal et al., 2004). Dabei ergab sich eine Prävalenz von 0.5% für die Somatisierungsstörung nach DSM-IV-Kriterien. Insgesamt litten 16,1% der Befragten an einer somatoformen Störung, am häufigsten an einer Undifferenzierten somatoformen Störung (13,1%).

Deutlich höhere Prävalenzen ergaben sich in einer dänischen Studie an 223 Hausarztpatienten (Fink et al., 1999). Hier lag bei 22,3% eine somatoforme Störung



nach ICD-10-Kriterien vor, bei Anwendung der DSM-IV Kriterien waren es sogar 57,5%(!), wobei die größte Gruppe hier die unspezifische Kategorie der „Somatoform disorder, not otherwise specified“ mit 27,2% darstellt, ohne welche die besser vergleichbare Prävalenz aber immer noch 30,3% beträgt. Die Häufigkeiten der Hypochondrischen Störung und der Somatoformen Schmerzstörung sind in beiden Klassifikationssystemen gleich (4,6% bzw. 7,3%), während es bei der Undifferenzierten somatoformen Störung einen großen Unterschied gibt (5,5% nach ICD-10 vs. 27,0% nach DSM-IV). Das liegt daran, dass für diese Diagnose in ICD-10 multiple Symptome, in DSM-IV nur mindestens eins gefordert werden. Umgekehrt ist es bei der Somatisierungsstörung, die nach ICD-10- Kriterien bei 5,7%, nach DSM-IV- Kriterien nur bei 0,8% der Patienten diagnostiziert wurde, da hier eine höhere Anzahl an Symptomen und eine bestimmte Verteilung in die vier Symptomgruppen Voraussetzung ist. Auch assoziierte soziodemografische Faktoren konnten von Fink et al. (1999) identifiziert werden: Patienten mit somatoformen Störungen hatten einen niedrigeren Bildungsstand, gehörten signifikant häufiger der sozialen Unterschicht an, lebten häufiger von Sozialhilfe oder Rente oder waren arbeitslos.

Eine Studie aus Deutschland liefert ähnliche Prävalenzen wie bei Fink et al. (1999): In der „Düsseldorfer Hausarztstudie“ wurden 572 Patienten aus 18 Hausarztpraxen untersucht und befragt. 13,6% erfüllten die Kriterien des SSI 4/6, weitere 17,1% wiesen eine Undifferenzierte somatoforme Störung nach DSM- III-R auf (Kruse et al., 1998).

Für die Multisomatoforme Störung geben Kroenke et al. (1997) eine Häufigkeit von 8,2% in der primärmedizinischen Versorgung an.

Später führten Fink und Mitarbeiter eine weitere Studie an 294 stationären Patienten der Inneren Medizin durch und ermittelten für diese Patientengruppe die Prävalenz von 18,1% für Somatoforme Störungen nach ICD-10 bzw. 20,2% nach DSM-IV-Kriterien (Fink et al., 2004). Die Prävalenzen der einzelnen Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV gehen aus Tab. 2 hervor.

Eine Zusammenfassung zahlreicher Studien zur Epidemiologie somatoformer Störungen bietet die Übersichtsarbeit von Creed und Barsky (2004).

Tab. 2: Prävalenz somatoformer Störungen in Allgemeinbevölkerung, Primär- und Sekundärversorgung

	<b>Allgemeinbevölkerung</b>	<b>Primärversorgung</b>	<b>Sekundärversorgung</b>
<b>Somatoforme Störungen gesamt</b>	11% <sup>1</sup>	16,1 <sup>4</sup> - 57,5% <sup>5</sup>	18,1- 20,2% <sup>8</sup>
<b>Somatisierungsstörung</b>	0,03- 0,84 % <sup>3</sup>	0,5 <sup>4</sup> - 5,7% <sup>5</sup>	1,5%-5,2% <sup>8</sup>
<b>Undifferenzierte somatoforme Störung</b>	13,8% <sup>2</sup>	13,1% <sup>4</sup>	0,7%-10% <sup>8</sup>
<b>Hypochondrische Störung</b>	4,5% <sup>2</sup>	4,6% <sup>5</sup>	3,5% <sup>8</sup>
<b>Somatoforme Schmerzstörung</b>	0,6 <sup>2</sup> - 8,1% <sup>1</sup>	7,3% <sup>5</sup>	1,5% <sup>8</sup>
<b>Sonstige somatoforme Störung/NOS</b>	-	5,5-27,2% <sup>5</sup>	1-5% <sup>8</sup>
<b>Konversionsstörung</b>	0,3% <sup>2</sup>	-	2,6% <sup>8</sup>
<b>MSD</b>	-	8,2% <sup>7</sup>	-
<b>Störung nach SSI 4/6</b>	4,3% <sup>1</sup>	13,6% <sup>6</sup>	-

<sup>1</sup> Jacobi, 2004; <sup>2</sup> Faravelli et al., 1997; <sup>3</sup> Creed and Barsky, 2004; <sup>4</sup> De Waal et al., 2004; <sup>5</sup> Fink et al., 1999; <sup>6</sup> Kruse et al., 1998; <sup>7</sup> Kroenke et al., 1997; <sup>8</sup> Fink et al., 2004;

### 2.3 Komorbidität der somatoformen Störungen mit psychischen Erkrankungen

Unter Komorbidität versteht man üblicherweise das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten, ohne dass eine ursächliche Beziehung zwischen diesen beiden bestehen muss. Der Begriff Komorbidität ist bei der Beschreibung der Zusammenhänge zwischen den Krankheitsentitäten Depression-Angststörung- Somatoforme Störung umstritten: „Ein diagnostisches (und therapeutisches) Problem besteht darin, dass die meisten somatoformen Störungen eng mit depressiven und Angststörungen verwoben sind. Der Begriff Komorbidität ist zur Beschreibung dieses Umstandes nicht hilfreich, da es sich hier nicht um das Zusammentreffen unterschiedlicher Krankheiten handelt. Zutreffender ist ein dimensionales Beschreibungsmodell, in dem ein Patient individuelle und im Verlauf wechselnde Ausprägungen auf den drei Dimensionen somatoforme Beschwerden, Depressivität und Angst besetzt und eine weitere Dimension das jeweilige Erklärungsmodell benennt.“ (Rudolf und Henningsen, 2006, S.313). Bei der

Beschreibung der Komorbidität somatoformer Störungen mit Angst- und depressiven Störungen müssen also zusätzlich noch einige grundsätzliche Überlegungen getroffen werden:

Die diagnostischen Kriterien sowohl der Angst- als auch der depressiven Störungen beinhalten körperliche Symptome (Erschöpfung, sexuelle Gleichgültigkeit, Übelkeit usw.), die gleichzeitig auch Teil der Symptomliste zur Diagnose somatoformer Störungen sind. Diese Tatsache könnte zur Verzerrung der Ergebnisse führen, da eine Person, die solche Symptome aufweist, automatisch ein Kriterium beider Störungsbilder erfüllt, auch wenn tatsächlich nur eines der beiden vorliegt. Die hohen Komorbiditätsraten bleiben jedoch auch bestehen, wenn versuchsweise diese Symptome aus der Auswertung ausgeschlossen werden und eine Verzerrung dadurch unwahrscheinlich ist. (Henningsen et al., 2003)

Als weitere mögliche Erklärung für die ausgeprägte Komorbidität könnte angeführt werden, dass die multiplen körperlichen Beschwerden bei den Betroffenen eine reaktive Depression oder Angststörung nach sich ziehen. Dagegen spricht jedoch, dass wie bereits erwähnt die Komorbiditätsraten bei somatoformen Störungen höher sind als bei organischen Erkrankungen mit vergleichbarer Symptomatik, so dass die Belastung durch die körperlichen Symptome das hohe Maß an Angst und Depressivität nicht hinreichend erklärt.

Andersherum könnte man argumentieren, dass durch Angst und Depression eine erhöhte Aufmerksamkeit für körperliche Beschwerden und eine Neigung zur katastrophisierenden Bewertung besteht, die so die Grundlage für die Entstehung somatoformer Symptome bilden. Da jedoch auch zahlreiche Patienten an einer somatoformen Störung ohne begleitende Depression oder Angststörung leiden, scheint es nicht gerechtfertigt, somatoforme Symptome ausschließlich als Ausdruck oder Folge von Depression oder Angst zu bewerten. Vielmehr scheinen die drei Störungsbilder eng miteinander verbunden, aber nicht voneinander abhängig zu sein (Henningsen et al., 2003). Vor diesem Hintergrund können Untersuchungen zur Komorbidität somatoformer Störungen interpretiert werden.

Für die diagnostische Gruppe der somatoformen Störungen (DSM-IV) insgesamt wurden Komorbiditätsraten von 54% für eine Angst- und/oder depressive Störung ermittelt (De Waal et al., 2004).

Fink et al. (1999) geben die Komorbiditätsrate der somatoformen Störungen (ICD-10) mit irgendeiner anderen psychischen Störung mit 54,2% an. Fast dieselbe Rate (54,3%)

ermittelten Wittchen und Mitarbeiter (1997) im Bundesgesundheitsurvey. Je schwerer eine somatoforme Störung ist und je mehr somatoforme Symptome vorliegen, desto höher ist auch die Komorbidität: Von den Patienten mit einer Somatisierungsstörung (ICD-10) litten 83,3% an mindestens einer weiteren psychischen Erkrankung; bei den Patienten mit einer NOS waren es dagegen nur 20,7%. (Fink et al. 1999).

Rief und Hiller (1999) untersuchten über 400 stationär behandelte Patienten mit somatoformen Störungen: Von den Patienten mit Somatisierungsstörung litten 44-79% auch an einer Major Depression, je nachdem, welches Klassifikationssystem (DSM-III, DSM-IV, ICD-10) zugrunde gelegt wurde. Eine Angststörung wiesen sogar 86% auf. Für eine mittelschwere somatoforme Störung nach SSI 4/6 liegen die Komorbiditätsraten mit 38% für die Major Depression und 56% für Angststörungen deutlich niedriger.

Diese Ergebnisse wurden auch in einer Meta-Analyse (Henningsen et al., 2003) bestätigt: 58,9% der Patienten mit Somatisierungsstörung litten an einer Major Depression; bei Patienten mit subsyndromalen somatoformen Störungen waren es 40,9%. Patienten mit somatoformen Störungen sind damit nicht nur häufiger von Depressionen und Angststörungen betroffen als die Normalbevölkerung, sondern auch häufiger als Patienten mit organischen Erkrankungen mit vergleichbaren körperlichen Symptomen.

## 2.4 Ziele und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit verfolgt folgende Ziele, aus denen sich nachstehende Fragestellungen ergeben (Abb.2):

1. **Deskription der Einzelsymptome:** Durch welche Symptome ist das Beschwerdebild bei Patienten mit MSD primär gekennzeichnet?
  - a) Wie hoch ist die **Prävalenz** der im SKID-Interview ermittelten einzelnen Körperbeschwerden?
  - b) Wie viele Einzelsymptome liegen bei den Patienten vor?  
**(Symptomsummen)**
  - c) Wie stellen sich die Symptome im **zeitlichen Verlauf** dar?
2. **Symptomcluster:** Welche Symptomcluster lassen sich bilden?
3. **Soziodemografische Einflussfaktoren:** Welche soziodemografischen Faktoren stehen im Zusammenhang mit der Symptomatik bei MSD?
4. **Klinische Korrelate:** Welche psychologischen und psychopathologischen Merkmale sind mit der Symptomatik assoziiert?
5. **Assoziation der Symptomatik mit dem Therapieerfolg:** In welchem Zusammenhang steht die Symptomatik der Patienten mit dem Verlauf und Erfolg der Therapie?

Abb. 2: Ziele und Hypothesen der vorliegenden Arbeit

Vor dem Hintergrund der in Kap. 2.1 dargestellten Schwierigkeiten bei der Diagnostik und Klassifikation von Somatoformen Störungen und der in der aktuellen Literatur kontrovers diskutierten zugrundeliegenden pathopsychologischen Konzepte dieser diagnostischen Kategorie erscheint es sinnvoll und notwendig, sich insbesondere auf ihren unbestreitbaren gemeinsamen Aspekt zu konzentrieren: das Vorliegen und die Präsentation von Körperbeschwerden, die organisch nicht oder nicht ausreichend erklärbar sind (de Gucht und Maes, 2006). Dadurch können sowohl gemeinsame Grundzüge, als auch wichtige Unterschiede und Unterscheidungskriterien identifiziert werden, die für Diagnostik und Klassifikation, aber auch für klinische Entscheidungen, wie etwa die Wahl der Therapie eine Rolle spielen können.

Im Rahmen der in Kap. 3.1 vorgestellten PISO-Studie bietet sich die Chance, anhand einer Stichprobe von 198 Patienten mit einer multisomatoformen Störung deren somatoforme Symptome zu erfassen und in Zusammenhang zu setzen mit soziodemografischen, psychologischen und psychopathologischen Merkmalen.

Die grundlegende Besonderheit dabei ist, dass das Beschwerdebild der Studienteilnehmer nicht mittels Fragebögen oder anderen self-rating-Instrumenten, sondern mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-I, Sektion G für somatoforme Störungen) erfasst wurde. Dieses Experten-Interview gilt als der diagnostische Goldstandard zur Erfassung somatoformer Störungen (s. auch Kap. 3.2.1) und wurde von erfahrenen Psychologen und Ärzten durchgeführt.

Außerdem soll der Einfluss ausgewählter Aspekte des so charakterisierten Beschwerdebildes auf den Therapieerfolg der durchgeführten Intervention, gemessen an der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36 (insbesondere der körperlichen Lebensqualität, körperliche Summenskala KSK) und der Therapiezufriedenheit im Fragebogen HAQ, untersucht werden.

Dazu wird zunächst die Symptomatik des untersuchten Patientenkollektivs hinsichtlich der folgenden Aspekte ausführlich beschrieben:

- Symptomprävalenz: Es liegen zahlreiche epidemiologische Studien zur Prävalenz medizinisch nicht erklärter Körperbeschwerden insgesamt in der Allgemeinbevölkerung, Primär- und Sekundärversorgung vor (Nimnuan et al., 2001; Reid et al., 2001; Rief et al., 2001). Anhand der dieser Arbeit zugrundeliegenden Daten können die Häufigkeitsmaße 1-Monats-Prävalenz und 2-Jahres-Prävalenz von 33 verschiedenen somatoformen Symptomen für ein Patientenkollektiv mit der Diagnose multisomatoforme Störung in der Tertiärversorgung ermittelt werden, wobei mit Tertiärversorgung hier die fachärztlich- psychosomatische Versorgung, in diesem Fall auch im universitären Bereich, gemeint ist.
- Zeitlicher Verlauf und Chronizität: Für jedes der 33 erfassten Symptome wird eine Persistenzrate ermittelt. Diesem Vorgehen liegt die Überlegung zugrunde, dass bestimmte Symptome und Symptomarten stärker zu Chronifizierung neigen, während andere eher akut oder fluktuierend auftreten, so dass sich die Art der vorhandenen Symptome über die Zeit durchaus verändern kann.

- Symptomsumme: Die Anzahl der bei einem Patienten vorliegenden medizinisch nicht erklärbaren Symptome gilt sowohl für die in ICD-10 als auch in DSM- IV definierten Störungen als auch für verschiedene andere diagnostische Konstrukte (Henningsen, 2001) als diagnostisches Kriterium und als Indikator für Schweregrad und Komorbidität der Erkrankung (Henningsen et al., 2003). Diese Zusammenhänge sollen anhand der vorliegenden Daten für die Patientenstichprobe überprüft werden.

Symptom- Faktorkombinationen: Eine Hauptkomponentenanalyse als clusterbildendes Verfahren wird durchgeführt, um Symptommuster und -kombinationen zu identifizieren, zu interpretieren und hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Korrelate zu untersuchen. Ein Vergleich mit verschiedenen anderen Arbeiten, die ebenfalls clusterbildende Verfahren zur Strukturierung der multiplen Symptomatik benutzen, wird möglich.

In die Analyse der Symptomatik werden Zusammenhänge mit den soziodemografischen Merkmalen Alter, Geschlecht und Bildung einbezogen. Für die Prävalenz somatoformer Störungen und subsyndromaler Konstrukte konnten häufig positive Assoziationen mit weiblichem Geschlecht, höherem Lebensalter und geringem Bildungsstand gefunden werden (Creed und Barsky, 2004). Auch für einzelne somatoforme Symptome lassen sich, je nach Symptom, verschiedene solcher Zusammenhänge finden. (Aggarwal et al., 2006 Rief et al., 2001) Diese Ergebnisse sollen anhand der vorliegenden Daten für diese Stichprobe überprüft werden.

In einem weiteren Schritt werden klinische, psychologische und psychopathologische Merkmale zunächst beschrieben und dann mit den verschiedenen Aspekten der Symptomatik in Zusammenhang gesetzt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich diese Merkmale auf die Symptomatik auswirken und dass bestimmte Symptome und Beschwerdebilder in unterschiedlichem Maße mit psychischem Distress verbunden sind. Im Einzelnen werden folgende Aspekte untersucht:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität kann in die beiden Dimensionen körperliche und psychische Lebensqualität untergliedert werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn man davon

ausgeht, dass es sich bei Somatoformen Störungen um eine Krankheit mit *körperlichem* Erscheinungsbild auf der Grundlage von *psychischen* Prozessen handelt. Der primäre Endpunkt der PISO-Studie ist die Veränderung der *körperlichen* Lebensqualität durch eine *psychotherapeutische* Intervention. Das Therapieziel besteht dabei also nicht in einer Reduktion der Anzahl oder Stärke der Symptome, v.a. der Schmerzen im Sinne einer „Heilung“ von den Körperbeschwerden, sondern vielmehr in einem veränderten Umgang mit den Beschwerden, v. a. durch eine Verbesserung der Beziehung zum eigenen Körper und die Differenzierung von Gefühlen und Körperbeschwerden.

Unter der Annahme, dass einige Aspekte der Symptomatik sich mehr auf die psychische, andere sich mehr auf die körperliche Lebensqualität auswirken, werden diese Zusammenhänge analysiert, was auch für die Interpretation des Therapie-Outcomes eine Rolle spielt.

- Depression und Angst: Sowohl für die somatoformen Störungen im Sinne der internationalen Klassifikationen als auch für subsyndromale Konstrukte wie die MSD und für die funktionellen Syndrome lassen sich deutliche und z.T. spezifische Assoziationen mit Depression und Angst zeigen (Creed und Barsky, 2004; Henningsen et al., 2003). In diesem Zusammenhang lässt sich die Hypothese formulieren, dass ähnliche Zusammenhänge auch zwischen Depression bzw. Angst und den hier zu untersuchenden somatoformen Symptomen vorliegen.
- Hypochondrie / Gesundheitsangst: Hypochondrie (Hypochondriasis, hypochondrische Störung) stellt innerhalb der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV eine eigene diagnostische Untergruppe der somatoformen Störungen dar. Patienten mit Hypochondrie im Sinne des DSM-IV und ICD-10, die mit dem SKID-Interview diagnostiziert worden war, waren von der Studie ausgeschlossen, da bei diesem Störungsbild andere therapeutische Ansätze, z.B. kognitive Verhaltenstherapie, indiziert sind. Patienten mit Hypochondrie leiden weniger unter den unerklärten Körperbeschwerden an sich, sondern vielmehr unter der Überzeugung, eine bisher nicht diagnostizierte, schwere körperliche Erkrankung zu haben. (Sattel, 2012)

In diesem Kontext soll vielmehr der Aspekt der vermehrten Gesundheitsangst untersucht werden, d.h. das Vorliegen von mehr oder weniger stark ausgeprägten Befürchtungen oder Vorstellungen, den eigenen



Gesundheitszustand betreffend, ohne dass die diagnostischen Kriterien für die erwähnten Störungen oder auch eine Angststörung erfüllt sind. Generell wird sowohl ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheitsangst und somatoformen Störungen insgesamt, als auch spezifische Zusammenhänge mit einzelnen somatoformen Symptomen beschrieben (Benedikt et al., 2007), die an dieser Stelle in einigen Teilaspekten (einzelne Symptome, Symptomcluster, Symptomsumme) näher betrachtet werden können.

Im letzten Schritt werden die Symptomatik und die identifizierten im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf den Therapieverlauf getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe betrachtet. Die Beurteilung des Therapieverlaufs erfolgt in den Dimensionen

- Verbesserung der körperlichen und psychischen Lebensqualität in SF 36
- Beurteilung des globalen Therapieerfolgs durch den Patienten (HAQ12)
- Beurteilung des globalen Therapieerfolgs durch den Therapeuten (HAQ24)<sup>2</sup>

Somit kann untersucht werden, ob und inwiefern der Therapieverlauf durch die Symptomatik beeinflusst wird.

---

<sup>2</sup> Für Erläuterungen der verwendeten Instrumente s. Kap. 3.2

### **3 Patientenkollektiv und Methoden**

#### **3.1 Die PISO-Studie: Psychosomatische Intervention bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen**

##### **3.1.1 Überblick über das Studiendesign**

Die PISO-Studie ist eine multizentrische, zweiarmige randomisierte kontrollierte klinische Untersuchung mit dem Ziel, die Effektivität einer spezifischen, manualisierten psychodynamisch-interpersonell orientierten Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit einer schmerzdominanten, multisomatoformen Störung zu prüfen. Primäres Studienergebnis ist die Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere der körperlichen Lebensqualität, erhoben durch die deutsche Version des SF 36-Fragebogens, nach einem Jahr. Darüber hinaus wurden zahlreiche weitere psychologische, psychopathologische und psychobiologische Parameter als sekundäre Studienergebnisse erfasst.

##### **3.1.2 Studienteilnehmer: Rekrutierung, Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Rekrutierung der Patienten an den beteiligten Zentren Heidelberg, Düsseldorf, Hannover, München, Münster und Regensburg erfolgte konsekutiv aus verschiedenen somatischen Abteilungen, insbesondere Schmerzzentren und -ambulanzen, Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie. Die Patienten wurden mittels des SOMS-7 (s. 3.2.4) einem Screening für Somatoforme Störungen unterzogen. Gegebenenfalls nahmen sie danach am speziell zu diesem Zweck modifizierten SKID-Interview teil, um die Diagnose einer schmerzdominanten multisomatoformen Störung zu prüfen. Die von Kroenke et al. (1997) vorgeschlagene diagnostische Kategorie Multisomatoforme Störung ist im Wesentlichen charakterisiert durch das Vorliegen von drei aktuellen, medizinisch nicht oder nicht ausreichend erklärten Körperbeschwerden bei einer Geschichte solcher Beschwerden über mehr als zwei Jahre. Das zusätzliche Kriterium „schmerzdominant“ ist erfüllt, wenn mindestens eines der somatoformen Symptome aus dem Bereich Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation stammt. Bei der multisomatoformen Störung handelt es sich zwar nicht um eine in ICD-10 oder DSM-IV definierte Diagnose, trotzdem hat sie sich sowohl in der Primärmedizin als auch zunehmend in der wissenschaftlichen Forschung als valide und praktikable diagnostische Einstufung erwiesen. In der Verwendung der Einschlussdiagnose MSD besteht ein wichtiger neuer Aspekt der PISO-Studie, denn diese

diagnostische Kategorie ist unabhängig vom speziellen Beschwerdetyp und den sonst v. a. in den somatischen Fachdisziplinen üblichen organsystem- oder fachbezogenen Diagnosen wie z. B. Irritable bowel syndrome oder Chronic pelvic pain.

Die vollständigen diagnostischen Kriterien für die Multisomatoforme Störung können Abb.1 entnommen werden. Das darin geforderte „klinisch bedeutsame Leiden“ wurde für die Einschlusskriterien der Studie definiert als SF-36 Körperlicher Summenscore (KSK)  $\leq 40$ , d.h. eine Standardabweichung unter der Bevölkerungsnorm. Dieses Kriterium wurde gewählt, um eine gute Vergleichbarkeit der beiden Interventionsarten im Hinblick auf das zentrale klinische Merkmal der physischen Lebensqualität, die das primäre Studienergebnis darstellt, zu gewährleisten.

Des Weiteren war eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten Voraussetzung für den Einschluss in die Studie.

Von der Studienteilnahme ausgeschlossen waren Patienten jünger als 18 Jahre, Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse, Patienten mit klinisch bedeutsamer kognitiver Beeinträchtigung (MMSE  $\leq 27$ ), Patienten mit schweren, chronischen somatischen Erkrankungen (z. B. schwere Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose) sowie Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen mit starker Beeinträchtigung der sozialen Fähigkeiten (z.B. Schizophrenie). Ein weiteres Ausschlusskriterium war das Vorliegen der Diagnose Hypochondrie im Sinne des DSM-IV im SKID-I.

Um eine mögliche somatische Genese der Beschwerden auszuschließen, wurden vor Studieneinschluss die vorliegenden medizinischen Befunde der in Frage kommenden Patienten geprüft und ggf. Rücksprache mit den behandelnden Ärzten der somatischen Fachdisziplinen gehalten.

Die Patienten, die unter diesen Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie geeignet waren, wurden randomisiert einem der Studienarme, die im Folgenden beschrieben werden sollen, zugeordnet.

### **3.1.3 Interventionsgruppe: Kurzbeschreibung der manualisierten Psychotherapie**

Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten eine zwölfstündige, manualisierte, phasendefinierte, psychodynamisch- interpersonell orientierte Kurzzeit- Psychotherapie.

Die Therapie wurde ambulant und in einzeltherapeutischem Setting von erfahrenen und speziell geschulten Therapeuten durchgeführt, deren Adhärenz durch regelmäßige Supervision und Audio-/Videodokumentation überprüft wurde. Die Compliance der Teilnehmer in beiden Studienarmen war über ihre regelmäßige Anwesenheit bei Therapieterminen leicht zu überprüfen. Medikamenteneinnahme (mit Ausnahme von Opiaten, Benzodiazepinen u. ä.) und Inanspruchnahme des Allgemein- bzw. somatischen Facharztes während der Therapie waren prinzipiell erlaubt, wurden jedoch genau dokumentiert. Der zeitliche Rahmen der Intervention umfasst 12 Sitzungen à 60 Minuten, mit Ausnahme der ersten Sitzung, die länger dauern bzw. eine Doppelstunde umfassen konnte. Die Sitzungen fanden normalerweise einmal wöchentlich statt, so dass sich eine Gesamtdauer von 12 Wochen ergibt. Zusätzlich wurde drei Monate nach der zwölften Therapiestunde eine sog. Booster- Sitzung durchgeführt, die sich zur Konsolidierung des Therapieerfolgs bewährt hat.

Für eine ausführliche Beschreibung der psychotherapeutischen, insbesondere der psychodynamisch-orientierten Behandlung somatoformer Störungen siehe z. B. Rudolf und Henningsen (2003).

Der Ablauf der PISO-Intervention lässt sich in drei Phasen mit speziellen Elementen und Zielsetzungen gliedern, die im Therapie-Manual definiert sind.

Hervorzuheben ist die besondere Schwierigkeit, Patienten mit einer überwiegend stark ausgeprägten somatischen Ursachenüberzeugung überhaupt zur Teilnahme an einer Psychotherapie zu motivieren. Dies ist nur möglich, wenn es gelingt, in der Initialphase der Therapie eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. In der zweiten Phase gilt es, auf dieser Grundlage das Erklärungsmodell des Patienten schrittweise zu erweitern und insbesondere ihn in die Lage zu versetzen, Gefühle als solche wahrzunehmen, sie zu verbalisieren und von Körperempfindungen oder -beschwerden zu differenzieren. Es folgen eine Bilanz der erreichten Therapieziele und die Erarbeitung von Strategien zur Rückfallprophylaxe in der vierten Phase, sowie eine Booster-Sitzung drei Monate nach Therapieende (Ronel et al., 2007).

#### **3.1.4 Kontrollgruppe: Enhanced Medical Care**

Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten in Abhängigkeit von ihrem körperlichen Leitsymptom in der entsprechenden somatischen Abteilung eine leitliniengerechte, moderne Behandlung dieses Symptoms („treatment as usual“). Zusätzlich nahmen sie

an drei intensiven, ärztlichen Beratungsgesprächen im Sinne einer integrierten psychosomatischen Grundversorgung teil (Enhanced medical care, EMC).

Diese drei Termine (1x 45 min, 2x 30 min) fanden nach der Randomisierung, sowie sechs und zwölf Wochen nach Einschluss in die Studie statt. Es handelte sich um Einzelgespräche, die durch eine primär ärztliche, ausdrücklich *nicht* psychotherapeutische Grundhaltung geprägt waren, was sich auch im Setting widerspiegelte. Wesentliches Prinzip dieser ärztlichen Haltung war es, die Beschwerden des Patienten ernst zu nehmen und aktiv und interessiert mit ihm Strategien zum Umgang mit seiner Erkrankung zu erarbeiten. Ablauf, Inhalte und Ziele der EMC wurden durch ein Protokoll festgelegt.

Zu Beginn eines jeden Gesprächs wurde eine Anamnese der Symptomatik, des dadurch entstehenden Vermeidungsverhaltens und der vorhandenen Umgangsmöglichkeiten erhoben. Es folgten Psychoedukation zu Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten, Beratung zum ressourcenorientierten Umgang mit der Krankheit und Abbau von Schonverhalten, sowie zu sinnvollem Verhalten in Bezug auf Arztbesuche, invasive Eingriffe und Medikamenteneinnahme. Auf die Einführung einer Entspannungstechnik und eingehende Besprechung psychophysiologischer Zusammenhänge wurde verzichtet.

## **3.2 Instrumente**

### **3.2.1 SKID-I: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV**

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I (SKID-I) (Wittchen et al., 1997) stellt ein Fremdrating- Instrument zur Erfassung der in DSM-IV auf Achse I definierten Diagnosen Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen dar. Es wird bei ambulanten und stationär behandelten Patienten im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich vielfach eingesetzt und gilt aufgrund seiner hohen Validität als der diagnostische Goldstandard. Für die vorliegende Studie wurde das diagnostische Interview für die Sektion G (Somatoforme Störungen) durchgeführt.

Grundsätzlich besteht jede Sektion aus einem explorativen Teil mit freien Fragen (z. B. „Wie war ihre Gesundheit in den letzten Jahren?“) und dem eigentlichen strukturierten

Interview, in dem systematisch nach den spezifischen Symptomen gefragt wird (z. B. „Kam es jemals vor, dass Sie Schwierigkeiten beim Gehen hatten?“). Auch im strukturierten Interview besteht die Möglichkeit, die Frage solange umzuformulieren und nachzufragen, bis sich eine eindeutige Kodierung zuordnen lässt. In der ursprünglichen SKID-Version erfolgt diese Kodierung nach dem folgenden Schema:

? = unsicher / zu wenig Information,

1 = Symptom nicht vorhanden,

2 = Symptom vorhanden, aber nicht kriteriumsmäßig ausgeprägt,

3 = Symptom sicher vorhanden und kriteriumsmäßig ausgeprägt.

Schließlich prüft der Interviewer, welche Diagnose anhand der ermittelten Kriterien gestellt wird.

### **Modifikationen im Rahmen der PISO-Studie:**

Für die PISO-Studie sollte anhand des SKID-I das Vorliegen der Diagnose „schmerzdominante multisomatoforme Störung“ als wesentliches Einschlusskriterium geprüft werden. Dafür wurde das strukturierte Interview in einigen Punkten modifiziert. (Modifiziertes SKID, vgl. Angang)

1. Die Eingangsfragen wurden weitgehend übersprungen, da die dadurch zu gewinnenden Informationen bereits durch das Setting und die Rekrutierungsbedingungen vorgegeben waren.

2. Die Sprungregeln, die zwar die Durchführungszeit des Interviews erheblich verkürzen, aber auch zum Überspringen der Erhebung vieler Symptome führen können, wurden ignoriert, so dass bei allen Patienten immer das gesamte Interview durchgeführt und alle Symptome abgefragt wurden.

3. Den ursprünglich 29 erfragten somatoformen Symptomen, die nach der Sektionsbezeichnung mit G 1 bis G 29 durchnummeriert sind, wurden noch vier weitere, häufig klinisch relevante Körperbeschwerden hinzugefügt: G 38 vermehrte Erschöpfbarkeit, G 39 Tinnitus / Ohrgeräusch, G 40 Gesichtsschmerzen, G 41 Schwindel. Somit wurde das Vorliegen von 33 verschiedenen somatoformen Symptomen abgefragt.

4. Entsprechend den diagnostischen Kriterien für die schmerzdominante, multisomatoforme Störung wurde vom oben beschriebenen Kodierungsschema abgewichen und für jedes Symptom stattdessen das Vorliegen

- a) im letzten Monat
- b) in den letzten 2 Jahren,
- c) an 50% der Tage

erfragt. Somit lässt sich genau erfassen, welche und wie viele Symptome *aktuell* (im letzten Monat) oder *chronisch* (in den letzten zwei Jahren an mehr als 50% der Tage) vorlagen. Aus diesen Angaben wurden folgende epidemiologische Maßzahlen für jedes einzelne Symptom berechnet:

Ad a) 1-Monats-Prävalenz: Handelt es sich um ein aktuell bei Einschluss in die Studie vorhandenes Symptom? Dies wurde als gegeben betrachtet, wenn der Patient angab, im letzten Monat darunter gelitten zu haben. Auf diese Art und Weise wird die Prävalenz (genauer: 1-Monats-Prävalenz) des Symptoms ermittelt, also die Wahrscheinlichkeit, mit der zum Zeitpunkt  $t_0$  bei einem Patienten das entsprechende Symptom vorlag.

Ad b) 2-Jahres-Prävalenz: Handelt es sich um ein Symptom, das der Patient insgesamt aus dem Verlauf seiner Krankheit kennt und unter dem er im letzten Monat und/oder in den letzten zwei Jahren einmal gelitten hat?

Hierbei handelt es sich um die 2-Jahres-Prävalenz des jeweiligen Symptoms, also die Wahrscheinlichkeit, dass das Symptom innerhalb des Beobachtungszeitraums (hier: zwei Jahre) bei einem Patienten auftrat.

Ad c) Persistenz: Weist das Symptom einen chronischen, stabilen Verlauf über mindestens zwei Jahre auf, in denen der Patient an mehr als der Hälfte der Tage unter dieser Beschwerde litt oder trat es eher fluktuierend auf?

Die Symptome wurden hinsichtlich des Kriteriums „organisch nicht oder nicht ausreichend erklärt“ klinisch eingehend hinterfragt (Arztbriefe, Rücksprache mit den somatischen Fachärzten), sofern dies nicht bereits durch das Setting (Rekrutierungsbedingungen aus den somatischen Fach- und Schmerzambulanzen) vorgegeben war.

Mit dem vorliegenden SKID-Exzerpt wurden somit 33 verschiedene, somatoforme, z. T. geschlechtsspezifische Körpersymptome und körperliche Funktionsstörungen erfasst, im Hinblick auf ihr Vorhandensein aktuell, d.h.im letzten Monat vor Durchführung des Screenings, sowie auf ihr Auftreten in den letzten zwei Jahren. Eine relevante Beschwerdegeschichte wird als gegeben betrachtet, wenn das Symptom in diesen zwei Jahren an mindestens 50% der Tage aufgetreten ist.

### **SKID-Symptomgruppen:**

Im Ablauf des Interviews ist eine Einteilung der dokumentierten Symptome in vier Gruppen erkennbar, die im Folgenden SKID-Symptomgruppen genannt werden:

1. Pseudoneurologische Beschwerden: Zunächst werden Beschwerden aus dem Bereich der Neurologie erfragt: Symptome aus dieser Gruppe (wie z.B. Schwindel) werden als pseudoneurologische Beschwerden (G3-14, 38, 39, 41) bezeichnet. Der Begriff „pseudoneurologisch“ soll dabei nicht abwertend im Sinn von „Einbildung“ oder gar Simulation verstanden werden, sondern Symptome bezeichnen, die im weitesten Sinne dem neurologischen Fachgebiet zuzuordnen sind, aber auch nach gründlicher (neurologischer) Untersuchung organisch nicht ausreichend erklärt werden können.
2. Schmerzen: Als nächstes befragt der Interviewer den Patienten nach dem Vorliegen von Schmerzen (G16-25, 40) verschiedener Lokalisationen und Funktionsbereiche.
3. Gastrointestinale Funktionsstörungen (G27-31): Zu dieser Gruppe gehören fünf Beschwerden aus dem Bereich des Magen-Darm-Traktes.
4. Sexuelle Funktionsstörungen (G33-35): Schließlich wird das Vorliegen dreier Störungen der Sexualfunktion erfragt und dokumentiert.

### **3.2.2 SF-36: Short Form 36**

Der SF-36 ist ein sehr häufig eingesetztes, krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. (Ware, 1992) Die 36 Items erfassen den Gesundheitszustand im Allgemeinen, eventuelle Einschränkungen alltäglicher oder beruflicher Tätigkeiten oder sozialer Kontakte durch körperliche oder



seelische Probleme, das Vorliegen von Schmerzen und dadurch entstehende Einschränkungen, sowie das psychische Befinden. Aus den einzelnen Items lassen sich dementsprechend acht Subskalen bilden, die acht Dimensionen von Gesundheit abbilden sollen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Rollenverhalten wegen körperlicher Beeinträchtigung, Schmerzen, Allgemeiner Gesundheitszustand, Vitalität und körperliche Energie, Soziale Funktionsfähigkeit, Rollenverhalten wegen seelischer Funktionsbeeinträchtigung und Seelische Funktionsfähigkeit (Bellach et al., 2000). Aus diesen Subskalen wiederum können zwei Summenskalen gebildet werden, nämlich die körperbezogene Lebensqualität (Körperliche Summenskala, KSK) und die psychische Lebensqualität (Psychische Summenskala, PSK), wobei alle acht Subskalen in beide Summenskalen eingehen, allerdings in unterschiedlicher Gewichtung.

Die von den Probanden angegebenen Werte werden nach einem standardisierten Verfahren rekodiert und in einen Skalenwert zwischen 0 und 100 transformiert, wobei 0 das niedrigste gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt, 100 die höchste. Der SF-36 ist sowohl zur Erfassung und zum Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bevölkerung oder bestimmter Patientengruppen geeignet, als auch, wie in der PISO-Studie, zum individuellen Screening und zur Erfassung eines Behandlungserfolgs (Ware,1992).

### **3.2.3 PHQ: Patient Health Questionnaire**

Der Patient Health Questionnaire stellt ein valides Screeninginstrument zur Diagnostik häufiger psychischer Störungen sowohl in der Primärmedizin als auch in der klinischen Forschung dar. (Löwe et al., 2002, Spitzer et al., 1999) Es handelt sich um einen Self-rating- Fragebogen für psychische Syndrome nach DSM –IV.

Für die vorliegende Arbeit wurde die deutsche Version PHQ-D (Gesundheitsfragebogen für Patienten) verwendet. Erfasst wurden somatische Symptome (PHQ-15), depressive Symptome (PHQ-9), Angststörungen, Essstörungen, Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit sowie psychosoziale Funktionsfähigkeit und Belastung. Frauen wurden außerdem zum Themenkomplex Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt befragt. Die Fragebögen wurden von den Patienten selbst ausgefüllt, und zwar vor Beginn der Therapie im Rahmen eines ersten Screenings vor Durchführung des SKID und zur Verlaufsbeobachtung drei und zwölf Monate nach der Therapie. Der PHQ erlaubt somit

einen Hinweis auf DSM-IV- Diagnosen sowie eine Schweregradbestimmung verschiedener klinischer Merkmale anhand von Summenscores.

Für die Fragestellung dieser Arbeit von besonderer Bedeutung ist die Erfassung des Somatischen Syndroms durch PHQ-15. Dafür werden 13 somatische Symptome (1a-m) sowie zwei körperliche Symptome aus dem Depressionsmodul des Fragebogens (2 c und d) abgefragt und nach Schweregrad in den Abstufungen 0 (nicht beeinträchtigt), 1 (wenig beeinträchtigt) oder 2 (stark beeinträchtigt) gewichtet. Aus diesen Angaben wird u. a. ein Skalensummenwert (0-30) errechnet und die Diagnose Somatisches Syndrom geprüft. Diese liegt vor, wenn der Proband bei mindestens drei der 15 Symptome „stark beeinträchtigt“ bzw. „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ als Antwort gewählt hat.

Im PHQ-15 wird nicht unterschieden, ob ein Symptom organisch erklärbar ist oder nicht (Kroenke et al., 2002). Diese Differenzierung und damit die Diagnosestellung einer multisomatoformen Störung erfolgte anhand des SKID.

Da Patienten mit Somatoformen Störungen häufig gleichzeitig unter depressiven oder Angstsymptomen leiden, wurden diese beiden Störungsbilder im PHQ ebenfalls erfasst. Im PHQ-9 werden neun depressive Symptome erfragt und jeweils von 0 bis 3 („überhaupt nicht vorhanden“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ „beinahe jeden Tag“) bewertet. Damit ergibt sich ein Skalensummenwert von 0 – 27. Außerdem wird das Vorhandensein einer Minor oder Major Depression geprüft und die Zahl der schweren depressiven Symptome ermittelt. Eine Major Depression liegt demnach vor, wenn mehr als fünf der neun Symptome an mehr als der Hälfte der Tage auftraten.

Ähnlich ist die Vorgehensweise bei der Angst – bzw. Panikstörung: Hier wird nach typischen Symptomen einer generalisierten Angststörung (ICD F 41.1) bzw. Panikattacken (F 41.0) gefragt.

### **3.2.4 Whiteley-7**

Diese Kurzform des Whiteley-Index stellt ein sehr valides Screeninginstrument zur Erfassung von Hypochondrie und erhöhter Gesundheitsangst dar. Der Fragebogen umfasst sieben Aussagen, denen die Probanden auf einer dichotomisierten Skala entweder zustimmen (= 1) oder die sie als unzutreffend ablehnen konnten (= 0).

Patienten mit einem Wert von 4 oder mehr wurden der Kategorie „erhöhte Gesundheitsangst“ zugeordnet, ohne dass deswegen eine hypochondrische Erkrankung im eigentlichen Sinn vorliegen muss (Benedikt et al., 2007).

### **3.2.5 HAQ: Helping Alliance Questionnaire**

Dieser Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung umfasst 12 Items und liegt in einer Patienten- und einer Therapeutenversion vor. Die ersten elf Items werden auf einer Likert-Skala von 1 = sehr unzutreffend bis 6 = sehr zutreffend bewertet. Für die hier verwendete deutschsprachige Version wurde eine Unterteilung in zwei Subskalen vorgeschlagen, wobei die ersten acht Items besonders die Zufriedenheit mit der Qualität der therapeutischen Beziehung (kurz: Beziehungszufriedenheit) beschreiben, während die Items 9 – 11 die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg (kurz: Erfolg-zufriedenheit) wiedergeben. Wie der Begriff „Zufriedenheit“ bereits andeutet, handelt es sich bei beiden Dimensionen um subjektive Einschätzungen (Bassler et al., 1995).

In Item 12 wird schließlich nach der Einschätzung des Behandlungserfolgs global im Vergleich zu Therapiebeginn gefragt. Hier wird eine Bewertungsskala von 1 = sehr viel verschlechtert über 4 = unverändert bis 7 = sehr viel verbessert angewendet. Die Patienten- und Therapeutenversion nach Therapieabschluss, die Patientenversion auch bei der Katamnese neun Monate nach Therapieende eingesetzt.

### **3.3 Beschreibung der Patientenstichprobe**

#### **3.3.1 Stichprobengröße**

Unter den in Kap. 3.1.2 beschriebenen Rekrutierungsbedingungen und unter Berücksichtigung der dort genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurden 211 Patienten in die PISO-Studie aufgenommen und erfolgreich randomisiert, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe in wichtigen Merkmalen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Alle diese Patienten nahmen zur Stellung der Einschlussdiagnose MSD am SKID-Interview teil. Für 10 Patienten lagen die SKID-Dokumentation oder relevante soziodemografische Angaben oder klinische Daten zu Beginn dieser Arbeit nicht oder nicht vollständig vor; drei weitere zogen ihre Einwilligung zur Studienteilnahme sofort nach der Randomisierung zurück. Somit ergibt sich für die vorliegende Arbeit eine Stichprobengröße von 198 Patienten. Davon nahmen 101 Patienten an der PISO-Intervention teil, 97 erhielten Enhanced medical care (EMC).

Die Studienteilnehmer wurden darüber informiert, dass ihre persönlichen Daten der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen und die wissenschaftliche Auswertung anonym erfolgt.

#### **3.3.2 Soziodemografische Merkmale der Stichprobe**

Das Durchschnittsalter der untersuchten Stichprobe betrug 48,2 Jahre (SD  $\pm$  11,7). Der jüngste Patient war 18, der älteste 77 Jahre alt. 65,7% (n= 130) der Probanden waren weiblich. Die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen 91,4% der Probanden. 71,6% der Patienten lebten in einer festen Partnerschaft, 80,3% hatten Kinder<sup>3</sup>.

Ein Drittel der Probanden verfügt über einen Hauptschulabschluss, ein weiteres Drittel über Mittlere Reife oder einen Fachschulabschluss, 16,6% haben Abitur. Die Hälfte der Studienteilnehmer hat eine berufliche Lehre absolviert.

In Voll- oder Teilzeit berufstätig waren 37,5% der Probanden, Rente (auch BU- / EU-Rente) bezogen 20,9%, weitere 16,5% hatten einen Rentenantrag gestellt oder geplant oder befanden sich in einem Rentenstreit.

---

<sup>3</sup> Ggf. zu 100% fehlende % ergeben sich aus der Antwortmöglichkeit „sonstige“ bzw. selten gewählte Antwortmöglichkeiten

Zwei Drittel der Patienten waren innerhalb des letzten Jahres krankgeschrieben und zwar median für die Dauer von neun Wochen.

Zusätzliche Informationen zu soziodemografischen Merkmalen der Patientenstichprobe können den Tab. 3 entnommen werden.

Tab. 3: Soziodemografische Daten der Patientenstichprobe

<b>Merkmal</b>	<b>N=</b>	<b>Anzahl (in %)</b>
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	130	65,7
<b>Deutsche Nationalität</b>	180	91,4
<b>Familienstand</b>		
ledig	38	19,3
verheiratet	109	55,3
getrennt/geschieden/ verwitwet	47	23,9
<b>Schulbildung</b>		
Ohne Schulabschluss	16	8,2
Hauptschulabschluss	68	35,2
Mittlere Reife/Fachschule	70	36,3
Abitur	35	18,1
<b>Berufsausbildung</b>		
Ohne Berufsausbildung	22	11,9
Lehre/Fachschule	109	58,9
Meister	11	5,9
Hochschulabschluss	30	16,2
<b>Aktuelle berufliche Situation</b>		
Vollzeitbeschäftigung	54	27,8
Teilzeitbeschäftigung	24	12,4
Nicht berufstätig/arbeitslos	55	27,3
Erwerbs-/berufsunfähig	20	10,3
Früh-/Altersrente, Pension	24	12,4

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Stichprobe die weiblichen Patienten deutlich überwogen.

Die meisten Studienteilnehmer verfügen über mittlere Bildungsabschlüsse und üben Berufe aus, die für die untere und mittlere Mittelschicht typisch sind. Außerdem fallen häufige und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten auf.

### 3.4 Statistische Methoden

Die statistische Auswertung der Studiendaten erfolgte mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) für Windows, Version 16.

Zur Beschreibung der Symptommhäufigkeiten in Kap. 4.1.1 werden die epidemiologischen Maßzahlen 2-Jahres-Prävalenz und 1-Monats-Prävalenz verwendet. Zur Beschreibung der Chronizität der Symptome wurde die Persistenzrate ermittelt, d.h. die Anzahl der von einem Symptom insgesamt betroffenen Patienten wurde ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der Patienten, die dieses Symptom in seiner chronischen Form aufweisen.

Zur Bildung von Symptom- Faktorkombinationen (Kap 4.2) wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein bzw. mehrere hintereinander geschaltete statistische Verfahren mit dem Ziel, von vielen Variablen auf einige wenige zugrundeliegende Dimensionen (= Faktoren, Komponenten) zu schließen (Variablenbündelung). Die Zahl der extrahierten Faktoren wurde anhand des Eigenwert-Kriteriums (Eigenwert > 1) bestimmt, die Rotation wurde nach dem Varimax-Verfahren durchgeführt.

In Abhängigkeit von Skalenniveau und Fragestellung wurden nichtparametrische Verfahren wie Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test und Spearman-Korrelationen eingesetzt. Signifikanztests erfolgten zweiseitig, eine Aussage wurde als signifikant beurteilt, wenn ihre Irrtumswahrscheinlichkeit geringer als 5% ( $p < 0,05$ ) war.

## **4 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der Datenanalyse dargestellt werden. Dabei werden die Häufigkeit und Ausprägung der Symptome, häufige Symptom-Faktorkombinationen, deren Verteilung im Patientenkollektiv, ihr zeitlicher Verlauf und die Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten beschrieben und analysiert. Psychologische und psychopathologische Merkmale der Studienteilnehmer sollen untersucht und dargestellt werden.

Somit können an einer vergleichsweise großen Gruppe von Patienten mit einer mittelschweren somatoformen Störung

1. Beschwerdemuster herausgearbeitet,
2. in Zusammenhang mit soziodemografischen, psychologischen und psychopathologischen Merkmalen gesetzt und
3. hinsichtlich ihrer Auswirkung auf den Verlauf der Therapie untersucht werden.

### **4.1 Art und Ausprägung der Symptome**

Aufgrund der Einschlusskriterien der Studie musste jeder Studienteilnehmer aktuell mindestens drei verschiedene Körperbeschwerden angegeben haben. Außerdem wurden in die Studie nur Patienten eingeschlossen, deren Beschwerden in mindestens einem Schmerzsymptom bestanden, d.h. bei denen eine „schmerzdominante“ multisomatoforme Störung vorlag. Daraus ergibt sich, dass sich unter den am häufigsten genannten Körperbeschwerden viele aus dem Bereich Schmerzen verschiedener Lokalisationen befinden sollten.

#### **4.1.1 Symptommhäufigkeiten**

Abb. 3 gibt einen Überblick über die 1- Monats- Prävalenzen (in %) der 33 Symptome.

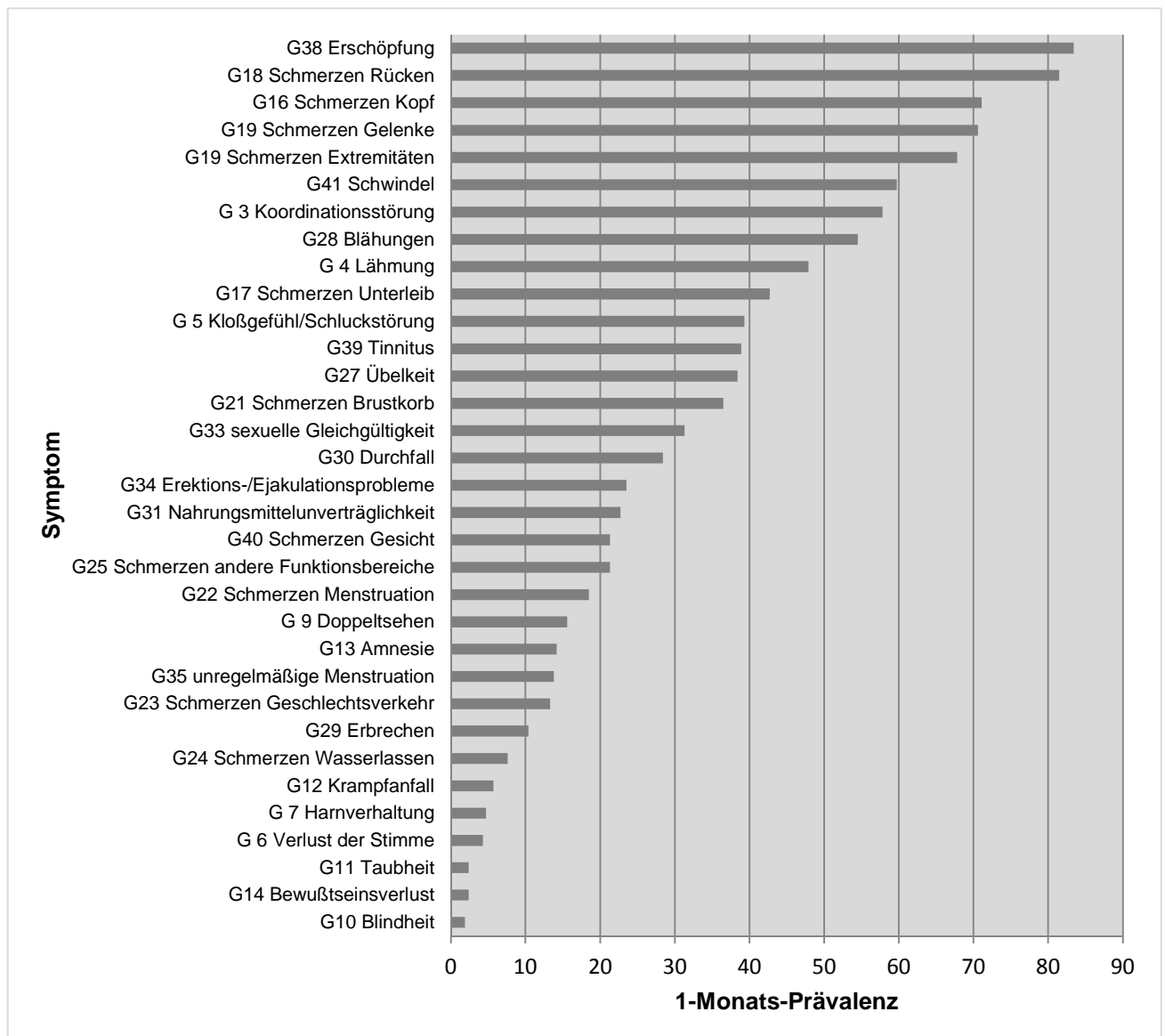


Abb. 3: Überblick 1- Monats- Symptomprävalenzen

Um zu beschreiben, welche Symptome häufig und welche seltener im Patientenkollektiv auftreten, soll es hier ausreichen, sich auf eines der beiden Häufigkeitsmaße zu beschränken, zumal sich die beiden Maßzahlen hier meist ähnlich verhalten, d.h. Symptome mit hoher 1-Monats-Prävalenz hatten meist auch eine hohe 2-Jahres-Prävalenz. Dazu wurde die 1-Monats-Prävalenz (im Folgenden nur „Prävalenz“ genannt) gewählt, um die aktuelle Häufigkeitsverteilung der Symptome zum Zeitpunkt des Therapiebeginns darzustellen.

Um den Überblick über die 33 Symptome zu erleichtern, werden sie weiter eingeteilt in

- sehr häufige Symptome (Prävalenz > 75%)
- häufige Symptome (Prävalenz > 50%)



- Symptome mit mittlerer Prävalenz (Prävalenz > 25%)
- seltene Symptome (Prävalenz < 25%).

Sehr häufige und häufige Symptome:

Das von den befragten Patienten am häufigsten beklagte Symptom ist mit einer Prävalenz von 83,4% die vermehrte Erschöpfbarkeit. Mit 81,5% fast genauso häufig sind es Rückenschmerzen. 176 bzw. 172 der insgesamt 211 Probanden litten unter diesen Beschwerden.

Mit etwas Abstand folgen drei weitere Schmerzsymptome, nämlich Kopfschmerzen (71,1%), Gelenkschmerzen (70,6%) und Schmerzen der Extremitäten abgesehen von den Gelenken (67,8%). Hierbei ist natürlich zu beachten, dass der Studieneinschluss unter der Diagnose der schmerzdominanten multisomatoformen Störung aus den entsprechenden somatischen Abteilungen erfolgt ist.

Unter Schwindel litten 59,6% der Studienteilnehmer. Mit Prävalenzen von 57,8% und 54,5% ebenfalls häufige Beschwerden waren beeinträchtigte Koordination und Balance sowie Blähungen.

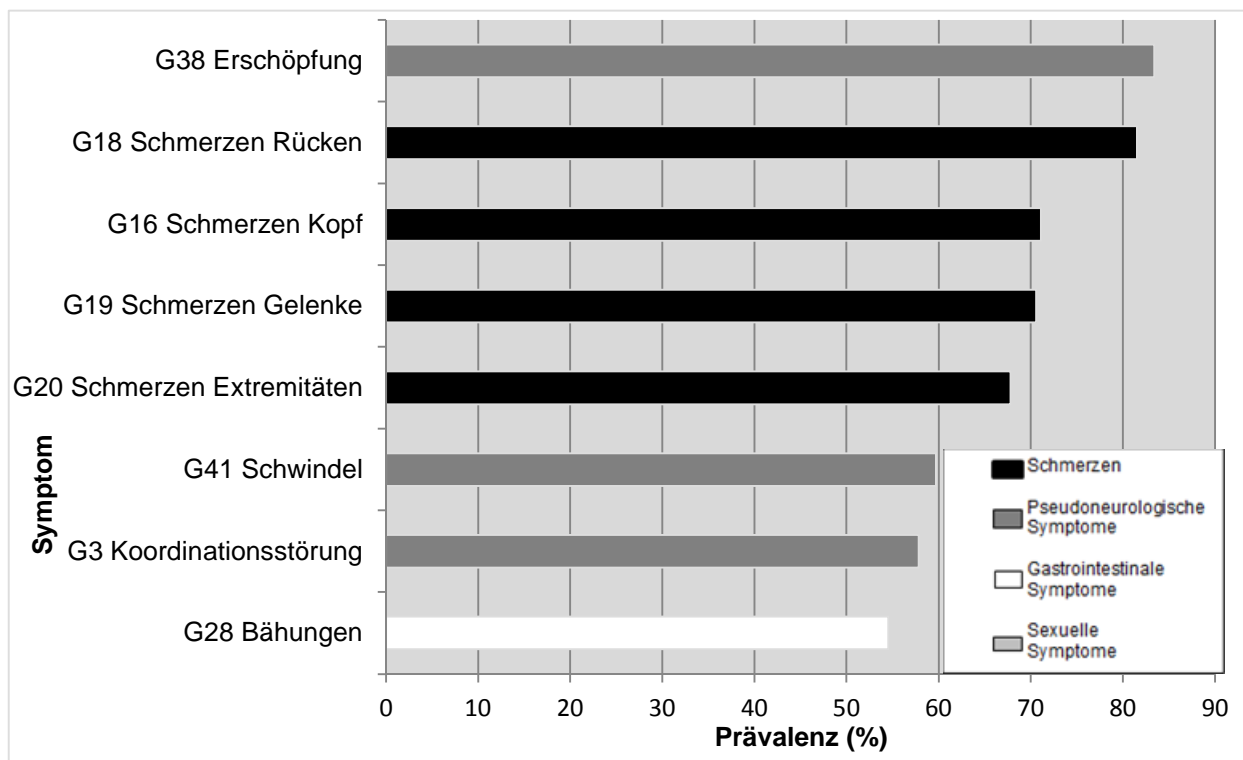


Abb. 4: Prävalenz sehr häufiger und häufiger Symptome

Symptome mit mittlerer Prävalenz:

Fast die Hälfte der Studienteilnehmer gab an, unter Lähmungen oder lokalisierter Schwäche zu leiden. Jeweils rund 40% der Patienten klagten über Schwierigkeiten mit dem Schlucken oder Kloßgefühl im Hals, Schmerzen im Unterleib oder Bauch, Tinnitus und Übelkeit ohne Erbrechen. Mehr als ein Drittel (36,5%) litten an Schmerzen im Brustkorb.

Aus dem Bereich der sexuellen Funktionsstörungen weist die sexuelle Gleichgültigkeit mit 31,1% die höchste Prävalenz auf. Über Durchfall klagten 28,4% der Probanden.

Abb. 5 gibt die Prävalenzen der Symptome mit mittlerer Prävalenz wieder.

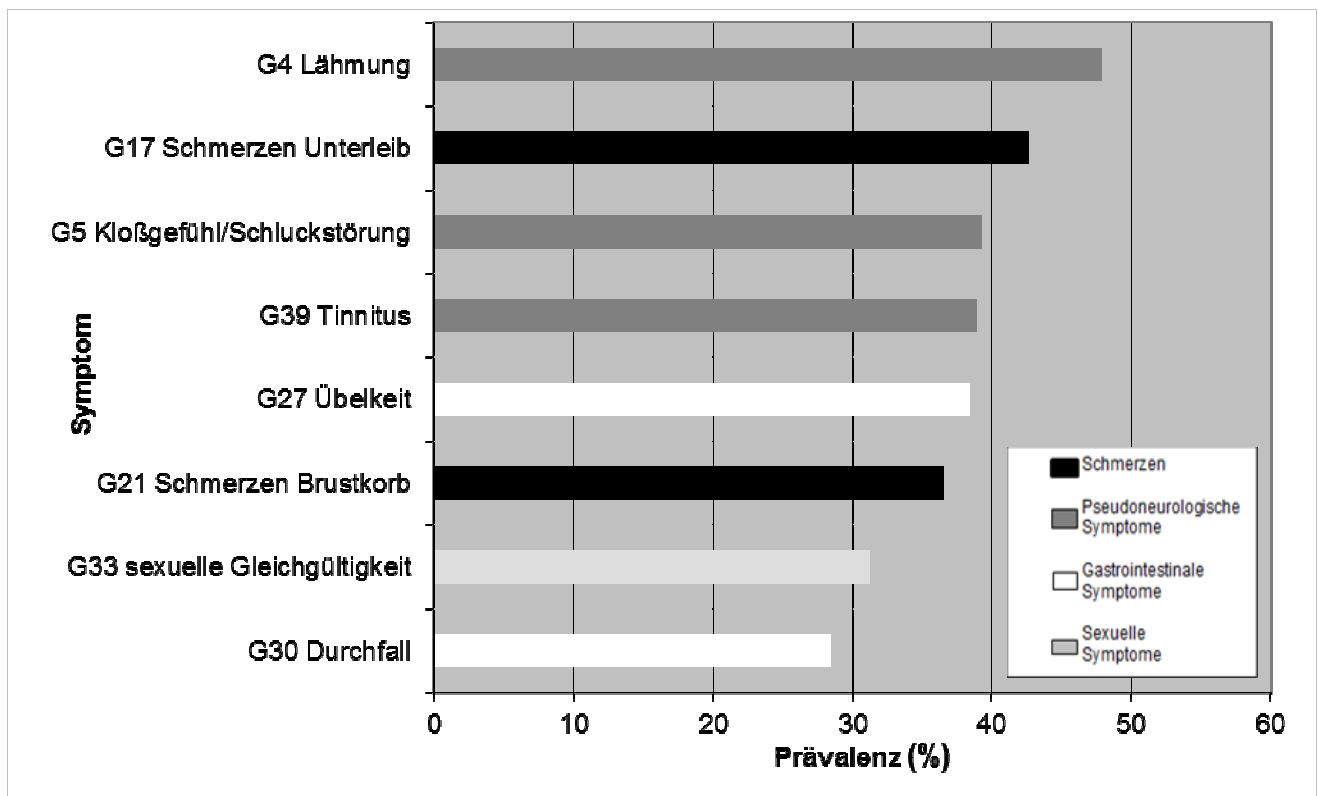


Abb. 5: Symptome mit mittlerer Prävalenz

Seltene Symptome:

Ein knappes Viertel der männlichen Studienteilnehmer litt unter Erektions- oder Ejakulationsschwierigkeiten. Mit einer Prävalenz von rund 20% traten die Symptome Nahrungsmittelunverträglichkeit, Schmerzen anderer Funktionsbereiche abgesehen von den im SKID explizit erfragten Schmerzlokalisationen und Gesichtsschmerzen auf. Etwa jede fünfte Patientin gab Menstruationsschmerzen an. Noch seltener sind die Symptome

Doppeltsehen (15,6%), Amnesie (14,2%), unregelmäßige Menstruation (13,8% der Studienteilnehmerinnen), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (13,3%) und Erbrechen (10,4%). Weniger als jeder Zehnte klagte über Schmerzen beim Wasserlassen oder Krampfanfälle. Sehr seltene Symptome mit Prävalenzen unter 5% sind Harnverhalt (4,7%), Verlust der Stimme (4,3%), Verlust des Bewusstseins, der nicht auf einen bloßen Schwächeanfall zurückzuführen war (2,4%), Taubheit (2,4%) und Blindheit (1,9%).

In Abb. 6 ist die Prävalenz seltener Symptome dargestellt.

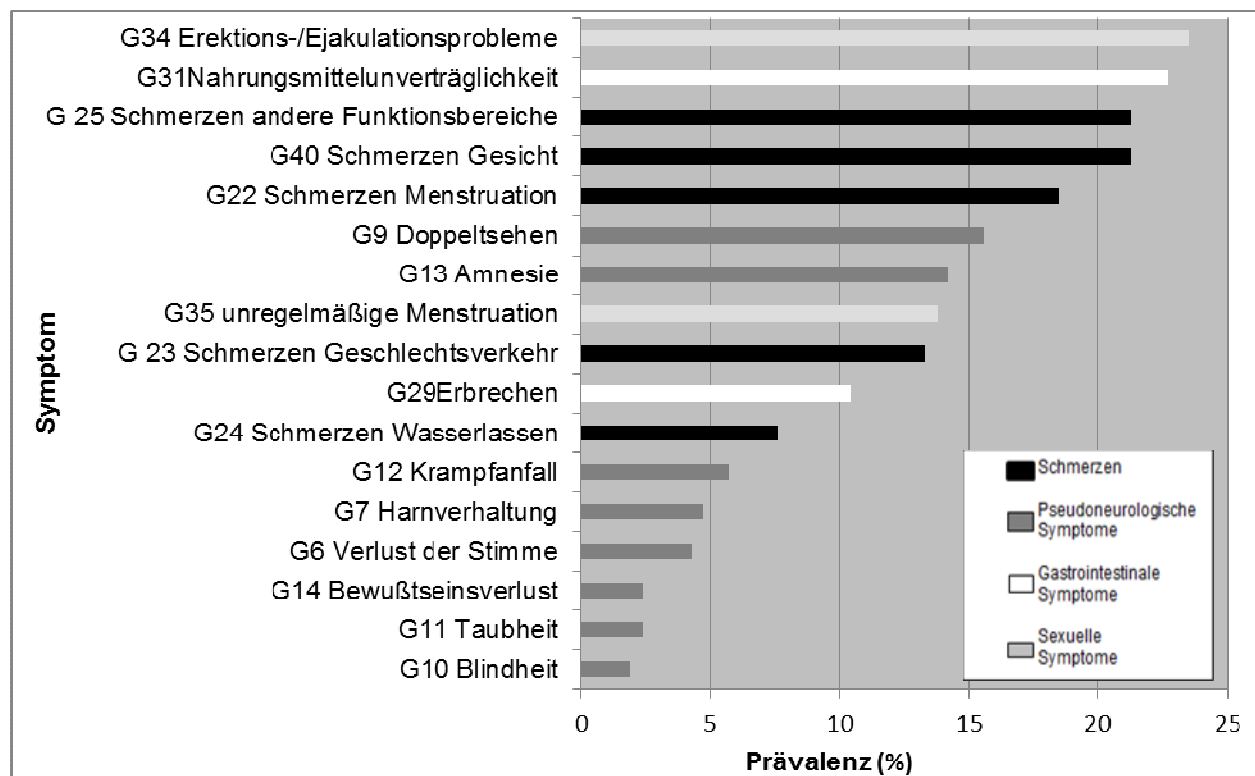


Abb. 6: Prävalenz seltener Symptome

#### Prävalenz der SKID- Symptomgruppen:

Wie bereits weiter oben erwähnt wurde, stammen die im SKID erfassten somatoformen Symptome aus den Bereichen pseudoneurologische Beschwerden, Schmerzen, gastrointestinale Symptome und sexuelle Funktionsstörungen und lassen sich dementsprechend diesen Überbegriffen zuordnen. Auch für diese Symptomgruppen wurden die Häufigkeiten berechnet (s. Abb. 7):

- Schmerzen: Das Vorliegen mindestens eines somatoformen Schmerzsymptoms ist Teil der PISO-Einschlussbedingungen im Rahmen der Einschlussdiagnose *schmerzdominante multisomatoforme Störung*. (s. Kap. 3.1.2). Dementsprechend weist diese Symptomgruppe

eine Prävalenz von 100% auf, d.h. jeder Patient litt an mindestens einem Schmerzsymptom. Am häufigsten waren dabei Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Gelenkschmerzen, sowie Schmerzen an Armen und Beinen abgesehen von Gelenkschmerzen.

- Pseudoneurologische Beschwerden: Diese Symptomgruppe weist eine bemerkenswert hohe Prävalenz von 98,1% auf. Nur 4 Probanden gaben keinerlei pseudoneurologische Symptome an! Die häufigsten Beschwerden aus dieser Gruppe sind vermehrte Erschöpfbarkeit, Schwindel und Störungen der Koordination und Balance. Gleichzeitig enthält diese Gruppe auch sehr seltene Symptome wie z.B. Harnverhalt, Taubheit und Blindheit.

- Gastrointestinale Symptome: 73,9% der Probanden klagten über gastrointestinale Symptome, am häufigsten Blähungen/Völlegefühl und Übelkeit. Eher selten war dagegen Erbrechen.

- Sexuelle Funktionsstörungen: Die Prävalenz dieser Symptomgruppe liegt bei 42,7%, wobei das häufigste Symptom aus diesem Bereich sexuelle Gleichgültigkeit ist.

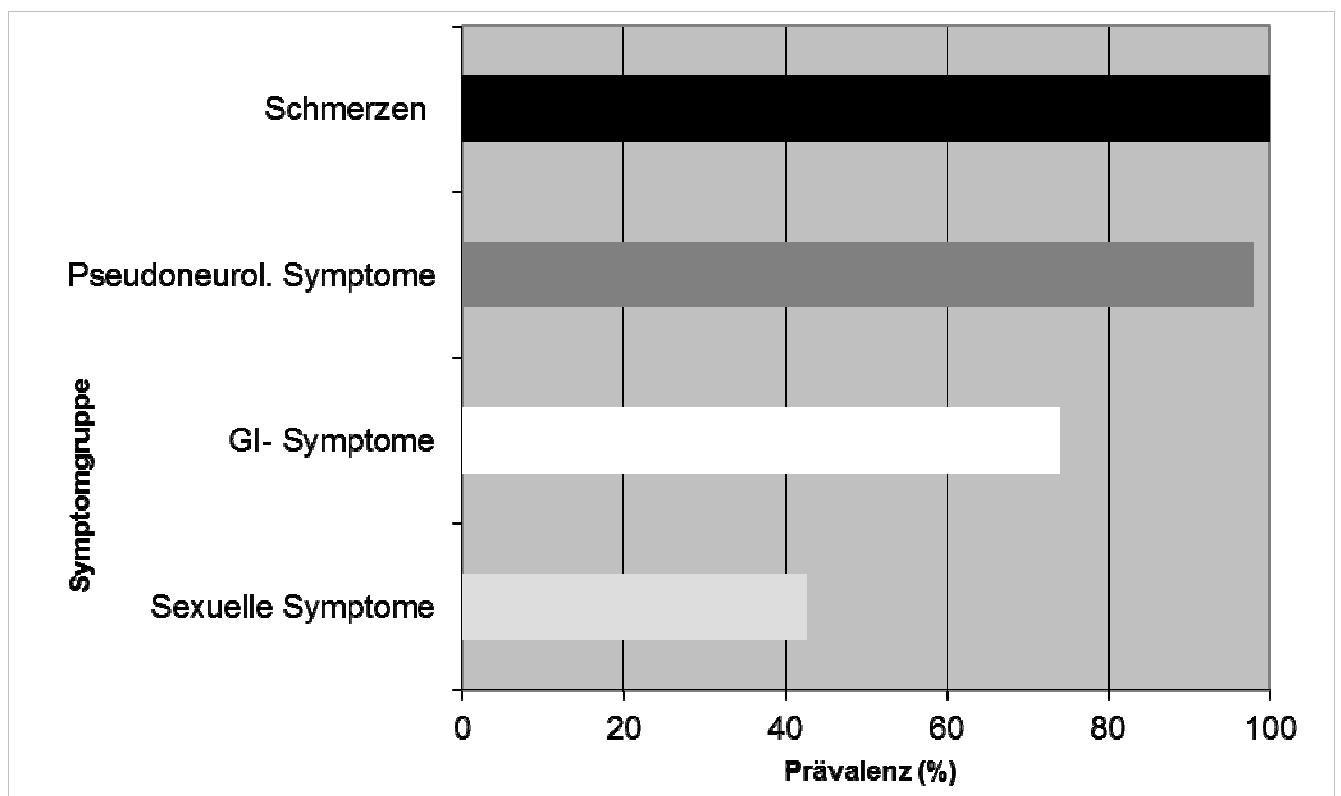


Abb. 7: Prävalenz der Symptomgruppen

#### 4.1.2 Symptomsummen

Als nächstes soll festgehalten werden, wie viele somatoforme Symptome bei den Studienteilnehmern vorlagen. Im vorhergehenden Abschnitt wurden bereits Überlegungen dazu angestellt: Aufgrund der Einschlussdiagnose multisomatoforme Störung mit einer Schwelle von mindestens drei Symptomen, war davon auszugehen, dass die Patienten durchaus eine größere Zahl somatoformer Beschwerden aufweisen, zumal die Symptome auch fluktuieren können.

In Tab. 4 sind die Werte für die einzelnen Symptomgruppen aufgelistet

Tab. 4: Durchschnittliche Symptomsummen

<b>Symptomgruppe</b>		<b>Aktuelle Symptome</b> (im letzten Monat)	<b>Symptome insgesamt</b> (in den letzten 2 Jahren)
<b>pseudoneurologisch</b>	Median	4	5
	Mittelwert	3,8	4,8
	SD	±1,87	± 2,29
<b>Schmerzen</b>	Median	4	5
	Mittelwert	4,5	5,00
	SD	± 1,88	± 2,11
<b>gastrointestinal</b>	Median	1	2
	Mittelwert	1,6	2,00
	SD	± 1,27	± 1,37
<b>sexuell</b>	Median	< 1	< 1
	Mittelwert	0,50	0,60
	SD	± 0,60	± 0,65
<b>Symptomsumme gesamt</b>	Median	<b>10</b>	<b>12</b>
	Mittelwert	10,27	12,37
	SD	± 3,99	± 4,93

SD = Standardabweichung

Tatsächlich litten die Studienteilnehmer bei Studieneinschluss aktuell im Mittel an 10 verschiedenen Körperbeschwerden. Über den längeren Zeitraum von zwei Jahren betrachtet, geben die Patienten im Durchschnitt 12 Symptome an.

Betrachtet man die Anzahl der Symptome getrennt nach SKID-Symptomgruppen, so wird deutlich, dass vor allem Schmerzen und pseudoneurologische Symptome angegeben wurden. Im Durchschnitt gaben die Patienten jeweils vier aktuelle Symptome aus dem Bereich Schmerzen und pseudoneurologische Funktionsstörungen an. Aus dem Bereich der gastrointestinalen Funktionsstörungen wurde durchschnittlich nur ein Symptom angegeben, auch die sexuellen Funktionsstörungen spielten zahlenmäßig eher eine untergeordnete Rolle.

#### **4.1.3 Zeitlicher Verlauf der Symptome und Chronizität der Beschwerden**

Neben dem aktuellen Beschwerdebild wurde bei den Patienten zu Beginn der Studie auch die Geschichte somatoformer Symptome erfasst. Eine relevante Beschwerdegeschichte ist gemäß der diagnostischen Kriterien für die multisomatoforme Störung dann gegeben, wenn das Symptom fortlaufend über mindestens zwei Jahre hinweg und an mindestens der Hälfte der Tage vorhanden war. Jeder der in die Studie eingeschlossenen Patienten weist mindestens ein solches somatoformes Symptom auf. Die Hälfte der Studienteilnehmer hat zwischen zwei und fünf, ein weiteres Drittel bis zu zehn verschiedene solchen Beschwerden. Im Mittel litten die Patienten an 6 verschiedenen solchen Symptomen (SD = 3,66).

Um aufzuzeigen, welche Symptome eher chronisch-stabile Verläufe aufweisen bzw. welche Symptome akut oder intermittierend auftreten, wurde die Persistenzrate berechnet, d.h. die Anzahl der von einem Symptom insgesamt betroffenen Patienten wurde ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der Patienten, die dieses Symptom in seiner chronischen Form aufweisen. Die Persistenzrate wird im Folgenden in % angegeben (Abb. 8 – 10).

Rückenschmerzen nahmen besonders häufig einen chronischen Verlauf: Wenn bei einem Patienten dieses Symptom auftrat, verlief es zu 80% chronisch. Insgesamt litten 70% aller Befragten an chronischen Rückenschmerzen. Darüber hinaus zählen auch Schmerzen weiterer Lokalisationen zu den Symptomen mit ausgeprägter Tendenz zur Chronifizierung: Patienten mit Schmerzen der Gelenke, der Extremitäten, anderer Funktionsbereiche und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr wiesen zu rund zwei Dritteln chronische Verläufe

ihrer Beschwerden auf; bei Patienten mit Kopf- oder Unterleibsschmerzen waren es ca. die Hälfte. Im Durchschnitt litten die Studienteilnehmer damit an drei verschiedenen chronischen Schmerzsymptomen (SD = 1,73).

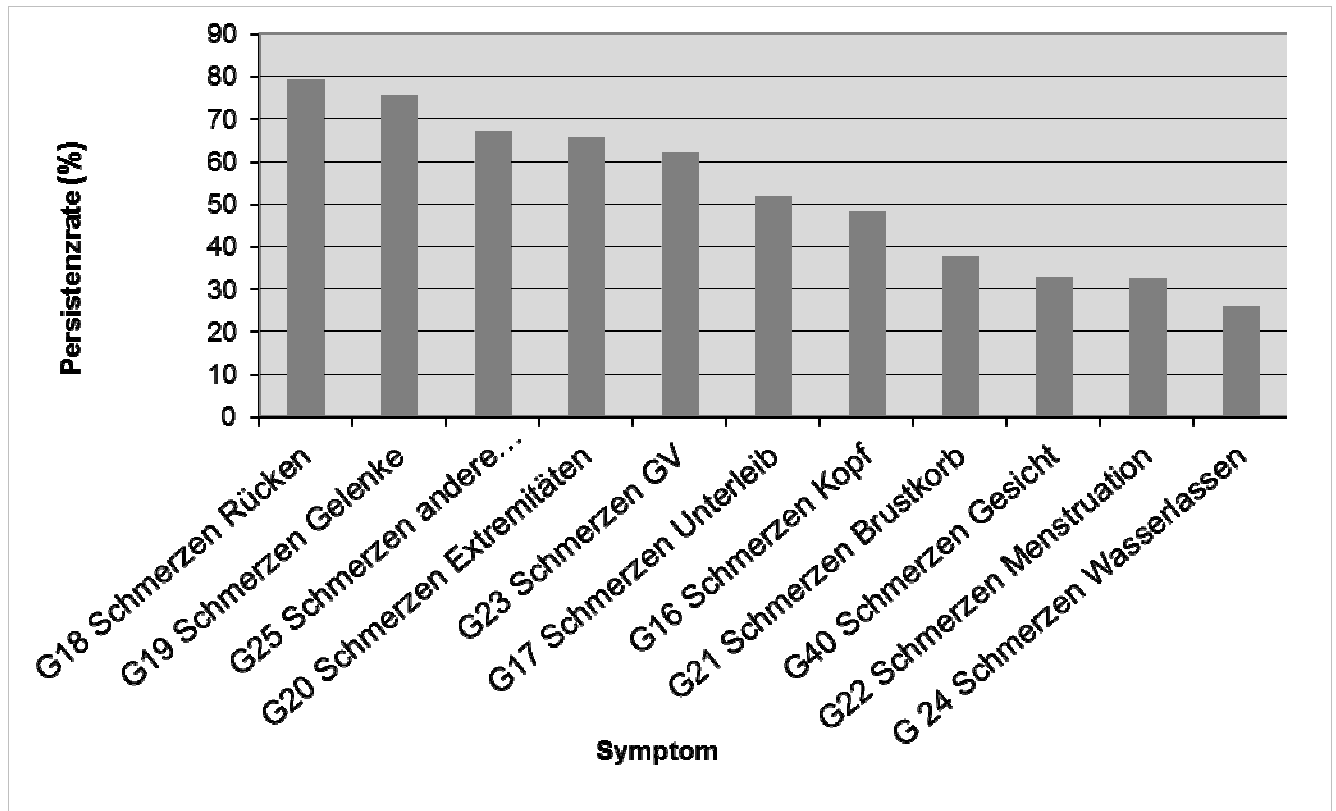


Abb. 8: Persistenzrate der Schmerzsymptome

Einen hohen Anteil an chronischen Verläufen gibt es auch bei der vermehrten Erschöpfbarkeit: 69% der Betroffenen litten bereits in den letzten zwei Jahren mindestens jeden zweiten Tag darunter. Damit lag bei 60% aller Studienteilnehmer chronische Erschöpfung vor.

Die pseudoneurologischen Symptome stellen sich bezüglich ihrer Chronifizierungstendenz ansonsten sehr inhomogen dar. Einige Symptome verlaufen recht häufig chronisch. Dazu zählt neben der schon erwähnten vermehrten Erschöpfbarkeit v. a. beeinträchtigte Koordination oder Balance.

Die meisten pseudoneurologischen Funktionsstörungen wie Verlust der Stimme, Blindheit oder Taubheit hingegen zeigten bei den Betroffenen kaum chronische Verläufe, sondern treten akut auf oder fluktuieren stark. Insgesamt litten die Patienten im Mittel an einem pseudoneurologischen Symptom mit chronischem Verlauf. (SD = 1,2)

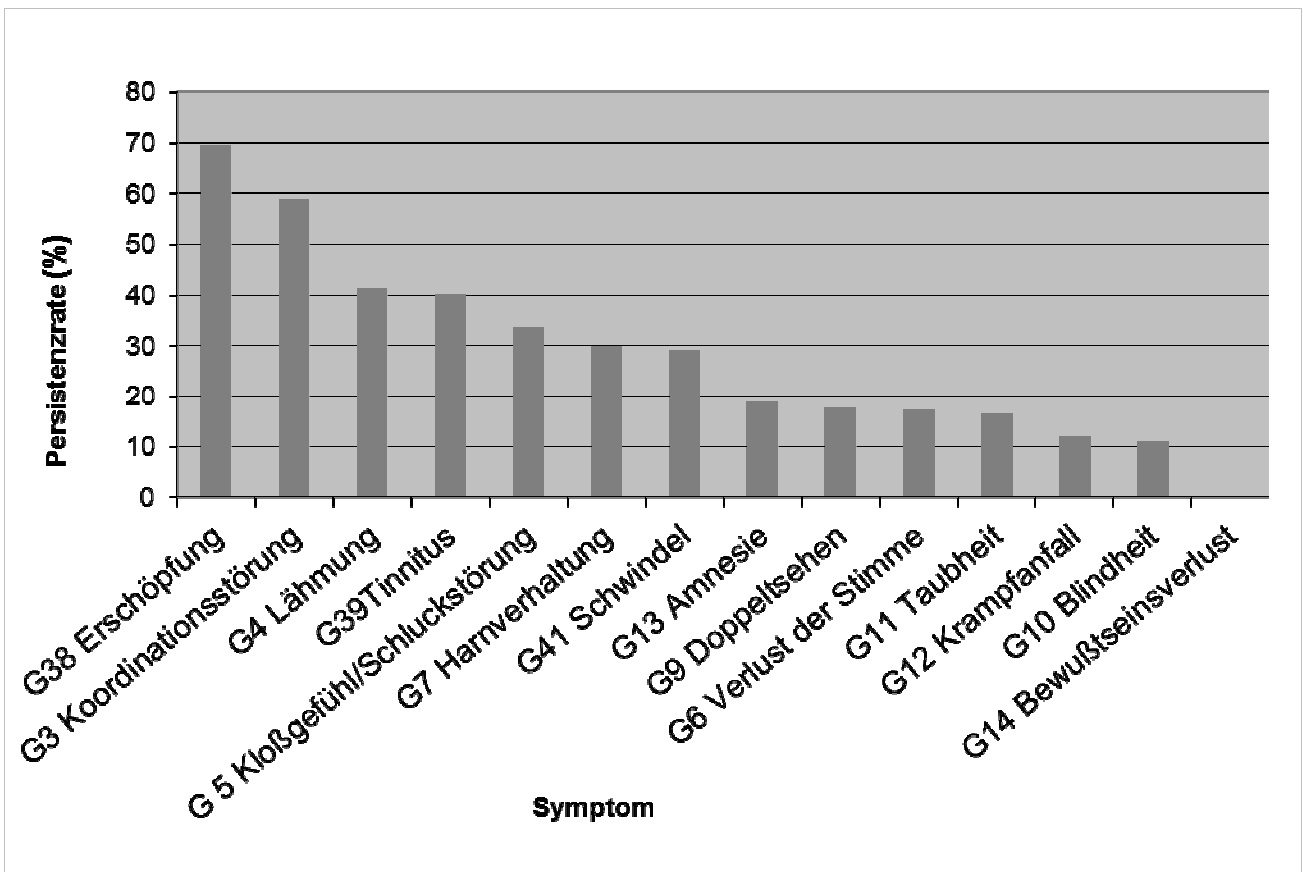


Abb. 9: Persistenzrate der pseudoneurologischen Symptome

Ähnlich ist die Situation bei den gastrointestinalen Beschwerden. Die Symptome Blähungen und Nahrungsmittelunverträglichkeiten nehmen bei mehr als der Hälfte der Betroffenen einen chronischen Verlauf, die anderen Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts treten selten über einen längeren Zeitraum hinweg regelmäßig auf. Sexuelle Funktionsstörungen, v. a. sexuelle Gleichgültigkeit, zeigten häufig chronische Verläufe, so dass ein Drittel der Studienteilnehmer ein chronisches Symptom aus dieser Gruppe aufweist.



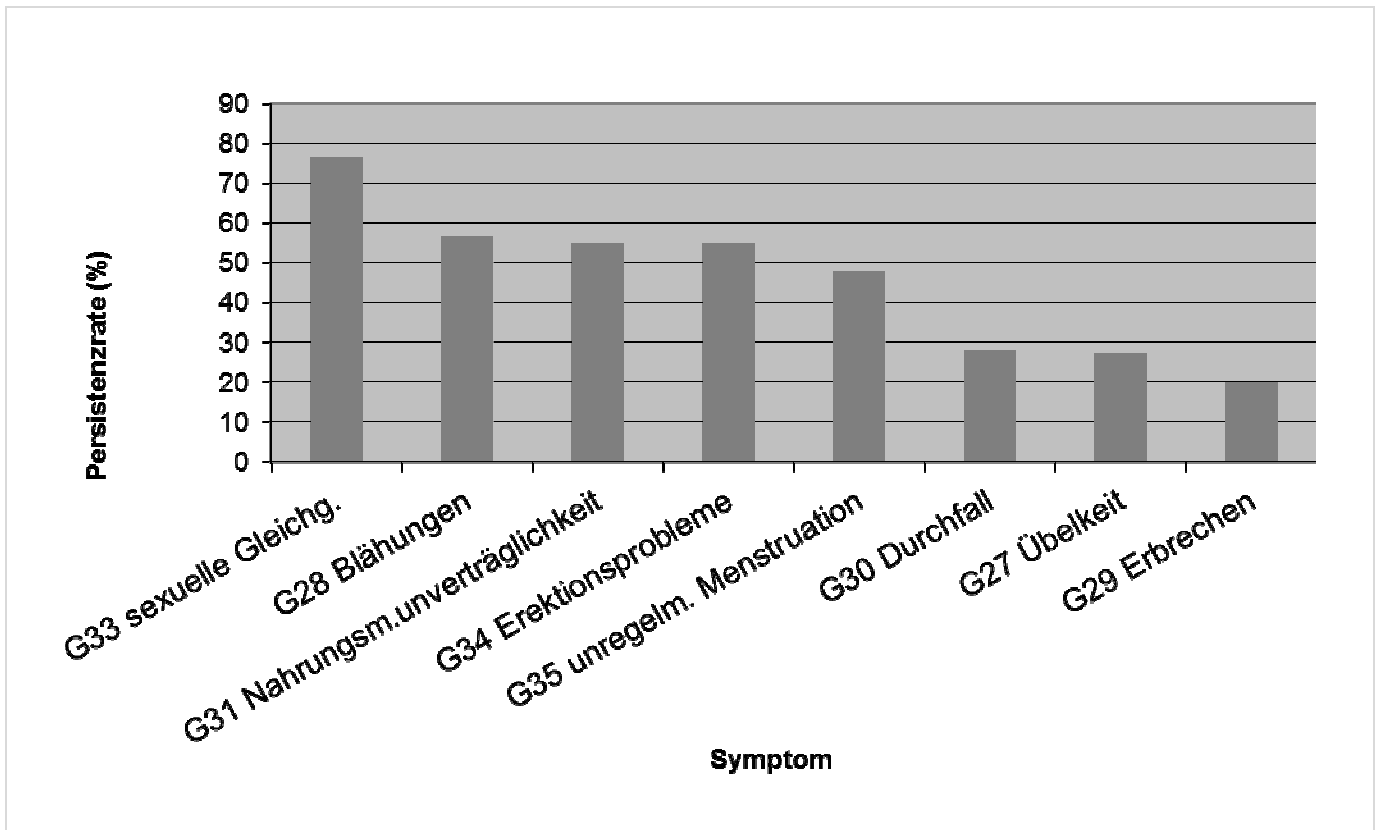


Abb. 10: Persistenzrate der gastrointestinalen und sexuellen Symptome

#### 4.2 Hauptkomponentenanalyse: Symptomcluster

In den beiden vorhergehenden Kapiteln wurden die verschiedenen Symptome jeweils einzeln für sich, bzw. geordnet nach Symptomarten betrachtet. Im folgenden Kapitel soll auf darauf eingegangen werden, ob und inwiefern sich Symptom- Faktorkombinationen finden lassen.

Zu diesem Zweck wurde ein clusterbildendes Verfahren durchgeführt. Als Variablen einbezogen wurden alle geschlechtsunabhängigen Symptome mit einer 2-Jahres-Prävalenz von mehr als 15%, d.h. 23 Symptome gingen als Variablen in die Analyse ein.

Mittels einer Hauptkomponentenanalyse wurden sechs Cluster extrahiert und durch eine Varimax-Rotation optimiert. Zur Bildung der im Folgenden beschriebenen Symptom- Faktorkombinationen wurden jeweils die Variablen herangezogen, die mit einem Wert  $\alpha \geq 0.4$  auf den entsprechenden Faktor luden. Die Ladung  $\alpha$  einer Variablen auf einen Faktor entspricht dabei der Korrelation der Variablen mit dem Faktor  $n$ . Variablen, die auf mehr als einen Faktor mit  $\alpha \geq 0,4$  luden, wurden dem Faktor zugeordnet, auf den sie die größere Ladung aufwiesen. Einen Überblick über das

Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse, die rotierte Komponentenmatrix, liefert Tab. 5. Die so ermittelten Symptom- Faktorkombinationen werden im Folgenden Symptom- Faktorkombinationen oder Symptomcluster genannt und dürfen nicht mit den SKID- Symptomgruppen verwechselt werden, deren Einteilung aus der Struktur des SKID- Interviews übernommen wurde.

Die Bezeichnungen für die sechs Symptom- Faktorkombinationen wurden nach pragmatischen, klinischen Gesichtspunkten ausgewählt.

Der erste Symptom- Faktorkombination beinhaltet drei Schmerzsymptome, die den Bewegungsapparat betreffen, nämlich Schmerzen des Rückens, der Gelenke und der Extremitäten, sowie zusätzlich beeinträchtigte Koordination oder Balance und wird im Folgenden „Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörungen“ genannt. Bei den vier Symptomen dieser Kombination handelt es sich um Beschwerden mit sehr hohen oder hohen Prävalenzen; fast die Hälfte der Studienteilnehmer wies bei Therapiebeginn alle vier Körperbeschwerden gleichzeitig auf, so dass man hier auch von einem „Kerncluster“ sprechen kann.

Eine weitere Symptom- Faktorkombination „Angst“ umfasst die Symptome Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Brustkorb und sexuelle Gleichgültigkeit, von denen die ersten drei zu den häufigsten und auch in DSM-IV definierten Zeichen einer Panikattacke gehören. Sexuelle Gleichgültigkeit als relativ unspezifisches Symptom im Rahmen verschiedenster (psychischer) Gesundheitsstörungen wird ebenfalls durch diese Symptom- Faktorkombination repräsentiert.

Die gastrointestinalen Funktionsstörungen Blähungen und Durchfall sowie Unterleibschmerzen, die im Zusammenhang mit den beiden erstgenannten Beschwerden ebenfalls der gastrointestinalen Symptomgruppe zugeordnet werden können, bilden zusammen mit dem pseudoneurologischen Symptom Tinnitus ein drittes Symptomcluster „Gastrointestinale Beschwerden + Tinnitus“.

Eine vierte Symptom- Faktorkombination besteht ausschließlich aus „pseudoneurologischen Beschwerden“. Sie beinhaltet Lähmung / lokalisierte Schwäche, Doppelsehen, Amnesie, Schwindel und vermehrte Erschöpfbarkeit.

„Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ außer den explizit erfassten Lokalisationen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr werden durch eine fünfte Symptom-Faktorkombination beschrieben. Die einzige der 23 Variablen, die von keiner der Symptom-Faktorkombinationen gut, d.h. mit  $a \geq 0,4$  repräsentiert wird, nämlich Nahrungsmittelunverträglichkeit, wäre ebenfalls am ehesten dieser fünften Symptom-Faktorkombination zuzuordnen.

Ein sechstes Symptomcluster schließlich betrifft den „Kopf-/Halsbereich“. Es umfasst Schluckstörungen/ Kloßgefühl, Kopfschmerzen und Gesichtsschmerzen.

Es fällt auf, dass diese Komponentenlösung in ihren Grundzügen stark der in DSM-IV und auch im SKID vorgenommenen Einteilung der somatoformen Symptome in Schmerzen, pseudoneurologische und gastrointestinale Beschwerden folgt, wobei sexuelle und damit, mit Ausnahme der sexuellen Gleichgültigkeit, geschlechtsabhängige Symptome hier von der Analyse ausgeschlossen waren.

Die Symptomcluster stellen eine wichtige Grundlage für die Beschreibung der Symptomatik und ihrer Zusammenhänge mit soziodemografischen, psychologischen und psychopathologischen Aspekten in den nächsten Kapiteln dar.

Die Cluster werden dazu durch ihren jeweiligen Summenscore charakterisiert. Die Symptom-Faktorkombination „Pseudoneurologische Beschwerden“ besitzt einen maximalen Symptomsummenscore von 5, „Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörung“, „Angst“, „Gastrointestinale Beschwerden + Tinnitus“ von 4, „Beschwerden im Kopf-/Halsbereich“ von 3 und „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ von 2 Symptomen.

Tab. 5: Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse<sup>4</sup>

	Komponenten					
	1	2	3	4	5	6
<b>„Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörung“</b>						
Koordinationsstörung	<b>0,58</b>					
Schmerzen Rücken	<b>0,67</b>					
Schmerzen Gelenke	<b>0,60</b>					
Schmerzen Extremitäten	<b>0,75</b>					
<b>„Angst“</b>						
Schmerzen Brust		<b>0,44</b>				
Übelkeit		<b>0,71</b>				
Erbrechen		<b>0,53</b>				
Sex. Gleichgültigkeit		<b>0,49</b>				
<b>„Gastrointestinale Beschwerden + Tinnitus“</b>						
Tinnitus			<b>0,62</b>			
Schmerzen Unterleib			<b>0,45</b>			
Blähungen			<b>0,60</b>			
Durchfall			<b>0,45</b>			
<b>„Pseudoneurologische Beschwerden“</b>						
Lähmung/lokalisierte Schwäche				<b>0,51</b>		
Doppeltsehen				<b>0,54</b>		
Amnesie				<b>0,59</b>		
Schwindel				<b>0,51</b>		
Erschöpfung				<b>0,45</b>		
<b>„Schmerzen and. Funktionsbereiche“</b>						
Schmerzen GV					<b>0,61</b>	
Schmerzen anderer Funktionsbereiche					<b>0,78</b>	
<i>(Nahrungsmittelunverträglichkeit)</i>					<i>(0,39)</i>	
<b>„Beschwerden im Kopf-/Halsbereich“</b>						
Schluckstörung/Kloßgefühl						<b>0,51</b>
Schmerzen Kopf						<b>0,64</b>
Schmerzen Gesicht						<b>0,49</b>

<sup>4</sup> Die vollständige Version der rotierten Komponentenmatrix befindet sich im Anhang.

### 4.3 Zusammenhänge der Symptomatik mit soziodemografischen Merkmalen

In diesem Kapitel werden drei Aspekte der Symptomatik, nämlich Symptomsumme, die einzelnen Symptome an sich und die in Kap. 4.2 vorgestellten Symptom-Faktorkombinationen auf ihren Zusammenhang mit den drei wichtigen soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht und Bildung untersucht.

1. Symptomsumme: Für keines der drei soziodemografischen Merkmale ließ sich ein signifikanter Zusammenhang mit der Anzahl der im SKID erfragten Körperbeschwerden ermitteln. Frauen berichten im Mittel über geringfügig mehr Symptome (12,9 vs. 11,5), der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant. Auch Alter und Bildungsstand korrelierten nicht mit der Symptomsumme in SKID.
2. Einzelne Symptome: Sechs der 30 untersuchten SKID-Symptome wiesen bei Frauen deutlich höhere Prävalenzen auf als bei Männern, dagegen war kein Symptom bei Männern deutlich häufiger zu finden als bei Frauen. Am stärksten ausgeprägt war der Effekt bei den Beschwerden Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Schmerzen beim Wasserlassen, die Frauen fünfmal häufiger betreffen. Zudem litten Frauen dreimal so häufig an Schmerzen im Gesicht und mehr als doppelt so häufig an Schmerzen anderer Funktionsbereiche, Schmerzen der Brust und sexueller Gleichgültigkeit wie Männer. (s. Tab. 6).

Tab. 6: Zusammenhang der einzelnen Symptome mit dem Geschlecht<sup>5</sup>

Symptom	2-Jahres-Prävalenz (in %) (♀: ♂)	OR (Frauen) (95 % KI)
Brustschmerzen	47,7 : 30,9	2,04 (1,10 – 3,79)
Schmerzen im Gesicht	33,8 : 14,5	2,97 (1,38 – 6,37)
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	24,5 : 5,9	5,22 (1,76- 15,48)
Schmerzen beim Wasserlassen	18,5 : 4,4	4,91 (1,42 – 16,94)
Schmerzen anderer Funktionsbereiche	29,2 : 14,7	2,40 ( 1,11 – 5,18)
Sexuelle Gleichgültigkeit	42,3 :26,5	2,04 (1,07 – 3,78)

<sup>5</sup> Die vollständige Version der Tabelle mit allen SKID- Symptomen mit befindet sich im Anhang.

Für weitere sechs Symptome war eine signifikante Altersabhängigkeit zu beobachten. Dabei handelt es sich um Koordinationsstörungen, Schmerzen der Gelenke, Schmerzen der Extremitäten und Erektions-/Ejakulationsschwierigkeiten, die mit dem Alter zunahm, sowie um Schmerzen während der Menstruation und unregelmäßige Menstruationsphasen, die mit dem Alter abnahmen, wobei sich letzteres durch Eintreten der Menopause erklären lässt. Nähere Angaben liefert Tab. 7. Alle anderen Symptome wiesen keine signifikante Altersabhängigkeit auf.

Tab.7: Zusammenhang der einzelnen Symptome mit dem Alter

	Altersmittelwert (in Jahren) der Patientengruppe		
	ohne Symptom	mit Symptom	p-Wert
<b>Koordinationsstörung</b>	<b>45,5</b> (SD ±12,6)	<b>49,5</b> (SD ±11,0)	<b>0,029</b>
<b>Schmerzen Gelenke</b>	<b>44,3</b> (SD ± 12,4)	<b>49,6</b> (SD ± 11,1)	<b>0,007</b>
<b>Schmerzen Extremitäten</b>	<b>44,5</b> (SD ± 13,4)	<b>49,6</b> (SD ± 10,7)	<b>0,003</b>
<b>Erektionsstörungen</b>	<b>45,2</b> (SD ± 11,9)	<b>52,5</b> (SD ± 10,8)	<b>0,019</b>
<b>Schmerzen Menstruation</b>	<b>49,1</b> (SD ± 11,9)	<b>43,4</b> (SD ± 8,9)	<b>0,013</b>
<b>Unregelmäßige Menstruation</b>	<b>49,4</b> (SD ± 11,2)	<b>40,1</b> (SD ± 11,4)	<b>0,000</b>

Lediglich ein Symptom zeigte eine schwache, aber signifikante statistische Korrelation mit der Variablen Bildung ( $r_s = - 0,21$ ,  $p = 0,003$ ). Dabei handelt es sich um Schmerzen des Unterleibs, die bei Studienteilnehmern mit geringem Bildungsniveau (kein Schulabschluss, Sonderschule, Hauptschulabschluss) eine höhere Prävalenz aufwiesen als bei Probanden mit höheren Schulanschlüssen.

3. Symptom- Faktorkombinationen: Zwei Symptom- Faktorkombinationen wiesen einen signifikanten statistischen Zusammenhang mit dem Geschlecht auf. Sowohl die Symptom- Faktorkombination „Angst“ als auch die Symptom- Faktorkombination „

Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ zeigt bei Frauen signifikant höhere Summenscores. Dieses Ergebnis stimmt auch mit den weiter oben beschriebenen Assoziationen der einzelnen, durch die Symptom- Faktorkombinationen repräsentierten Symptome mit weiblichem Geschlecht überein.

Tab. 8: Zusammenhang der Symptom- Faktorkombinationen mit dem Geschlecht

	Wertebereich der Symptomsumme des jeweiligen Faktors	Symptomsumme des jeweiligen Faktors		p-Wert
		Frauen	Männer	
<b>Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörung</b>	0-4	3,0 (SD ± 1,2)	3,0 (SD ± 1,1)	0,934
<b>Angst</b>	0-4	<b>1,6</b> (SD ± 1,2)	<b>1,2</b> (SD ± 1,1)	<b>0,021</b>
<b>Gastrointestinale Beschwerden+Tinnitus</b>	0-4	1,9 (SD ±1,3)	2,1 (SD ±1,2)	0,236
<b>Pseudoneurologische Beschwerden</b>	0-5	2,7 (SD ±1,3)	2,5 (SD ± 1,2)	0,432
<b>Schmerzen anderer Funktionsbereiche</b>	0-3	<b>0,5</b> (SD ± 0,7)	<b>0,2</b> (SD ± 0,5)	<b>0,001</b>
<b>Beschwerden Kopf-/ Halsbereich</b>	0-3	1,6 (SD ± 0,9)	1,4 (SD ± 0,8)	0,097

Ähnlich verhält es sich mit dem Symptomcluster „Schmerzen des Bewegungsapparates + Koordinationsstörungen“: Hier zeigten drei der zugehörigen Einzelsymptome eine Altersabhängigkeit, die folgerichtig auch für das Cluster insgesamt gilt. ( $r_s = 0,21$ ;  $p = 0,03$ ). Eine Assoziation mit dem Bildungsstand besteht dagegen bei keinem der Symptomcluster.

Über den Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die Symptomatik der hier untersuchten Studiengesamtheit lässt sich somit zusammenfassend Folgendes sagen: Ein Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Variablen Geschlecht, Alter und Bildung und der Anzahl der somatoformen Symptome im SKID wurde nicht nachgewiesen. Einzelne Symptome zeigten z.T. deutliche Assoziationen mit weiblichem Geschlecht, andere wiesen eine Altersabhängigkeit auf. Diese Effekte ließen sich teilweise auch bei den zugehörigen Symptom- Faktorkombinationen nachweisen. Bildung scheint insgesamt kaum Einfluss auf die Symptomatik zu haben.

#### **4.4 Zusammenhänge der Symptomatik mit psychologischen und psychopathologischen Merkmalen**

##### **4.4.1 Deskription psychologischer und psychopathologischer Merkmale der Stichprobe**

77,8% der Patienten wurden im PHQ-9 positiv für eine Depression gescreent: 22,1% erfüllten die Kriterien einer Minor Depression, bei 55,7% lag eine Major Depression vor (N= 149). Eine Depression trat gehäuft im mittleren Erwachsenenalter auf: Probanden zwischen 33 und 62 Jahren litten mehr als dreimal so häufig darunter wie ihre Mitpatienten unter 32 bzw. über 62 Jahren, Geschlecht und Bildung dagegen hatten keinen signifikanten Einfluss.

Bei 68 Probanden (34,3%) wurde im PHQ eine generalisierte Angststörung ermittelt, bei 40 Probanden (20,6%) eine Panikstörung. Die drei untersuchten soziodemografischen Variablen hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Vorhandensein dieser beiden Störungsbilder.

84,7% der Studienteilnehmer litten an erhöhter Gesundheitsangst, hier definiert als ein Whiteley-Index  $\geq 4$  (N = 101). Signifikante Unterschiede für Geschlecht, Alter und Bildung waren wiederum nicht zu beobachten.

Somit lässt sich feststellen, dass die Prävalenz (hier 4-Wochen-Prävalenz) von Depression, generalisierter Angststörung, Panikstörung und erhöhter Gesundheitsangst im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bzw. Patienten der Primärmedizin bei den Studienteilnehmern insgesamt signifikant erhöht ist. (vgl. Benedikt et al, 2007; Henningsen, 2003; Jacobi et al., 2004)

##### **4.4.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten der Stichprobe**

Die körperliche Lebensqualität stellte sowohl ein wichtiges Einschlusskriterium als auch den primären Endpunkt der Studie dar. Im Mittel betrug der körperliche Summenscore in SF-36 zu Beginn der Therapie (KSK t0) 29,33 Punkte ( $\pm 6,7$  SD, Median 29,16) und lag damit deutlich unter der Bevölkerungsnorm.

Der psychische Summenscore (PSK t0) lag im Durchschnitt bei 35,93 Punkten ( $\pm 12,14$  SD; Median 33,2) und damit ebenfalls deutlich unter der Bevölkerungsnorm. (N = 206).



Signifikante statistische Korrelationen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Alter, Geschlecht und Bildung für diese Stichprobe nicht festgestellt.

#### 4.4.3 Symptomatik und psychische „Komorbidität“

Im vorhergehenden Kapitel wurde bereits die psychische Komorbidität der Studienteilnehmer dargestellt (zum Begriff „Komorbidität“ s. Kap. 2.1.3). In diesem und dem nächsten Kapitel werden die einzelnen Teilbereiche Depression, Angst- und Panikstörungen, erhöhte Gesundheitsangst und gesundheitsbezogene Lebensqualität in ihrem Zusammenhang zu bestimmten Aspekten der Symptomatik gesetzt. Im Einzelnen betrachtet werden dabei die Symptomsumme und die sechs Symptom-Faktorkombinationen. Auf Einzelsymptome wird hier nicht mehr eingegangen, da diese durch die Symptom- Faktorkombinationen repräsentiert werden.

##### 1. Symptomsumme:

Patienten mit höheren Symptomsummen litten signifikant häufiger an Depressionen: Nicht-Depressive gaben durchschnittlich 10 somatoforme Symptome im SKID an, Depressive dagegen 14. Ebenfalls signifikant ist dieser Zusammenhang für die generalisierte Angststörung, die Panikstörung und die erhöhte Gesundheitsangst.

Tab. 9: Zusammenhang Symptomsumme und Komorbidität

	Durchschnittliche Symptomsumme bei Patienten		p-Wert
	ohne entsprechende Komorbidität	mit entsprechender Komorbidität	
<b>Depression</b>	<b>10</b> (SD ± 4,1)	<b>14</b> (SD ± 5,1)	<b>0,000</b>
<b>Generalisierte Angststörung</b>	<b>12</b> (SD ± 4,7)	<b>14</b> (SD ± 5,0)	<b>0,008</b>
<b>Panikstörung</b>	<b>12</b> (SD 4,6)	<b>15</b> (SD ± 5,5)	<b>0,001</b>
<b>Vermehrte Gesundheitsangst</b>	<b>10</b> (SD ± 5,2)	<b>13</b> (SD ± 4,9)	<b>0,016</b>

## 2. Symptom- Faktorkombinationen

„Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörungen“: Patienten, die unter *Depressionen, v. a. einer Major Depression* leiden, weisen gleichzeitig hohe Symptomscores in diesem Bereich auf. Es besteht somit eine statistische Assoziation zwischen einer durch Schmerzen des Bewegungsapparates und Koordinationsstörungen bestimmten Symptomatik und dem Vorliegen von Depressionen.

„Angst“: Diese Symptom- Faktorkombination, die die Symptome Brustschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und sexuelle Gleichgültigkeit beinhaltet, ist stark assoziiert mit dem Vorliegen einer Panikstörung. Dies ist wenig überraschend, da insbesondere Brustschmerzen und abdominelle Beschwerden typische körperliche Symptome einer Panikattacke darstellen.

Bei Patienten mit starker Ausprägung der Symptom- Faktorkombination „Gastrointestinale Funktionsstörungen+ Tinnitus“ lag ebenfalls signifikant häufig eine Panikstörung vor.

Als besonders komplex im Hinblick auf die begleitende Psychopathologie stellt sich die Symptom- Faktorkombination „pseudoneurologischen Beschwerden“ dar: Patienten mit hohen Symptomscores in diesem Bereich litten gleichzeitig signifikant häufigeren an Depressionen, Panikstörungen und vermehrter Gesundheitsangst als Patienten, deren Symptomatik weniger durch pseudoneurologische Symptome charakterisiert war.

Für die Symptom- Faktorkombination „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ dagegen ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Vorhandensein komorbider psychischer Störungen finden.

Ebenfalls mit dem Vorliegen einer Panikstörung korreliert die die starke Ausprägung der FA -Symptom- Faktorkombination „Beschwerden im Kopf- /Halsbereich“.

Tab. 10 Zusammenhang Symptom- Faktorkombinationen mit der Komorbidität

	Wertebereich der Symptomsumme des jeweiligen Faktors	Symptomsumme des jeweiligen Faktors		p- Wert
		Keine Depression	Depression	
<b>Schmerzen Bewegungsapparat+ Koordinationsstörung</b>	0-4	<b>2,7</b> (SD ± 1,2)	<b>3,2</b> (SD ± 1,1 )	<b>0,031</b>
<b>Pseudoneurologische Symptome</b>	0-5	<b>2,0</b> (SD ± 1,0)	<b>3,0</b> (SD ± 1,3 )	<b>0,000</b>

		Keine Panikstörung	Panikstörung	p-Wert
<b>Angst</b>	0-4	<b>1,2</b> (SD ± 1,1)	<b>2,0</b> (SD ± 1,1)	<b>0,000</b>
<b>GI-Funktionsstörungen+Tinnitus</b>	0-4	<b>1,8</b> (SD ± 1,3)	<b>2,4</b> (SD ± 1,3)	<b>0,018</b>
<b>Pseudoneurologische Symptome</b>	0-5	<b>2,4</b> (SD ± 1,2)	<b>3,0</b> (SD ± 1,3)	<b>0,003</b>
<b>Beschwerden Kopf-Halsbereich</b>	0-3	<b>1,4</b> (SD ± 0,9)	<b>1,8</b> (SD ± 0,8)	<b>0,028</b>

		Keine Erhöhte Gesundheitsangst	Erhöhte Gesundheitsangst	p-Wert
<b>Pseudoneurologische Symptome</b>	0-5	<b>2,1</b> (SD ± 1,1)	<b>2,9</b> (SD ± 1,2)	<b>0,014</b>

#### 4.4.4 Symptomatik und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels SF-36 in den beiden Dimensionen körperliche und psychische Lebensqualität erfasst. Analog zum vorhergehenden Kapitel werden diese beiden Dimensionen im Zusammenhang mit Symptomsumme und Symptom- Faktorkombinationen betrachtet.

1. Symptomsumme:

Sowohl die körperliche als auch die psychische Lebensqualität ist signifikant, aber nur gering bis mäßig stark ( $r_s = 0,18$  bzw.  $0,23$ ) mit der Anzahl der beschriebenen Körperbeschwerden korreliert.

2. Symptom- Faktorkombination

Eine Symptom- Faktorkombination zeigt eine signifikante Assoziation mit einer verminderten körperlichen Lebensqualität. Es handelt sich dabei um „Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörungen“. Patienten, deren Symptomatik durch hohe Symptomscores in diesem Bereiche gekennzeichnet ist, haben tendenziell eine niedrigere körperliche Lebensqualität, als Patienten, deren Symptomatik besser durch andere Symptom- Faktorkombinationen beschrieben wird.

Ein Zusammenhang mit verminderter psychischer Lebensqualität findet sich für „Angst“, „Gastrointestinale Funktionsstörungen + Tinnitus“, „Beschwerden im Kopf-/ Halsbereich“ und wieder für „ Pseudoneurologische Beschwerden“. Am stärksten ausgeprägt ist dieser Zusammenhang für „Beschwerden im Kopf-/ Halsbereich“.

Das Symptomcluster „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ dagegen korrelierte als einziges nicht mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Tab. 11: Korrelation Symptom- Faktorkombinationen mit gesundheitsbezogener Lebensqualität

Symptomgruppe		Körperlicher Summenscore	Psychischer Summenscore
<b>Schmerzen Bewegungsapparat Koordinationsstörung</b>	$r_s$	<b>- 0,34</b>	0,074
	p	<b>(0,000)</b>	(0,304)
<b>Angst</b>	$r_s$	0,07	<b>- 0,17</b>
	p	(0,327)	<b>(0,016)</b>
<b>Gastrointestinale Funktionsstörungen + Tinnitus</b>	$r_s$	- 0,10	<b>- 0,21</b>
	p	(0,144)	<b>(0,004)</b>
<b>Pseudoneurologische Symptome</b>	$r_s$	- 0,12	<b>- 0,16</b>
	p	(0,088)	<b>(0,031)</b>
<b>Schmerzen anderer Funktionsbereiche</b>	$r_{sp}$	- 0,034	0,055
	p	(0,634)	(0,444)
<b>Beschwerden im Kopf-/Halsbereich</b>	$r_s$	0,042	<b>- 0,24</b>
	p	(0,560)	<b>(0,001)</b>

s = Spearman-Korrelationskoeffizient; p = p-Wert

## **4.5 Auswirkung der Symptomatik auf den Therapieverlauf**

Als Indikatoren für den Therapieverlauf werden die Veränderung der körperlichen und psychischen Lebensqualität ( $\Delta$ KSK,  $\Delta$ PSK) zwischen dem Zeitpunkt des Therapiebeginns t0 bis zum Zeitpunkt t2 ein Jahr nach Ende der Therapie, sowie die Selbsteinschätzung des Patienten bzw. die Einschätzung des Therapeuten bezüglich des Therapieerfolgs insgesamt im Helping Alliance Questionnaire (HAQ 12 und 24) herangezogen.

### **4.5.1 Auswirkung auf den Verlauf der manualisierten Kurzpsychotherapie (PISO-Intervention)**

#### 1. Symptomsumme:

Anders als bei der psychischen Komorbidität und der Lebensqualität zu beobachten war, korreliert keiner der Verlaufsindikatoren mit der Symptomsumme. Anders formuliert bedeutet das, dass die bloße Anzahl der somatoformen Symptome insgesamt zwar im Zusammenhang mit erhöhter Komorbidität und verminderter Lebensqualität, nicht aber mit dem Verlauf, bzw. potentiellen Erfolg der Therapie steht.

#### 2. Symptom- Faktorkombinationen:

Patienten, deren Symptomatik stark durch die Symptom- Faktorkombinationen und „pseudoneurologische Beschwerden“ und „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ geprägt war, d.h. die hohe Symptomsummen in diesen Symptom- Faktorkombinationen aufwiesen, konnten bezüglich ihrer psychischen Lebensqualität tendenziell schlechter als andere von der Intervention profitieren. Auf die Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten (HAQ 12) und durch den Therapeuten (HAQ 24) hatten Anzahl oder Art der Symptome keinen Einfluss.

#### 4.5.2 Auswirkungen auf den Verlauf der Kontrollbedingung (EMC)

##### 1. Symptomsumme:

Für die verbesserte medizinische Versorgung gilt dasselbe wie für die PISO-Intervention. s. Kap. 4.5.1

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Intervention signifikant weniger wirksam war als die manualisierte Kurzzeit- Psychotherapie.

##### 2. Symptom- Faktorkombinationen:

Studienteilnehmer mit starker Ausprägung der Symptom- Faktorkombination „Schmerzen Bewegungsapparat+ Koordinationsstörung“ schätzten den Erfolg der EMC im HAQ insgesamt eher gering ein: Die Hälfte der Patienten mit der maximalen Symptomsumme gaben an, ihr Zustand sei unverändert, 10% fanden ihren Zustand sogar schlechter als vor Therapiebeginn, 40% sprachen von einer Verbesserung. Bei Patienten mit Summenscore  $\leq 2$  fanden 56,8% ihren Zustand gebessert, 38,6% konnten keine Veränderung feststellen. Außerdem zeigten Patienten, in deren Symptomatik dieser Symptom- Faktorkombination dominierte, nur geringe Verbesserung ihrer körperlichen Lebensqualität.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Somatoforme Symptome: Prävalenzen, zeitlicher Verlauf, Symptomsummen**

#### **5.1.1 Prävalenzen der Einzelsymptome und SKID-Gruppen**

Während Untersuchungen zur Prävalenz der übergeordneten Diagnosegruppen nach ICD-10 und DSM-IV, verschiedener subsyndromaler Konstrukte und sog. funktioneller Syndrome durchaus zahlreich existieren (s. Kap. 2.2), sind Studien, in denen die Prävalenz der verschiedenen Einzelsymptome systematisch erfasst wird, seltener. Rief et al. 2001 untersuchten die Häufigkeit 53 verschiedener somatoformer Symptome per self-rating in der Allgemeinbevölkerung, Fröhlich et al. 2006 konzentrierten sich bei ihrer Studie in der Allgemeinbevölkerung auf die verschiedenen Schmerzsymptome. Die Gruppe um Fink ermittelte Prävalenzen somatoformer Symptome in einer gemischten Stichprobe internistischer, neurologischer und primärmedizinischer Patienten mittels Experten-Interview (Fink et al., 2007). Aufgrund der sehr unterschiedlichen Studienpopulationen und Einschlusskriterien sind die Ergebnisse der oben genannten Arbeiten nur eingeschränkt mit denen der vorliegenden Arbeit vergleichbar. Einen Überblick über epidemiologische Studien zur Prävalenz somatoformer Störungen und einzelner somatoformer Symptome in der Allgemeinbevölkerung und der Primärmedizin bietet die Übersichtsarbeit von Creed und Barsky (2004).

Für einen Vergleich eher geeignet ist eine Untersuchung von Nickel und Kollegen. Sie umfasst 282 Patienten aus verschiedenen somatischen Fachabteilungen und Praxen, bei denen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Somatisierungsstörung mit Leitsymptom Schmerz nach ICD-10 diagnostiziert und u.a. per SOMS-Interview differenziert worden war (Nickel et al., 2009). Eine weitere Studie zur Prävalenz einzelner organisch nicht erklärter Körperbeschwerden in der Sekundärversorgung wurde von Reid et al. (2001) an Patienten mit besonders ausgeprägtem Inanspruchnahmeverhalten („frequent attenders of secondary health care“) durchgeführt. Rief et al. untersuchten 1999 Patienten einer psychosomatischen Klinik mit multiplen somatoformen Beschwerden ebenfalls mit dem SOMS-Interview und ermittelten u. a. die Prävalenzen der Einzelsymptome und Symptomsummen (Rief et al., 1999).

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Patientenkollektiv mit einem schmerzdominanten somatoformen Syndrom aus spezialisierten Ambulanzen bzw. Facharztpraxen hinsichtlich

der Häufigkeit der einzelnen Symptome untersucht, in diesem Fall per SKID-Interview. Die Screening-Instrumente unterscheiden sich dabei hinsichtlich der Art und Zahl der erfassten Symptome. Die meisten SKID-Items werden aber auch von den anderen Instrumenten erfasst und auch die soziodemografische Zusammensetzung der Stichproben ist weitgehend vergleichbar.

Das häufigste Symptom in der vorliegenden Arbeit war vermehrte Erschöpfbarkeit mit einer Prävalenz von 83,4%, gefolgt von Rückenschmerzen (81,5%), Kopfschmerzen (71,1%), Gelenkschmerzen (70,6%) und Schmerzen der Extremitäten (67,8%).

Unter der Einschlussbedingung der schmerzdominanten multisomatoformen Störung stellen Schmerzen verschiedener Körperregionen erwartungsgemäß besonders häufig auftretende Symptome dar; die Prävalenz der SKID-Symptomgruppe Schmerzen beträgt definitionsgemäß 100%. Allerdings gehören Schmerzsymptome, insbesondere Schmerzen des Bewegungsapparates und Kopfschmerzen, häufig auch Bauchschmerzen und Brustschmerzen, auch in anderen untersuchten Populationen zu den Körperbeschwerden mit den höchsten Prävalenzen: Für die Allgemeinbevölkerung geben Rief et al. (2001) die Prävalenz somatoformer Rückenschmerzen mit 30% an, gefolgt von Gelenkschmerzen (25%), Schmerzen in den Extremitäten (20%) und Kopfschmerzen (19%). Diese Symptome sind damit die häufigsten überhaupt in dieser Patientengruppe. Ähnliches gilt für die gemischt primär-sekundärmedizinische Studienpopulation in der Untersuchung von Fink (2007). Hier stellen Extremitäten- und Rückenschmerzen (20 bzw. 19%) die Beschwerden mit der zweit- bzw. dritthöchsten Prävalenz dar. In der Patientenstichprobe aus der Sekundärmedizin wurde von Reid 2001 eine Prävalenz von 69% für Rückenschmerzen und 63% für Kopfschmerzen ermittelt. Als häufigstes somatoformes Symptom zeigten sich in dieser Untersuchung die Bauchschmerzen incl. Veränderung der Stuhlgewohnheiten (73%).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass organisch nicht erklärbare Schmerzen unabhängig vom medizinischen Setting und methodischen Kriterien die häufigsten somatoformen Symptome überhaupt darstellen, eine somatoforme Störung also per se oft „schmerzdominant“ ist.

Schmerzen des Bewegungsapparates, speziell des unteren Rückens („low back pain“) finden in der Literatur nicht zuletzt auch wegen ihrer hohen ökonomischen Bedeutung große Beachtung: „Chronischer Rückenschmerz ist die häufigste Schmerzlokalisierung und stellt heute eine der großen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der



Industrienationen dar. (...) Dabei sind psychosoziale Einflussfaktoren bei etwa 80% aller Schmerzkranken relevant und in speziellen Schmerzeinrichtungen der Tertiärversorgung sogar bei 25–30% der Patienten überwiegend oder sogar ausschließlich für das Schmerzgeschehen pathogenetisch verantwortlich.“ (Egle und Nickel, 2008, S. 280). Es handelt sich hierbei um Beschwerden, die traditionell gesellschaftlich anerkannte Gründe für körperliche Schonung, Rückzug und Entlastung darstellen, allgemein eher als körperlich begründet angesehen werden und damit für den Patienten und seine soziale Umgebung „legitim“ sind. Gerade auch im Rahmen von Berentungswünschen spielen somatoforme Schmerzen des Bewegungsapparates eine große Rolle und sorgen somit für steigende indirekte Krankheitskosten.

Die Frage nach vermehrter Erschöpfung ist in der ursprünglichen Version des SKID-Interviews nicht enthalten und wurde im Rahmen der Modifikationen für die PISO- Studie hinzugefügt. Dies erweist sich als äußerst sinnvoll, da es sich hier um das am häufigsten beklagte Symptom überhaupt handelt. Eine Differenzierung in physische oder psychische Erschöpfung, wie dies z. T. bei anderen Instrumenten der Fall ist, erfolgte nicht. In der Untersuchung von Nickel (2009) wird die Prävalenz des Symptoms Müdigkeit mit knapp über 60% angegeben und ist damit das häufigste Symptom nach Schmerzen verschiedener Körperregionen, Reid ermittelte eine Häufigkeit von 37% (Reid et al., 2001), Rief und Hiller geben 62% an (Rief und Hiller, 1999). In den vergleichbaren Untersuchungen ist die Erschöpfung damit zwar stets recht häufig anzutreffen, jedoch nicht mit vergleichbar hohen Prävalenzen wie in der vorliegenden. Bei Fink et al. (2007) und Nickel et al. (2009) finden sich Hinweise darauf, dass die Häufigkeit dieses Symptoms mit der Gesamtzahl der Symptome eines Patienten und mit dem Vorliegen psychischer Komorbidität in Form einer Affektiven Störung oder Angststörung zunimmt. Dies ist eine denkbare Erklärung für die überaus hohe Prävalenz von Erschöpfung in der vorliegenden Studie, da auch in dieser Studienpopulation hohe Symptomsummen und psychische Komorbiditätsraten vorliegen.

Weitere Symptome mit hohen Prävalenzen stammen überwiegend aus dem Bereich der sog. pseudoneurologischen Körperbeschwerden. Dazu gehören Schwindel, Koordinationsstörungen, Lähmung/lokalisierte Schwäche, Kloßgefühl und Tinnitus. Die Gruppe der pseudoneurologischen Beschwerden gehört zu den klassischen somatoformen Beschwerden. Das DSM-IV fordert für die bereits sehr hochschwellige

Diagnose einer Somatisierungsstörung das Vorliegen von einem der 13 festgelegten pseudoneurologischen Symptome. Diese wurden für die hier verwendete Version des SKID- Interviews sinnvoll ergänzt durch die Items Erschöpfung, Schwindel und Tinnitus. In der vorliegenden Studie litten die Patienten im Durchschnitt an vier verschiedenen pseudoneurologischen Körperbeschwerden aktuell, bzw. fünf im Lauf der letzten zwei Jahre. Nur vier Probanden gaben keinerlei Beschwerden aus diesem Bereich an. Dementsprechend zählt die Neurologie zu den medizinischen Fachgebieten mit der höchsten Rate an medizinisch nicht erklärten Körperbeschwerden: bei jedem zweiten Arzt-Patientenkontakt in dieser Fachrichtung bleibt die Ursache der beklagten Körperbeschwerden medizinisch ungeklärt (Reid et al., 2001). Gara und Kollegen kamen zu dem Ergebnis, dass insbesondere das Vorliegen multipler pseudoneurologischer Symptome ein Merkmal schwerer somatoformer Störungen darstellt und für ein hohes Maß an Somatisierung spricht. Patienten mit multiplen pseudoneurologischen Beschwerden wiesen vergleichsweise hohe psychische Komorbiditätsraten und eine stark beeinträchtigte körperliche Lebensqualität auf. Das Vorhandensein von vier oder mehr pseudoneurologischen Beschwerden hat einen hohen prädiktiven Wert für das Vorliegen einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV und wird daher als Screeningvariable vorgeschlagen. (Gara et al., 1998)

Historisch betrachtet wurden speziell die pseudoneurologischen Symptome früher häufig den Konzepten der „Hysterie“, „Dissoziation“ und Konversionsstörung zugeordnet. Letzteres spiegelt sich in der in ICD-10 außerhalb der somatoformen Störungen noch existierenden Kategorie der Dissoziativen Störungen (F44.0 – F44.9) wieder. Andererseits stammen auch viele der selten auftretenden Symptome aus der Gruppe der pseudoneurologischen Körperbeschwerden. Insbesondere Bewusstseinsverlust, Verlust der Stimme, Taubheit und Blindheit gehören in jeder der hier vorgestellten untersuchten Populationen zu den am seltensten auftretenden medizinisch nicht erklärten Körperbeschwerden. Solche Symptome, die selbst in Patientenstichproben mit schweren Formen somatoformer Störungen wie der hier untersuchten extrem selten auftreten und nicht häufiger sind als in der Allgemeinbevölkerung, sind als diagnostische Kriterien wenig geeignet und daher möglicherweise als Item in Screeninginstrumenten verzichtbar (Rief und Hiller, 1999).

Gastrointestinale Symptome sind als Symptomgruppe mit rund 74% ebenfalls sehr häufig vertreten, ähnlich wie der Arbeit von Reid, in der die Häufigkeit von

Bauchschmerzen und wechselnden Verdauungsgewohnheiten mit 73% das häufigste Symptom überhaupt waren. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass Schmerzen des Unterleibes oder des Bauches mit einer Prävalenz von immerhin über 40% im SKID- Interview nicht zu den gastrointestinalen, sondern zu den Schmerzsymptomen gezählt werden. In der Gastroenterologie werden diese Beschwerden typischerweise unter dem Begriff Irritable bowel- Syndrom (Reizdarmsyndrom) subsummiert und sind ausgesprochen häufig: Fast drei Viertel (73%) der Beratungsanlässe in gastroenterologischen Ambulanzen bezieht sich auf organisch nicht erklärte gastrointestinale Symptome (Reid et al., 2001)

An sexuellen Funktionsstörungen werden im SKID- Interview entsprechend der Diagnosekriterien des DSM-IV nur drei verschiedene Symptome erfasst, die zusammen eine Prävalenz von 42,7% aufweisen. Schmerzen des Unterleibs, während der Menstruation oder während des Geschlechtsverkehrs werden den Schmerzsymptomen zugeordnet. Am häufigsten trat sexuelle Gleichgültigkeit auf, die jeden dritten Patienten betraf und damit etwa genauso häufig anzutreffen war wie in der Studienpopulation von Fink et al. (2007). Frauen waren von diesem Symptom doppelt so häufig betroffen wie Männer.

### **5.1.2 Zeitlicher Verlauf**

Acht von zehn Menschen erleben innerhalb eines Monats körperliche Beschwerden, die keine fassbare medizinische bzw. organische Ursache haben. Nur jeder Vierte begibt sich deswegen in ärztliche Behandlung und bei 75% der Patienten bessern sich die Symptome innerhalb einiger Wochen deutlich oder verschwinden ganz (Kroenke, 2003). Bei einem Teil der Patienten jedoch chronifizieren die Beschwerden offensichtlich und führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität und einer verstärkten, wiederholten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

Die diagnostischen Kriterien der verschiedenen somatoformen Störungen und der subsyndromalen Konstrukte beinhalten neben Anzahl und Art der Symptome meist auch ein Zeitkriterium, z. B. 2 Jahre für die Maximalvariante Somatisierungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV, sowie für die „multisomatoform disorder“, 6 Monate für die undifferenzierte somatoforme Störung nach DSM-IV.

Die hier untersuchten Patienten litten im Durchschnitt an sechs verschiedenen Symptomen bereits länger als zwei Jahre. Besonders häufig handelt es sich dabei um Schmerzen, insbesondere des Rückens, der Gelenke und der Extremitäten, sowie Erschöpfung und auch sexuelle Funktionsstörungen, wie sexuelle Gleichgültigkeit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Diese Symptome wiesen sehr hohe 2-Jahres-Persistenzraten von zwischen 80 und 62% auf.

Auch wenn die Art der einzelnen somatoformen Körperbeschwerden über die Zeit mehr oder weniger stark variieren kann, erweist sich das Vorliegen multipler somatoformer Symptome an sich als ein chronisches Phänomen mit hoher Stabilität.

### **5.1.3 Symptomsummen**

Die Symptomsumme, d.h. die Anzahl der bei einem Patienten vorhandenen Symptome aus einer vorgegebenen Liste von möglichen Beschwerden, ist bisher ein wesentliches Diagnosekriterium für somatoforme Störungen nach ICD-10, DSM-IV und für subsyndromale Konstrukte. „A number of studies have indicated that there is a continuous relationship between increasing somatic symptom counts and functional impairment, childhood and family risk factors, psychiatric comorbidity, health care use, and other measures of construct validity. There does not appear to be a clear-cut symptom-count threshold that would justify a specific cut point (...)” (Kroenke et al., 2007, S.280) Diese Symptomsummen-Schwelle variiert von acht bzw. sechs Symptomen als Kriterium für die Maximalvariante Somatisierungsstörung in DSM-IV bzw. ICD-10 über drei für die Multisomatoforme Störung bis zu einer für die Restkategorie undifferenzierte somatoforme Störung. Einige Autoren sprechen sich auch für geschlechtsabhängige Schwellen aus, wie z. B. Escobar bzw. Rief für SSI 4/6 und SSI 3/5 (Escobar et al., 1989, Rief et al., 1996). Inzwischen wurde von Rief eine Symptomsumme von sieben als valide Schwelle zur Unterscheidung zwischen Patienten mit niedriger bzw. Patienten mit hoher Beeinträchtigung durch die organisch nicht erklärten Körperbeschwerden postuliert (Rief und Hiller, 1999). Auch Kroenke et al. reevaluierten ihr Konzept der Multisomatoformen Störung und kamen zu dem Ergebnis, dass eine Schwelle von sieben Symptomen für die Diagnose dieser mittelschweren somatoformen Störung ideal ist (Kroenke et al., 1998).

In der vorliegenden Studie litten die Teilnehmer im Durchschnitt an zehn aktuellen somatoformen Beschwerden, davon vier Schmerzsymptome, vier pseudoneurologische, ein gastrointestinales und weniger als einem sexuellen Symptom. Zum Vergleich: Personen aus der Allgemeinbevölkerung beklagen durchschnittlich zwei organisch nicht erklärte Körperbeschwerden zum Befragungszeitpunkt (Rief et al., 2001). In der gut vergleichbaren Studienpopulation von Nickel et al. (2009) gaben die Patienten im Durchschnitt 11,6 (von 53 möglichen SOMS- Items) an. Der oben erwähnte Zusammenhang von hoher Symptomsumme und größerer psychischer und physischer Beeinträchtigung und Komorbidität ließ sich auch anhand der Daten der vorliegenden Arbeit nachweisen: Höhere Symptomsummen korrelieren mit einer stärkeren Komorbidität in Form von Depression, generalisierter Angststörung, Panikstörung und vermehrter Gesundheitsangst, sowie mit einer verminderten körperlichen und psychischen Lebensqualität.

Insofern bestätigt sich die Annahme, dass die Symptomsumme als Indikator für den Schweregrad einer somatoformen Störung geeignet ist, wobei in entsprechenden stark beeinträchtigten Populationen hohe Symptomsumme vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist ein Schwellenwert von sechs bzw. acht Symptomen für die schwerste somatoforme Störung, die Somatisierungsstörung, eher als gerechtfertigt und nicht unbedingt als exklusiv einzustufen.

Für die zukünftigen Klassifikationsansätze somatoformer Störungen wird jedoch die Betonung „positiver“ psychologischer und behavioraler Diagnosekriterien zusätzlich zu oder an Stelle der bisherigen, etwas mechanistischen Zählung der Symptomsumme anhand von Symptomlisten gefordert (Löwe et al., 2008).

## **5.2 Symptomatik: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse**

Nachdem im vorigen Kapitel ausführlich auf die Einzelsymptome eingegangen wurde, sollen im Folgenden die Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse (Kap. 4.2) näher betrachtet werden. Ziel dieses clusterbildenden Verfahrens war, neben der Reduktion des Datensatzes, die die Voraussetzung für die weitere „Verarbeitung“ in den folgenden Kapiteln darstellt, die 33 Einzelsymptome in sinnvolle Gruppen zusammenzufassen.

Zunächst einmal fällt auf, dass die SKID- Symptomgruppen Schmerzen, pseudoneurologische Beschwerden und gastrointestinale Symptome sich in der

Faktorenlösung gut wiederfinden lassen: Zwei Komponenten („Schmerzen Bewegungsapparat + Koordinationsstörungen und „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“) enthalten fast ausschließlich Schmerzsymptome, ein Faktor umfasst ausschließlich pseudoneurologische Beschwerden, ein weiterer überwiegend gastrointestinale Beschwerden. Da sexuelle Funktionsstörungen bis auf das Symptom der sexuellen Gleichgültigkeit als geschlechtsgebundene Symptome von der Clusterbildung ausgeschlossen waren, ergibt sich hier keine Entsprechung in der Komponentenlösung.

In der Literatur finden sich zahlreiche Ansätze, mittels clusterbildender Verfahren der Vielzahl möglicher organisch nicht ausreichend erklärter Körperbeschwerden eine Struktur zu geben. Die meisten basieren auf Daten aus der Allgemeinbevölkerung oder der Primärmedizin und natürlich unterscheiden sich die zugrundeliegenden Symptomlisten in Art und Zahl der erfassten Symptome und die angewendeten statistischen clusterbildenden Verfahren. Allerdings umfassen die meisten Studien zumindest einen Großteil der Symptome, die auch durch das SKID-Interview erfasst wurden, so dass ein grundsätzlicher Vergleich zwischen den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit und den anderen hier vorgestellten Studien möglich ist.

Einen Überblick bietet Tabelle 12.

Tab. 12: Studien zu Symptomclustern (modifiziert + ergänzt nach Creed u. Barsky, 2004)

	<b>Starkmann, 2012</b>	<b>Kato et al., 2010</b>	<b>Fink et al., 2007</b>	<b>Gara et al., 1998</b>	<b>Liu et al., 1997</b>
<b>Studienpopulation</b>	Pat. spezialisierter somatischer Ambulanzen	Allgemeinbevölkerung	Gemischt Primär-/Sekundärversorgung	Primärmedizin	Allgemeinbevölkerung
<b>Patientenzahl (n = )</b>	198	28.531	978	1.455	4.000
<b>Analysemethode*</b>	PCA	LCA	PCA	HICLAS	FA
<b>Symptomliste**, Anzahl der eingeschlossenen Symptome</b>	SKID, 23	9 häufige „funktionelle“ somatische Symptome	SCAN, 62	CIDI, 37 männl. 41 weibl.	DIS, 46
<b>Cluster***</b>	<p>„Schmerzen Bewegungsapp.+ Koord.störungen“</p> <p>„Angst“</p> <p>„GI-Beschwerden +Tinnitus“</p> <p>„Pseudoneurol. Beschwerden“</p> <p>„Schmerzen andere Bereiche“</p> <p>“Beschwerden Kopf- Hals”</p>	<p>Schmerzen, v. a. muskulär, Rücken, Kopf</p> <p>GI-Symptome</p> <p>Erschöpfung und Schwindel</p> <p>Wenig/keine Symptome außer Rückenschmerzen</p>	<p>Alle Symptome</p> <p>Muskuloskelettale Symptome</p> <p>GI-Symptome</p> <p>Kardio-pulmonale Symptome</p>	<p>Alle Symptome</p> <p>Muskuloskelettale Symptome</p> <p>GI-Symptome</p> <p>Kopfschmerzen</p> <p>Kardio-respirator. Symptome</p> <p>Urogenitale Symptome</p> <p>Kein Muster/wenig Symptome</p>	<p>General somatization alle Symptome</p> <p>Schmerzen (nur männliche Pat.)</p> <p>Konversion</p> <p>Gynäkol. Symptome</p>

\* PCA = Principal component analysis; LCA = Latent class analysis; GOM = Grade of membership model; HICLAS = Hierarchical component analysis; FA = factor analysis; \*\* SKID = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SCAN = Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, CIDI = Composite International Diagnostic Interview, DIS = Diagnostic interview Schedule; \*\*\* GI = den Gastrointestinaltrakt betreffend,

Im Vergleich wird deutlich, dass sich einige Symptomcluster (v. a. muskuloskelettale Symptome und gastrointestinale Beschwerden) in mehreren Arbeiten aufzeigen ließen, während andere sich nicht reproduzieren ließen.

Nur eines der in der vorliegenden Arbeit gebildeten Symptomcluster findet keine Entsprechung in anderen Studien, nämlich der Faktor „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“, der die Symptome Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und Schmerzen anderer Funktionsbereiche, die nicht durch eines der anderen Schmerzitems bereits abgedeckt und explizit erfasst wurden, umfasst. Diese Symptom-Faktorkombination ist in den anderen Arbeiten am ehesten in den Clustern urogenitale/gynäkologische Symptome oder keine Muster/wenig Symptome erfasst.

Das Cluster „pseudoneurologische Beschwerden“ nimmt eine gewisse Sonderrolle ein, insofern als es sich hier um einen separaten Faktor handelt, der ausschließlich pseudoneurologische Symptome umfasst, wobei sich aber weitere pseudoneurologische Symptome auch in anderen Clustern finden lassen. Dies steht zunächst im Gegensatz zu den Ergebnissen der Studiengruppen von Gara und Fink: „(...) neurological symptoms tend not to occur in patients by themselves as distinct clusters, but instead, always co-occur with other symptom clusters“ (Gara et al., 1998, S.83). “We found no indication of symptoms clustering into a distinct neurological symptom group (...)” (Fink et al., 2007, S.38). Dies kann z.T. durch die unterschiedlichen Rekrutierungsbedingungen erklärt werden, da in beiden Studien im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit größtenteils Patienten aus der Primärmedizin untersucht wurden.

Da die Symptom- Faktorkombination „pseudoneurologische Beschwerden“ zudem mit einer ausgeprägten psychischen Komorbidität, sowie deutlicher Beeinträchtigung und geringer Verbesserung der psychischen Lebensqualität durch die PISO- Intervention assoziiert war, kann das Vorliegen dieses Symptomclusters als Indikator für die zunehmenden Schwere der Erkrankung interpretiert werden.

Schmerzsymptome waren zwar in jedem Symptomcluster mit Ausnahme des rein pseudoneurologischen vertreten, bildeten aber kein reines Schmerzcluster.

Die Symptomcluster „Schmerzen des Bewegungsapparates + Koordinationsstörungen“ setzt sich aus einigen der am häufigsten zu beobachtenden Körperbeschwerden



überhaupt zusammen und ist auch als Kombination aller vier Beschwerden bei fast der Hälfte der Studienteilnehmer anzutreffen, so dass man hier auch von einem „Kerncluster“ sprechen kann. Der Einwand, es könnte sich hierbei um ein Artefakt, bedingt durch das Einschlusskriterium schmerzdominante multisomatoforme Störung, möglicherweise in Kombination mit „orthopädie- lastigen“ Rekrutierungsbedingungen handeln, wird dadurch entkräftet, dass sich ähnlich zusammengesetzte Cluster in den anderen vorgestellten Studien ebenfalls finden ließen.

Eine Gruppe von Körperbeschwerden, die gemeinsam auftritt und eine zumindest hypothetische gemeinsame ätiologische Grundlage aufweist, wird in der Medizin üblicherweise als Syndrom bezeichnet.

Auf den ersten Blick scheinen die hier vorgestellten Ansätze zur Bildung von Symptomclustern das Vorhandensein mehrerer, voneinander statistisch unabhängiger Syndrome zu bestätigen, die von einer bestimmten Gruppe von organisch nicht erklärten Körperbeschwerden gebildet werden und häufig als funktionelle Syndrome bezeichnet werden. Typische funktionelle Syndrome wie das Irritable Bowel Syndrome oder die Fibromyalgie scheinen sich in den meisten der vorgestellten Arbeiten in Symptomclustern wie den Muskuloskelettalen Symptomen oder GI- Beschwerden widerzuspiegeln und eigenständige Krankheitsentitäten zu bilden.

Zahlreiche Autoren vertreten jedoch die Meinung, dass es sich hierbei um eine künstliche Aufteilung eines übergeordneten Phänomens handelt. Wessely et al. (1999, S.936) formulieren den Kern dieser Problematik sehr prägnant als Titel ihrer Überblicksarbeit „Functional somatic syndromes: one or many?“ und vertreten folgende These: „We postulate that the existence of specific somatic syndromes is largely an artefact of medical specialization. That is to say that the differentiation of specific functional syndromes reflects the tendency of specialists to focus on only those symptoms pertinent to their speciality, rather than real differences between patients.“ Für diese Annahme spricht, dass keines der Symptomcluster Symptome enthält, die sich alle eindeutig einem peripheren Organsystem und damit dem Zuständigkeitsbereich *einer* Fachrichtung der somatischen Medizin zuordnen ließen. Das Cluster „Gastrointestinale Symptome + Tinnitus“ zeigt dies z.B. sehr deutlich: Drei der vier Symptome spielen sich zwar im Magen- Darm- Trakt ab, eines jedoch ist eindeutig einem anderen peripheren Organsystem zuzuordnen. Ähnliches gilt auch für die anderen Symptomcluster und weitgehend auch die der anderen Studien, auch wenn

die Bezeichnungen, die für die Cluster gewählt wurden, dies nicht immer gut zum Ausdruck bringen. (Das GI-Cluster aus der Untersuchung von Fink et al. (2007) enthält beispielsweise auch das Symptom Hyperventilation).

Außerdem gibt es zahlreiche Hinweise dafür, dass die verschiedenen Symptomgruppen oder Syndrome mehr Gemeinsamkeiten (in der englischsprachigen Literatur typischerweise als „overlap“ bezeichnet) als Unterschiede aufweisen und sie somit verschiedene Ausprägungs- und Verlaufsformen einer übergeordneten Krankheitsentität darstellen. Diese Gemeinsamkeiten bestehen u. a. auch in soziodemografischen Faktoren wie weiblichem Geschlecht, bestehender Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen und Therapieansprechen, die sich auch anhand der Daten der vorliegenden Arbeit nachvollziehen lassen.

Auch der Nachweis eines Faktors, der alle Somatisierungssymptome gleichzeitig umfasst, wie er in den Arbeiten von Liu und Gara (a.a.O.) auftaucht, spricht für das Vorliegen einer gemeinsamen Grundlage. Deary (1999) bezeichnet diese allgemein als „general MUS latent variable“, Fink et al. (2007) schlagen den Begriff „bodily distress“ vor und implizieren damit neurobiologische, zentralnervös gesteuerte (Fehl-)Funktionen als zugrundeliegendes Phänomen.

### **5.3 Soziodemografische und soziokulturelle Einflussfaktoren**

Zu den im Zusammenhang mit somatoformen Störungen am häufigsten untersuchten soziodemografischen Parametern zählen Geschlecht, Alter, Bildungsstand, sozioökonomischer Status, Familienstand sowie soziokulturelle/ethnische Zugehörigkeit. Die meisten Studien beziehen sich auch hier wieder auf Patienten aus der Allgemeinbevölkerung oder der Primärmedizin.

#### **5.3.1 Geschlecht**

Vor allem geschlechtsspezifischen Aspekten und geschlechtsabhängigen Unterschieden wird in der Forschung besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dabei wird meist betont, dass Frauen häufiger von somatoformen Symptomen und Syndromen betroffen sind als Männer, wobei dieser Effekt umso stärker ist, je höher das Symptomsummen-Kriterium der jeweiligen Diagnose gewählt wird (Creed und Barsky,

2004). Es konnte auch gezeigt werden, dass dieses Phänomen unabhängig von der (bei Frauen häufiger vorhandenen) psychischen Komorbidität, insbesondere Angststörungen und Depressionen, auftritt (Kroenke und Spitzer, 1998). Rief et al. (2001) ermittelten in einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung den (statistisch signifikanten) Unterschied von durchschnittlich 2,3 somatoformen Symptomen aus der DSM-IV-Symptomliste bei Frauen vs. 1,8 bei Männern. In der primärmedizinischen Studienpopulation von Kroenke und Spitzer (1998) wiesen Frauen im Durchschnitt ein bis zwei (von insgesamt 13 untersuchten) Symptome mehr auf als die männlichen Mitpatienten. In der vorliegenden Arbeit liegt die Symptomsumme insgesamt deutlich höher, weist aber keinen signifikanten geschlechtsabhängigen Unterschied auf. Frauen weisen somit in der untersuchten Population nicht mehr somatoforme Symptome auf als Männer. Eine denkbare Ursache für diesen Unterschied mag in der unterschiedlichen Beurteilung der somatischen Symptomatik durch klinisch tätige Ärzte und Wissenschaftler sein. Möglicherweise tendieren Interviewer oder Allgemeinmediziner im klinischen Alltag dazu, Körperbeschwerden bei weiblichen Patienten eher als nicht organisch begründet zu bewerten, verzichten evtl. auf eine weitere Abklärung und überschätzen die Anzahl organisch nicht erklärter Körperbeschwerden. Währenddessen werden Symptome bei männlichen Patienten subjektiv eher als organisch begründet klassifiziert und gehen somit in die Symptomsumme nicht ein. (vgl. Kroenke und Spitzer, 1998) Dieser Bias entfällt aber in der PISO-Studie durch die vor Einschluss in meist mehreren fachmedizinischen Instanzen durchgeführte ausführliche Diagnostik, so dass sich die Geschlechter hinsichtlich der Summe „echter“ somatoformer Symptome angleichen.

In Bezug auf die Art der präsentierten Symptome lassen sich jedoch auch in der vorliegenden Arbeit Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten feststellen: Bestimmte Symptome scheinen bei Frauen deutlich häufiger aufzutreten als bei Männern, während dies umgekehrt nicht der Fall ist. In der vorliegenden Arbeit traten zusätzlich zu den von ihrer Art her bereits rein gynäkologischen Beschwerden auch Brustschmerzen, Schmerzen anderer Funktionsbereiche und sexuelle Gleichgültigkeit bei Frauen rund doppelt so häufig auf wie bei Männern; Schmerzen im Gesicht waren bei weiblichen Patienten dreimal häufiger, Schmerzen beim Wasserlassen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sogar fünfmal häufiger als bei männlichen Studienteilnehmern. Dagegen wurde keines der 33 SKID- Symptome häufiger bei Männern als bei Frauen beobachtet. Ähnliche Verteilungen ließen sich

auch in der Allgemeinbevölkerung und der Primärmedizin feststellen, mit der Ausnahme, dass hier für die Symptome Harnverhalt und Schmerzen/Probleme beim Geschlechtsverkehr männliche Betroffene überwiegen (Kroenke und Spitzer, 1998; Rief et al., 2001). Die beiden Symptom- Faktorkombinationen „Angst“ und „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ wiesen dementsprechend ebenfalls eine Assoziation mit dem weiblichen Geschlecht auf.

In der Literatur finden sich verschiedene Erklärungsansätze für diese Unterschiede, die sich offensichtlich bereits in der Kindheit und Jugend entwickeln. Diese umfassen neben geschlechtsabhängig unterschiedlich verteilter, selektiver Aufmerksamkeit für körperliche Vorgänge und verschiedenen Attributionsmustern hinsichtlich der Bewertung von Körperempfindungen als eher bedrohlich oder eher harmlos auch die unterschiedliche Fähigkeit und Bereitschaft, mit anderen über bestimmte Symptome zu sprechen und deswegen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (Gijspers van Wijk und Kolk, 1997).

### **5.3.2 Alter**

Das Alter der Patienten hatte auf die Symptomsumme insgesamt ebenfalls keinen Einfluss; einzelne Symptome waren aber bei älteren Patienten häufiger, andere bei jüngeren. Koordinationsstörungen, Gelenkschmerzen, Schmerzen der Extremitäten und Erektionsstörungen traten mit zunehmendem Alter häufiger auf, Menstruationsbeschwerden dagegen waren bei jüngeren Patientinnen häufiger, während sie logischerweise nach der Menopause keine Rolle mehr spielen. Entsprechend besteht auch eine Assoziation der Symptom- Faktorkombination „Schmerzen Bewegungsapparat+ Koordinationsstörungen“ mit höherem Lebensalter. Rief et al. (2001) ermittelten in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls eine starke Altersabhängigkeit bei der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Symptome und darüber hinaus mit dem Alter steigende Symptomsummen, bei Fink et al. (2007) dagegen nahm die Symptomsumme mit zunehmendem Alter sogar ab. Insgesamt sind die Ergebnisse zur Assoziation zwischen dem Lebensalter und dem Auftreten somatoformer Symptome sehr uneinheitlich: In ihrer Überblicksarbeit analysierten Creed und Barsky (2004) die umfangreiche Literatur zur Epidemiologie somatoformer Störungen. Von dreizehn Publikationen, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigten, fanden sieben eine

Zunahme mit steigendem Lebensalter, vier keinerlei Assoziation und zwei Studien berichteten sogar über einen Zusammenhang mit jüngerem Alter.

### **5.3.3 Bildungsstand**

Anders als in den meisten anderen Studien ließ sich kein konkreter Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und der Präsentation somatoformer Symptome herstellen. Lediglich Schmerzen des Unterleibs waren schwach korreliert mit niedrigerem Bildungsstand. Auf die Symptomsumme, die Häufigkeit anderer Einzelsymptome oder Symptom- Faktorkombinationen hatte dieser soziodemografische Faktor keinen Einfluss. Zahlreiche andere Studien (in der Primärmedizin) berichten dagegen sehr wohl von einer erhöhten Prävalenz somatoformer Symptome bei Patienten mit geringem Bildungsstand (Übersicht von Creed und Barsky, 2004).

### **5.4 Klinische Korrelate somatoformer Symptome: Angststörungen, Depression, erhöhte Gesundheitsangst**

Übereinstimmend mit zahlreichen anderen Studien zeigt sich ein sehr hoher Anteil an psychischer Komorbidität: 77,8% der Patienten weisen zusätzlich zur Diagnose der multisomatoformen Störung eine Depression auf. Dabei entfallen 22,1% auf die Minor depression, 55,7% auf die Major depression. An einer komorbiden generalisierten Angststörung leiden 33,4%, an einer Panikstörung 20,6%. Zum Vergleich: In ihrer bereits weiter oben erwähnten Untersuchung einer gut vergleichbaren Patientenstichprobe mit einer schweren schmerzdominanten Somatisierungsstörung ermittelten Nickel et al. (2009) die Rate an komorbiden Affektiven Störungen mit 62,3%, die der Angststörungen mit 65,6%. Henningsen et al. (2003) geben in einer großen Metaanalyse die Komorbiditätsrate für die Major depression mit 58,7% bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung, bzw. mit 40,9% für Patienten mit einer subsyndromalen somatoformen Störung an. Bezüglich ihrer psychischen Komorbidität ist die hier untersuchte Patientengruppe also vergleichbar mit Patienten mit der „exklusivsten“ Diagnose aus dem Bereich somatoformer Störungen, der Somatisierungsstörung. Ebenfalls sehr gut untersucht ist der Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein

multipler somatoformer Symptome und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität auf psychischer und körperlicher Ebene. Dies ließ sich auch für die Patienten aus dieser Studie zeigen. Sowohl die psychische als auch die physische Lebensqualität liegen deutlich unter der Bevölkerungsnorm. Auch im Vergleich zu Patientenstichproben mit somatoformen Störungen aus der Allgemeinbevölkerung und der Primärmedizin ist die Lebensqualität der hier untersuchten Patienten nochmals als massiv reduziert einzustufen (vgl. De Waal et al., 2004; Fröhlich et al., 2006).

Zudem leidet der Großteil der Studienteilnehmer (84,7%) an erhöhter Gesundheitsangst. Die Assoziation erhöhter Gesundheitsangst mit somatoformen Symptomen ist zwar bekannt, jedoch nicht in dem hier beschriebenen hohen Maß (Benedikt et al., 2007). An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass Patienten mit einer hypochondrischen Störung nach DSM-IV von der Studie ausgeschlossen waren.

Somit erweist sich die beschriebene Patientenpopulation als im Hinblick auf ihre psychische Komorbidität und ihre körperliche und psychische Lebensqualität als sehr stark und über das zu erwartende Maß hinaus beeinträchtigt und erheblichem psychologischem und emotionalem Distress ausgesetzt. Dies erklärt sich zum Teil aus der hohen durchschnittlichen Symptomsumme, von der mehrfach gezeigt werden konnte, dass sie mit einem höheren Maß an Komorbidität und einer Reduktion der Lebensqualität einhergeht, insbesondere dann, wenn es sich um eine große Anzahl Schmerzsymptome handelt (De Waal et al., 2004; Fink et al., 2004; Kroenke, 2003; Wessely et al., 1999).

Sämtliche Studien zur Komorbidität somatoformer Störungen beziehen sich bisher auf bestimmte diagnostischen Kategorien, subsyndromalen Konstrukte oder funktionellen Störungen. Nur sehr selten finden sich Hinweise auf die Art der Assoziation zwischen bestimmten somatoformen Symptomen und Symptomgruppen und klinischen Korrelaten wie psychischer Komorbidität, Lebensqualität und Therapieverlauf. Zu dieser Fragestellung kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten. Dazu wurden die Symptom- Faktorkombination hinsichtlich eben dieser Assoziation untersucht.

„Schmerzen des Bewegungsapparates+ Koordinationsstörungen“ wiesen eine signifikant hohe Komorbidität mit depressiven Störungen auf, zudem ist dieses Symptomcluster mit einer besonders starken Reduktion der körperlichen Lebensqualität korreliert, während alle anderen Symptom- Faktorkombinationen sich negativ auf die psychische Lebensqualität auswirken. Letzteres deutet darauf hin, dass Schmerzen des

Bewegungsapparates eher auch als körperliches Leiden erlebt werden. Da diese Beschwerden traditionell oft als körperlich, z. B. durch schwere körperliche Arbeit oder aber sitzende Tätigkeit begründet bewertet werden, wird der Patient von seinem sozialen Umfeld, möglicherweise auch von seinem behandelnden Arzt, in seiner organischen Ursachenüberzeugung bestärkt. Seine Beschwerden werden sozial legitimiert, er erfährt Zuwendung und Entlastung, sodass psychische und emotionale Stressoren zumindest mittelfristig scheinbar in den Hintergrund treten.

Andere Symptomcluster sind eher assoziiert mit einer Reduktion der psychischen Lebensqualität und dem Vorliegen einer Panikstörung. „Pseudoneurologische Beschwerden“ wiesen eine erhöhte Komorbidität sowohl mit Depressivität, als auch mit Paniksymptomen und erhöhter Gesundheitsangst auf.

Bereits erwähnt wurde das Problem der Überschneidung der somatischen Symptome von Depressionen und Panikstörungen mit Symptomen, die gleichzeitig auch zur Diagnose der somatoformen Störung herangezogen werden. So scheint es naheliegend, dass ein somatoformes Symptomcluster, das mit Schmerzen in der Brust, Übelkeit und Erbrechen drei typische somatische Symptome einer Panikattacke beinhaltet, eine hohe Komorbidität mit Panikattacken aufweist, da die Symptome in beide Diagnosen eingehen. Andererseits finden sich keine reinen Cluster aus somatischen Angst- oder Depressionssymptomen, die daraufhin deuten würden, dass es sich hier um eine klar abgegrenzte Gruppe von Symptomen handelt, die besser unter den Affektiven oder Angststörungen, als bei den somatoformen Störungen aufgehoben wären.

## **5.5 Klinische Korrelate somatoformer Symptome: Therapieverlauf**

Im Rahmen der PISO-Studie konnte die Wirksamkeit einer psychodynamisch interpersonellen Kurzzeit- Psychotherapie nachgewiesen werden. Die körperliche Lebensqualität der Patienten in der Therapiegruppe wies 12 Monate nach Ende der Therapie eine signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung auf (Sattel, 2012). Eine direkte Aussage zur Symptomatik ist nicht möglich, da das SKID- Interview nur vor Beginn, nicht aber nach Abschluss der Therapie durchgeführt worden war. Es können aber einige Aussagen zu Zusammenhängen zwischen der somatoformen Symptomatik und dem Therapieverlauf getroffen werden. Bemerkenswert ist insbesondere, dass der

Therapieverlauf sich unabhängig von der Symptomsumme entwickelt. Da eine hohe Symptomsumme mit erhöhter Komorbidität und besonders stark beeinträchtigter psychischer und körperlicher Lebensqualität einhergeht und im Allgemeinen als Indikator für die Schwere einer somatoformen Störung und gerade auch im Fall hoher Komorbiditätsraten für schlechteren Therapie-Outcome betrachtet wird, wäre hier eher eine Assoziation mit einem ungünstigen Therapieverlauf zu erwarten gewesen (Hiller et al., 2000; Ladwig et al., 2010).

Weder die Symptomsumme noch qualitative Aspekte der Symptomatik, d.h. das Vorliegen bestimmter Symptomcluster und die damit verbundene Komorbidität standen im Zusammenhang mit der Veränderung der körperlichen Lebensqualität ein Jahr nach Therapiebeginn, dem primären Studienergebnis.

Patienten mit zahlreichen Symptomen aus dem Bereich „pseudoneurologische Symptome“ und „Schmerzen anderer Funktionsbereiche“ konnten allerdings ihre psychische Lebensqualität durch die Therapie weniger verbessern als andere. Bereits weiter oben wurde diskutiert, dass möglicherweise das Vorliegen einer ausgeprägten pseudoneurologischen Symptomatik als Indikator für den zunehmenden Schweregrad einer somatoformen Erkrankung interpretiert werden kann.

Auch die in der Kontrollbedingung angewendete „enhanced medical care“ zeigte eine positive Wirkung im Hinblick auf die körperliche Lebensqualität der Patienten. Die Effektstärke war hier allerdings deutlich geringer und die Verbesserung weniger langfristig. Die Symptom- Faktorkombination „Schmerzen Bewegungsapparat+ Koordinationsstörungen“ war hier in der globalen Selbsteinschätzung des Therapieerfolges durch den Patienten (HAQ) mit ungünstigen Werten assoziiert. Dies kann durch die mit diesem Symptomcluster assoziierte erhöhte Depressivität sowie mit den häufig bereits chronifizierten Beschwerden aus dieser Symptom- Faktorkombination erklärt werden, die zu einer negativen Bewertung des Therapieerfolges durch den Patienten führen können.



## 5.6 Methodenkritik

Ein grundsätzliches Problem jeder Untersuchung zu somatoformen Körperbeschwerden ist es, die von den Patienten beklagten Symptome als definitiv organisch nicht ausreichend begründet zu identifizieren, d.h. bei Studieneinschluss sicherzustellen, dass jede mögliche Organpathologie im Vorfeld sicher ausgeschlossen wurde. Dies stellt gerade in Studien in der Allgemeinbevölkerung und der Primärmedizin häufig ein Problem dar. Die Teilnehmer der PISO-Studie dagegen wurden alle zumeist mehrfach von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen in interdisziplinären, universitären Ambulanzen oder spezialisierten Fachpraxen mit entsprechende umfassenden, auch technischen, Ressourcen betreut und diagnostiziert. Wie bereits erwähnt, handelt es sich beim SKID-Interview, dem Goldstandard zur Diagnostik somatoformer Störungen, um ein Experten- Interview, bei dem die einzelnen Symptome von entsprechend geschulten Interviewern erfasst und bei Unklarheiten über die Ätiologie der Beschwerden sorgfältig nachgeprüft wurde. Patienten mit bekannten schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen und entsprechenden multiplen Symptomen und Beeinträchtigungen waren von der Studie von vornherein ausgeschlossen. Insofern konnte mit der größtmöglicher, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, eine Verfälschung der Ergebnisse durch organisch begründete Symptome ausgeschlossen werden. Diese Genauigkeit und Zuverlässigkeit bei der Erfassung der Symptome stellt sicher eine wesentliche Stärke der vorliegenden Arbeit dar.

Ein möglicher Kritikpunkt betrifft aber ebenfalls die Rekrutierungsbedingungen: Die Patientenrekrutierung erfolgte zum Teil aus interdisziplinären, anästhesiologisch geleiteten Schmerzambulanzen, zum Teil aber auch aus orthopädischen, neurologischen und Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgischen Fachpraxen und – ambulanzen, sodass eine Verzerrung zu Gunsten entsprechender Symptome, z. B. Schmerzen des Bewegungsapparates, neurologischer Symptome, Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen wahrscheinlich ist.

Wie bereits erwähnt, wurde das SKID-Interview, das die Grundlage der hier präsentierten Daten bildet, nur vor Studienbeginn (t<sub>0</sub>), nicht aber unmittelbar nach Ende der Therapie (t<sub>1</sub>) bzw. nach 12 Monaten (t<sub>2</sub>) durchgeführt. Ein direkter Vergleich, z. B. Symptomsumme und -art „vorher – nachher“ ist somit nicht möglich. Allerdings stellt sich hier die Frage, wie sinnvoll ein solcher Vergleich für die Bewertung der

Wirksamkeit der PISO-Intervention insgesamt wäre, denn selbst eine (hypothetische) Reduktion der Symptomsumme wäre nicht als Therapieerfolg zu werten, wenn sich nicht gleichzeitig auch die Lebensqualität des Patienten verbessert.

Das SKID-Interview umfasst in der ursprünglichen Version nur einen Teil aller denkbaren organisch nicht erklärten Körperbeschwerden, nämlich alle die, die in der DSM-IV-Symptomliste enthalten sind.

Die Ergänzungen, die für die PISO-Studie erfolgten, d.h. die Aufnahme zusätzlichen Symptome Erschöpfung, Schwindel, Tinnitus und Schmerzen im Gesicht, erwiesen sich als sinnvoll, da hier zusätzlich z. T. sehr häufige Beschwerden identifiziert werden konnten. Weitere Symptome, die in anderen Studien z.B. mittels SOMS oder SCAN-Interview erfasst wurden und dort z.T. beachtliche Prävalenzen aufwiesen, werden im SKID und somit für die vorliegende Arbeit nicht erfasst. Hierzu gehören z.B. Palpitationen, thorakales Engegefühl oder Schweißausbrüche. (vgl. Fink et al. 2007, Rief et al. 2001)

## 6 Zusammenfassung

Inhalt und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war es, eine Patientengruppe (n = 198) mit der Diagnose einer schmerzdominanten multisomatoformen Störung hinsichtlich ihrer Symptomatik zu untersuchen und diese in Zusammenhang zu setzen zu soziodemografischen Parametern, Komorbidität, körperlicher und psychischer Lebensqualität und Therapieverlauf. Dies geschah im Rahmen der PISO-Studie, einer multizentrischen Studie zur Wirksamkeit einer manualisierten, psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeit-Psychotherapie im Vergleich zu einer verbesserten medizinischen Standardbehandlung. Die Studienteilnehmer wurden aus verschiedenen spezialisierten somatischen Fachambulanzen und –praxen rekrutiert.

In der Arbeit wurde die Symptomatik der Patienten zunächst ausführlich auf Symptomebene beschrieben und mittels einer Hauptkomponentenanalyse in Symptomcluster differenziert. Anschließend wurden spezifische Zusammenhänge mit den soziodemografischen Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand, sowie komorbiden psychischen Störungen und Indikatoren des Therapieverlaufs untersucht. Zur Erfassung aller verwendeten Daten wurden erprobte, valide Instrumente verwendet. Das SKID-Interview, das in einer erweiterten und modifizierten Form zum Einsatz kam, gilt als Goldstandard zur Erfassung somatoformer Körperbeschwerden.

Zunächst kann festgehalten werden, dass es sich bei der untersuchten Population um eine erheblich beeinträchtigte Patientengruppe handelt. Dies lässt sich insbesondere an der hohen durchschnittlichen Symptomsumme, der hohen Komorbiditätsrate, v. a. in Bezug auf depressive, aber auch Angststörungen, der massiv erhöhten Gesundheitsangst und der starken Reduktion der psychischen und physischen Lebensqualität festmachen.

Vor dem Hintergrund dieser enormen Belastung ist es wenig verwunderlich, dass allgemeine Erschöpfung die am häufigsten beklagte Körperbeschwerde war. Danach zählen, in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen Untersuchungen, Schmerzsymptome, insbesondere des Bewegungsapparates und Kopfschmerzen, zu den somatoformen Symptomen mit der höchsten Prävalenz in der untersuchten Stichprobe.

Häufiger als das im Vergleich mit der Literatur zu erwarten war, zeigten sich pseudoneurologische Symptome. Sie sind außerdem in fast jedem Symptomcluster wiederzufinden und bilden als einzige SKID- Symptomgruppe auch ein eigenes Cluster. Sie sind zudem mit erhöhter Depressivität, Angst, Panik und Gesundheitsangst assoziiert. Diese Symptomgruppe verdient somit neben den v. a. in jüngerer Zeit intensiv untersuchten somatoformen Schmerzsymptomen verstärkte Aufmerksamkeit.

Über den zeitlichen Verlauf der Symptomatik kann nur eine begrenzte Aussage gemacht werden, da nur ein Zeitraum von zwei Jahren retrospektiv erfasst wurde. Über diese Zeit jedoch erwiesen sich zahlreiche Symptome, insbesondere die verschiedenen Schmerzen des Bewegungsapparates, Erschöpfung und sexuelle Gleichgültigkeit als stabil, während andere, v.a. seltenere Symptome aus dem Bereich der pseudoneurologischen Beschwerden, stärker fluktuierten.

In Bezug auf die Assoziation der Symptomatik mit soziodemografischen Faktoren stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit insofern mit den meisten anderen Untersuchungen überein, als bestimmt Symptome geschlechts- bzw. altersabhängig häufiger auftreten. Nicht bestätigen ließ sich jedoch die häufige Annahme, dass hohe Symptomsummen mit weiblichem Geschlecht, zunehmendem Lebensalter und niedrigerem Bildungsstand assoziiert sind.

Durch eine Hauptkomponentenanalyse wurden die 33 untersuchten Symptome sechs Symptomclustern zugeordnet. Jedes dieser Cluster setzt sich zusammen aus Symptomen verschiedener Symptomgruppen (Schmerz, pseudoneurologisch, gastrointestinal und sexuell) und verschiedener peripherer Organsysteme, keines lässt sich einem bestimmten peripheren Organsystem zuordnen. Auch dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen verschiedener anderer Studien weitgehend überein und kann als weiterer Hinweis dafür gewertet werden, dass die Diagnosekategorien der funktionellen Syndrome in den verschiedenen somatischen Fachdisziplinen ein Artefakt eines somatisch- medizinischen Tunnelblicks darstellen.

Die einzelnen Symptomcluster waren zwar in unterschiedlicher Art und Weise mit der psychischen Komorbidität und der Lebensqualität assoziiert, einen konkreten Einfluss auf den Therapieverlauf, v. a. im Hinblick auf den primären Endpunkt der PISO-Studie, die Verbesserung der körperlichen Lebensqualität, hatte die individuelle Symptomatik jedoch nicht. Insbesondere war der Therapieverlauf unabhängig von der Symptomsumme.

Die vorliegende Arbeit ergänzt die Kenntnisse zu Epidemiologie und Komorbidität somatoformer Beschwerden v. a. im Bereich der Tertiärversorgung. Sie gibt Aufschluss über die mögliche Zielgruppe einer vielversprechenden psychotherapeutischen Intervention zur Behandlung somatoformer Störungen und deren Prognose.

Allerdings sind weitere Untersuchungen sind nötig, um die Symptomatik der durch einen erheblichen Leidensdruck massiv beeinträchtigten Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen richtig einordnen und ihnen im Rahmen dieses therapeutischen Ansatzes eine optimale Therapie anbieten zu können.

## 7 Literaturverzeichnis

Aggarwal, W.R., McBeth, J., Zakrzewska, J.M., Lunt, M., Macfarlane, G.J. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol*, 35 (2006), 468-376

American Psychiatric Association

<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SomaticSymptomDisorders.aspx>

Stand 11.5.2012

Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40 (1995), 23- 32

Bellach, B.-M., Ellert, U., Radoschewski, M. Der SF-36 im Bundesgesundheitsurvey. Erste Ergebnisse und neue Fragen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 43 (2000), 210-216

Benedikt, G., Schulmeister, E., Sattel, H., Schäfert, R., Sauer, N., Herzog, W., Henningsen, P. Körperbeschwerden und Gesundheitsangst in der Primärmedizin. Eine quantitative Studie bei 1751 Hausarztpatienten. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 55 (2007), 21-29

Creed, F., Barsky, A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*, 56 (2004), 391-408

Deary, I.J. A taxonomy of medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res*, 47 (1999), 51-59

De Gucht, V., Maes, S. Explaining medically unexplained symptoms: Toward a multidimensional theory-based approach to somatisation. *J Psychosom Res*, 60 (2006), 349-352

De Waal, M., Arnold, I., Eekhof, J., van Hemert, A. Somatoform Disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*, 184 (2004), 470-476

Egle, U.T., Nickel, R. Chronischer Rückenschmerz als somatoforme Schmerzstörung. *Orthopäde*, 37 (2008), 280-284

Escobar, J., Rubio- Stipeck, M., Canino, G., Karno, M. Somatic Symptom Index (SSI): A New and Abridged Somatization Construct. Prevalence and Epidemiological Correlates in two large Community Samples. *J Nerv Ment Dis*, 177 (1989), 140-146

Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., Cabras, P. Epidemiology of Somatoform Disorders: A community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 32 (1997), 24-29

Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., Munk-Jorgensen, P. Somatization in Primary care- Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40 (1999), 330-338.

Fink, P., Hansen, M.S., Oxhøj, M.-L. The prevalence of somatoform disorders among internal medicine inpatients. *J Psychosom Res*, 56 (2004), 413-418

Fink, P., Toft, T., Hansen, M.S., Ornbøl, E., Olesen, F. Symptoms and syndromes of bodily distress: An exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med*, 69 (2007), 30-39

Fröhlich, C., Jacobi, F., Wittchen, H.-U. DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256 (2006), 187–196

Gara, M.A., Silver, R.C., Escobar, J.I., Holman, A., Waitzkin, H. A hierarchical classes analysis (HICLAS) of primary care patients with medically unexplained somatic symptoms. *Psychiatry Research*, 81 (1998), 77-86

Gijspers van Wijk, C.M.T, Kolk, A.M. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med*, 45 (1997), 231-246

Henningsen, P. Körperbeschwerden und Neurose. Eine Untersuchung zur Klassifikation somatoformer und angrenzender psychischer Störungen. Habilitationsschrift, Universität Heidelberg (2001)

Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H. Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychosom Med*, 65 (2003), 528-533

Henningsen, P., Zipfel, S., Herzog, W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369 (2007), 946–955

Hiller, W., Heuser, J., Fichter, M.M. The DSM-IV nosology of chronic pain: a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. *Eur J Pain*, 4 (2000), 45-55

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2009  
[www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm), Stand 19.12.2011

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (2004), 597-611

Kato, K., Sullivan, P.F., Pedersen, N.L. Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *J Psychosom Res*, 68 (2010), 447-453

Kirmayer, L.M., Sartorius, N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosom Med*, 69 (2007), 832-840



Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Rooijmans, H.G.M., Trusburg, R.W. Alexithymia Does Not Predict the Persistence of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Psychosom Med*, 66 (2004), 224-232

Kroenke, K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12 (2003), 34-43

Kroenke, K. Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med*, 69 (2007), 881-888

Kroenke, K., Spitzer, R.L. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*, 60 (1998), 150-155

Kroenke, K., Sharpe, M., Sykes, R. Revising the Classification of Somatoform Disorders: Key Questions and Preliminary Recommendations. *Psychosomatics*, 48 (2007), 277-285

Kroenke, K., Spitzer, R. L., de Gruy, F.V., Hahn, S.R., Linzer, M., Williams, J.B.W., Brody, D., Davies, M. Multisomatoform Disorder. An Alternative to Undifferentiated Somatoform Disorder from the Somatizing Patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry*, 54 (1997), 352-358

Kroenke, K., Spitzer, R.L., De Gruy, F.V., Swindle, R. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 39, (1998), 263-272

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J.B.W. *The PHQ-15: Validity of a new Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms*. *Psychosom Med*, 64 (2002), 258-266

Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L., Tress, W. Somatoforme Störungen in der hausärztlichen Praxis. In: G. Rudolf u. P. Henningsen (Hrsg.). *Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis*. Schattauer, Stuttgart (1998), 119- 131

Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Lacruz, M.E., Henningsen, P., Creed, F. Screening for multiple somatic complaints in a population-based survey: Does excessive symptom reporting capture the concept of somatic symptom disorders? Findings from the MONICA-KORA Cohort Study. *J Psychosom Res*, 68 (2010), 427-437

Lipowski, Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *Am J Psychiatry*, 145 (1988), 1358-1368

Liu, G., Clark, M.R., Eaton, W.W. Structural factor analyses for medically unexplained somatic symptoms of somatization disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med*, 27 (1997), 617-626

Löwe, B., Spitzer, L., Zipfel, S., Herzog, W. PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Übersetzung des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ). Pfizer, Karlsruhe (2002), 2. Auflage

Löwe, B., Mundt, C., Herzog, W., Brunner, R., Backenstrass, M., Kronmüller, K., Henningsen, P. Validity of current somatoform disorder diagnoses: perspectives for classification in DSM-IV und ICD-11. *Psychopathology*, 41 (2008), 4-9

Mayou, R., Kirmayer, L.J., Simon, G., Kroenke, K., Sharpe, M. Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*, 162 (2005), 847-855

Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R., Egle, U.T. Somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Ergebnisse zur Differenzierung einer häufigen Krankheitsgruppe. *Schmerz*, 23 (2009), 392-398

Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res*, 51 (2001), 361-367

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*, 322 (2001), 767-770

Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and cost in secondary health care. *Br J Psychiatry*, 180 (2002), 248-253

Rief, W., Hiller, W. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom, Res* 46 (1999), 507-518

Rief, W., Hiller, W. A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. *Psychosomatics*, 44 (2003), 492-498

Rief, W., Rojas, G. Stability of somatoform symptoms- implications for classification. *Psychosom Med* 69 (2007) 864-869

Rief, W., Hessel, A., Braeler, E. Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosom Med*, 63 (2001), 595-602

Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W., Fichter, M. The Classification of Multiple Somatoform Symptoms. *J Ment Nerv Dis*, 184 (1996), 680- 687

Ronel, J., Kruse, J., Gündel, H. Somatoforme Störungen. Erfahrungen und neue Behandlungsmöglichkeiten. *Psychsom Konsiliarpsychiatr*, 1 (2007), 132-140

Rudolf, G., Henningsen, P. Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother*, 49 (2003), 3-19

Rudolf, G., Henningsen, P. Somatoforme Störungen. In: Reimer, C. u. U. Rüger (Hrsg.). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg (2006), 3. Auflage, 312-318

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Hogrefe, Göttingen (2003), 1. Auflage

Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., Ohmann, C., Ronel, J., Sack, M., Sauer, N., Schneider, G., Henningsen, P. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 200 (2012), 60-67

Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M., Henningsen, P. Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl* 109 (2012) 803-813

Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 282 (1999) 1737-1744

Swartz, M., Landerman, R., George, L., Blazer, D. Somatization Disorder. In: Robins, L.N. u. D.A. Regier (Hrsg.). *Psychiatric Disorders in America*. Free Press, New York (1991), 220-257

Tak, L.M., Rosmalen, J. Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic disorders. *J Psychosom Res*, 68 (2010), 461-468

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. The MOS 36-item Short- Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30 (1992) 473-483

Wessely, S., Nimnuan, C., Sharpe, M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 354 (1999), 936-939

Wittchen, H. U., Zaudig, M., Fydrich, T. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Hogrefe Verlag, Göttingen (1997)

## 8 Anhang

### Modifiziertes SKID- Interview

<b>SKID: Somatoforme Störung</b>		Sektion G: Somatoforme Störungen (G1-G2)	
<b>Einleitung</b>	Wie war Ihre Gesundheit in den letzten Jahren? Waren Sie in den letzten Jahren häufig krank?		
	Kriterium: Liegt der Beginn Ihrer Beschwerden zwei Jahre oder länger zurück?		
	falls eines der aufgeführten Einzelsymptome bejaht wird, bitte detailliert die <b>Kriterien A-C</b> abfragen (Detaillierte Erläuterung siehe SKID): A Arztbesuch B Beeinträchtigung C Drogen: <b>zusätzlich:</b> D: Persistieren die Beschwerden?		
<b>Kam es jemals vor, dass Sie...</b>		<b>Letzter Monat?</b>	<b>Letzten 2 Jahre?</b>
... Schwierigkeiten mit dem Gehen hatten? (beeinträchtigte Koordination oder Balance)			
... Lähmungserscheinungen oder Schwächephasen hatten, sodass Sie Dinge nicht mehr heben oder wegbewegen konnten, die Ihnen gewöhnlich keine Schwierigkeiten machten? ...Lähmung oder lokalisierte Schwäche			
... Probleme mit dem Schlucken oder ein Kloßgefühl im Hals hatten? ... Schwierigkeiten mit dem Schlucken oder Kloßgefühl im Hals			
... Ihre Stimme für länger als einige Minuten verloren hatten? ... Verlust der Stimme			
... über einen ganzen Tag hinweg nicht in der Lage waren, Wasser zu lassen (ausgenommen nach Geburt oder Verletzung)? ... Hamverhaltung oder Miktionsschwierigkeiten			
... für eine Zeitlang doppelt gesehen haben ...Doppeltsehen			
... oder für ein paar Sekunden oder länger völlig blind gewesen sind?...Blindheit			
... für eine gewisse Zeit völlig taub waren? ...Taubheit			
... einen Krampfanfall hatten? ...Krampfanfall			
... oder eine Gedächtnislücke hatten, so dass Sie sich nicht mehr daran erinnern konnten, was während einer Zeitspanne von mehreren Stunden oder Tagen passiert war? ...Amnesie			
... <b>unter Schwindel litten? (ergänzt)</b>			
... <b>vermehrt erschöpft waren? (ergänzt)</b>			

<p>... <b>unter starken Ohrengeräuschen (Tinnitus) litten? (ergänzt)</b></p>		
<p><b>Haben Sie schon einmal das Bewusstsein verloren?</b>  <b>Wenn ja:</b> Kam dies aufgrund eines Schwächeanfalls vor?  ... Verlust des Bewusstseins (nicht nur Schwächeanfall)</p>		
<p><b>Hatten Sie jemals ...</b></p>	<p><b>Letzter Monat?</b></p>	<p><b>Letzte 2 Jahre?</b></p>
<p>...erhebliche Probleme mit Kopfschmerzen? ...Kopf  ...erhebliche Probleme mit Unterleibs- oder Bauchschmerzen?  ...Unterleib  ...große Schwierigkeiten mit Rückenschmerzen? ...Rücken-  ...Gelenkschmerzen? ...Gelenke  ...Schmerzen in den Armen oder Beinen, abgesehen von Gelenkschmerzen? ...Extremitäten  ...Schmerzen im Brustkorb?...Brust  ...<b>Schmerzen im Gesicht? (ergänzt)</b>  <b>Bei Frauen:</b> Hatten Sie abgesehen von Ihrem 1. Menstruationsjahr sehr schmerzvolle Menstruationsphasen? (Schmerzvoller als bei den meisten anderen Frauen)?... während der Menstruation  ... oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ...während des Geschlechtsverkehrs  ...oder beim Wasserlassen?...während des Wasserlassens  Hatten Sie schon einmal irgendwelche anderen Schmerzen, über die wir noch nicht gesprochen haben? ... andere Funktionsbereiche  <b>Hatten Sie jemals erhebliche Probleme mit...</b>  ... Übelkeit, d.h. war es Ihnen vom Magen her übel, ohne dass es jedoch zu Erbrechen kam?... Übelkeit  ... übermäßigen Blähungen oder Völlegefühl im Magen-Darm-Bereich? ... Blähungen  ... Erbrechen (ausgenommen Erbrechen in der Schwangerschaft)? ...Erbrechen (ausgenommen Schwangerschaftserbrechen)  ...flüssigem Stuhlgang oder Durchfall? ...Durchfall  Gab es irgendwelche Nahrungsmittel, die Sie nicht essen konnten, weil Sie diese nicht vertragen haben oder krank davon wurden? Um welche handelte es sich? ...Unverträglichkeit von mehreren Nahrungsmitteln  <b>Ich werden Ihnen nun einige Fragen zu Ihrer Sexualität stellen ...</b>  War Ihnen Sexualität im Allgemeinen recht wichtig oder wären Sie auch gut ohne Sexualität ausgekommen? - sexuelle Gleichgültigkeit  <b>Bei Männern:</b> Hatten Sie öfter irgendwelche sexuellen Probleme, wie z.B. keine Erektion bekommen zu können? ... Erektions- oder Ejakulationsschwierigkeiten  <b>Bei Frauen:</b> War Ihre Menstruation jemals unregelmäßig (abgesehen vom 1. Menstruationsjahr oder Menopause)?...unregelmäßige Menstruationsphasen</p>		

	<p><b>Kroenke-Kriterien</b></p> <p><b>A:</b> im letzten Monat vorhanden: 3 Symptome</p> <p><b>D:</b> Zwei Jahre: ein oder mehrere somatoforme Symptome an mehr als 50% der Tage, über mindestens 2 Jahre.</p> <p><b>F:</b> nicht absichtlich vorgespielt oder produziert</p>
	<p><b>C:</b> Leidensdruck: siehe sf-36</p>
	<p><b>B:</b> Symptom kann nicht vollständig durch einen bekannten allg. med. Krankheitsfaktor oder eine Substanz (z.B. Drogenmissbrauch, Medikamente) erklärt werden.</p> <p>Falls es einen allg. med. Krankheitsfaktor gibt, körperliche Beschwerden / soziale oder berufliche Beeinträchtigung bei weitem das größer als erwartet</p>
	<p>Multisomatoforme Störung: Kriterien erfüllt?</p>

## Einzelsymptome und SKID-Symptomgruppen: 2-Jahres- Prävalenzen

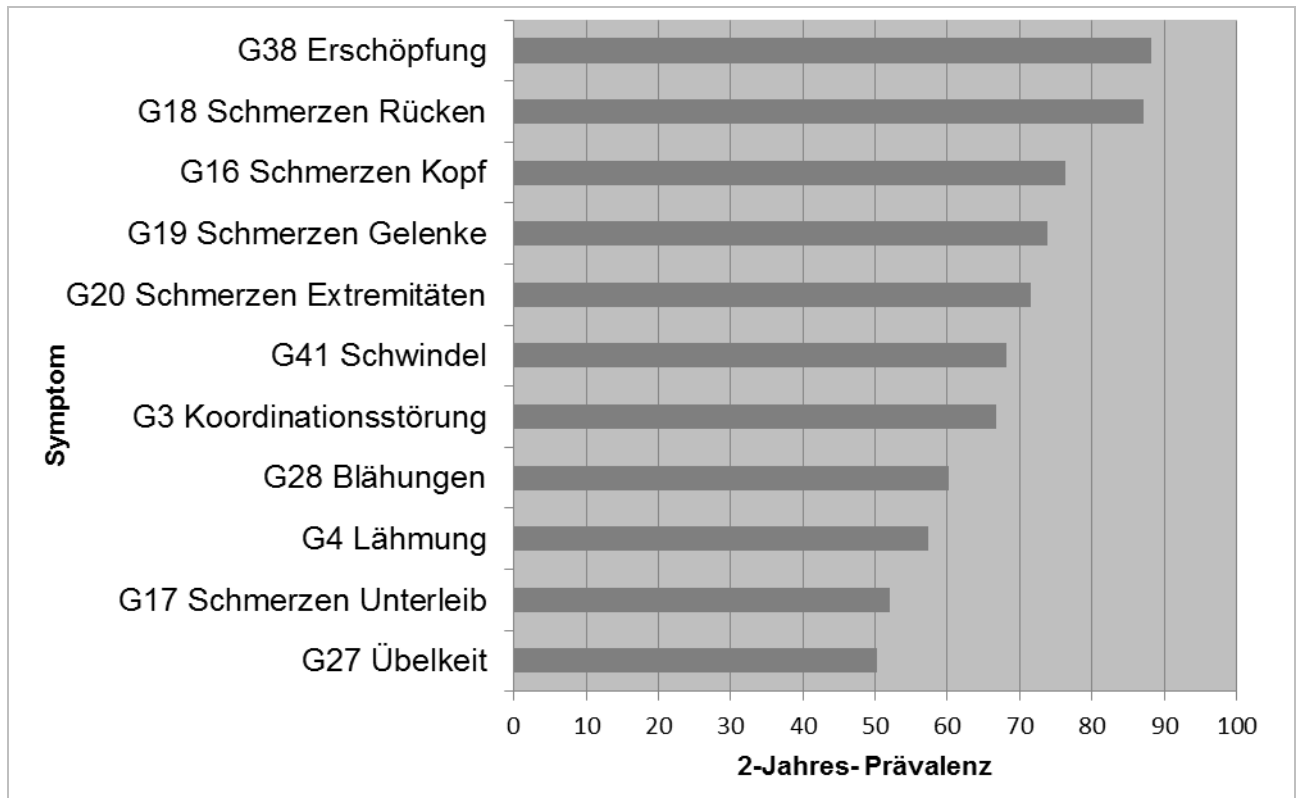


Abb. 11: 2-Jahres-Prävalenzen sehr häufiger und häufiger Symptome (> 50%)

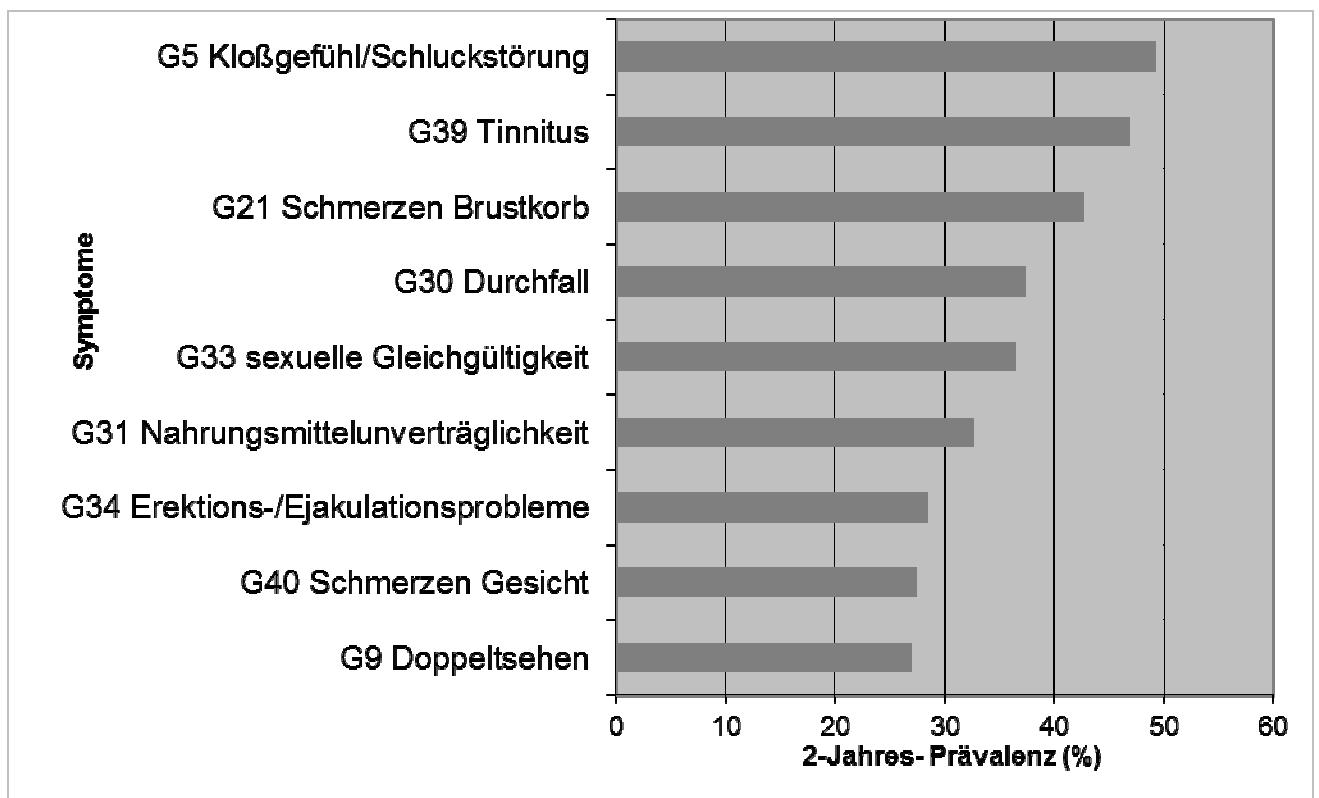


Abb. 12: Symptome mit mittlerer 2-Jahres-Prävalenz (> 25%)



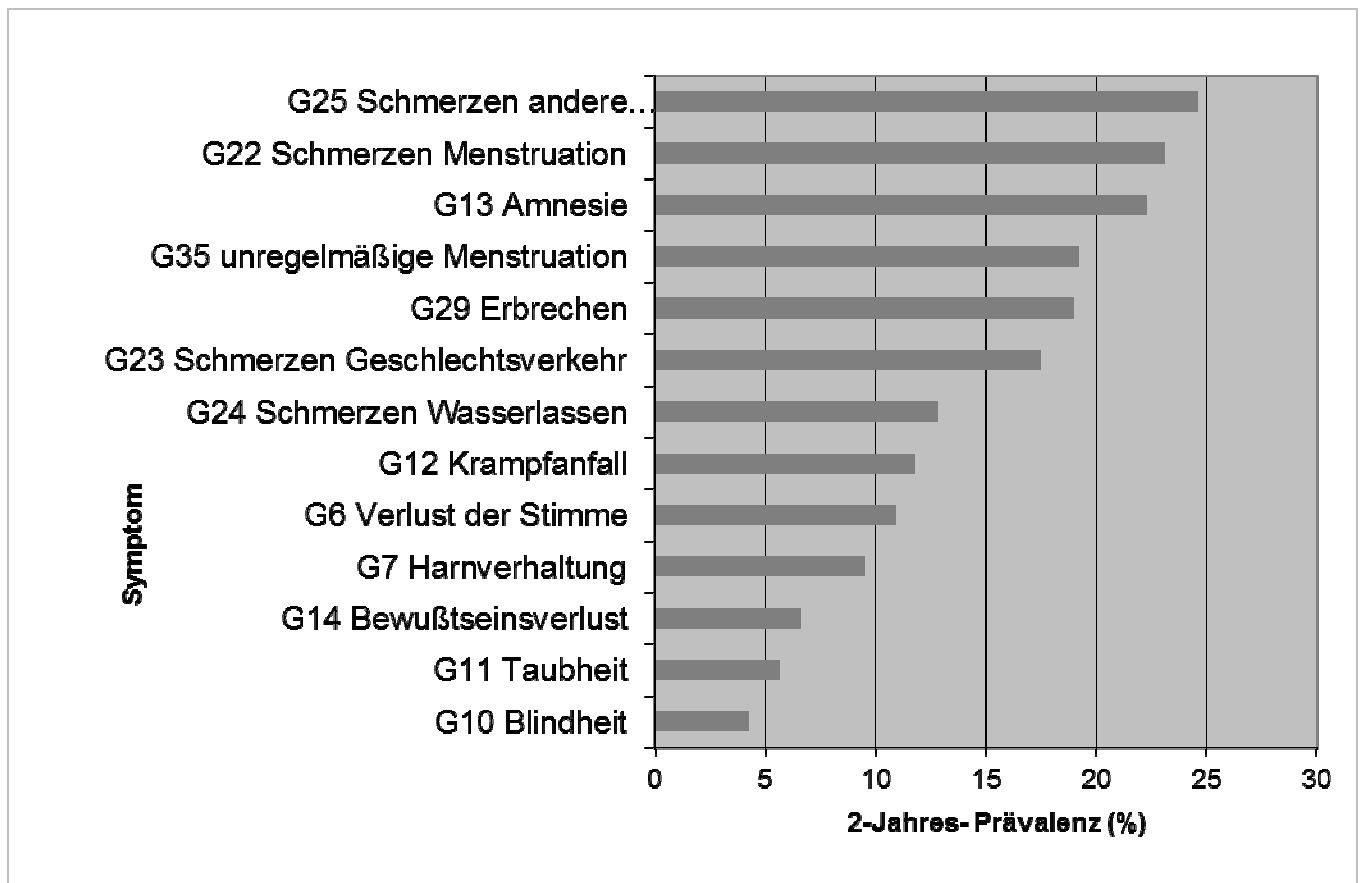


Abb. 13: Symptome mit seltener 2-Jahres-Prävalenz (< 25%)

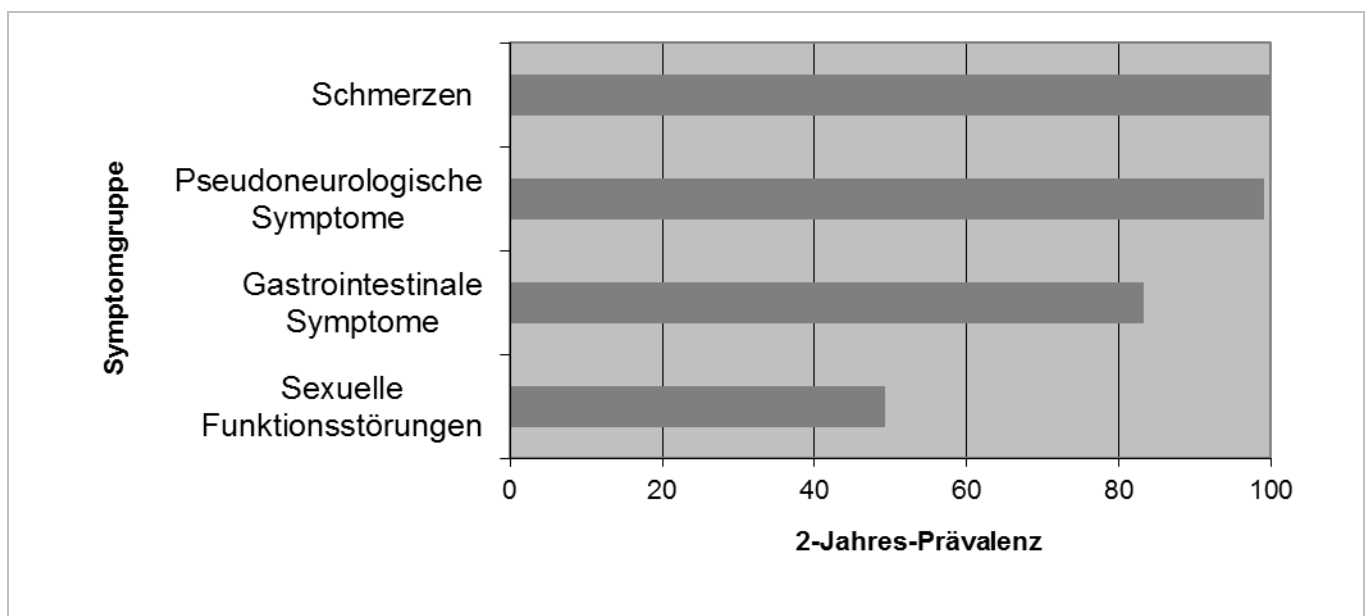


Abb. 14: 2-Jahres-Prävalenz der SKID-Symptomgruppen

## Rotierte Komponentenmatrix der PCA

Tab. 13: Rotierte Komponentenmatrix der PCA

Symptom	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
beeinträchtigte Koordination	0,58	0,06	0,17	0,28	0,17	0,05
Lähmung	0,42	0,14	-0,21	0,51	0,01	0,01
Kloßgefühl	0,38	0,08	0,40	-0,12	0,05	0,51
Doppeltsehen	0,10	0,04	0,32	0,54	0,01	0,03
Amnesie	0,04	0,14	0,23	0,59	0,06	0,14
Schwindel	-0,01	0,48	0,10	0,51	0,05	0,05
Erschöpfung	0,05	0,10	-0,33	0,45	0,11	0,08
Tinnitus	0,17	0,04	0,62	0,04	0,05	0,07
Schmerzen/Kopf	-0,01	0,15	-0,05	0,12	0,03	0,64
Schmerzen/Unterleib	-0,13	0,38	0,45	0,17	0,22	0,16
Schmerzen/Rücken	0,67	0,16	-0,08	0,01	0,10	0,30
Schmerzen/Gelenke	0,60	0,04	0,19	0,12	0,08	0,14
Schmerzen/Extremitäten	0,75	0,03	0,01	-0,04	0,10	0,22
Schmerzen/Brust	0,28	0,44	0,17	0,00	0,30	0,09
Schmerzen/Gesicht	0,05	0,13	0,12	0,26	0,42	0,49
Schmerzen/GV	0,11	0,11	0,08	-0,15	0,61	0,21
Schmerzen/andere	-0,05	0,05	0,08	0,07	0,78	0,26
Übelkeit	0,05	0,71	0,06	0,13	0,00	0,10
Blähungen	0,00	0,17	0,60	0,15	0,21	0,00
Erbrechen	0,01	0,53	-0,13	0,02	0,01	0,34
Durchfall	0,09	0,26	0,45	0,01	0,18	0,30
Unverträglichkeit von NM	0,05	0,15	0,01	0,25	0,39	0,24
sexuelle Gleichgültigkeit	0,09	0,49	0,17	-0,12	0,17	0,13
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse						
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung						

Die Eigenwerte nach Rotation betragen 2,2; 1,9; 1,8; 1,7; 1,7 und 1,5. Die erklärte Varianz betrug 9,6%; 8,2%; 7,9%; 7,5%; 7,3%; 6,5%, insgesamt 47%.

## Einzelsymptome: Odds-ratios Geschlecht

Tab. 14: Einzelsymptome mit Odd-Ratio

Symptom	OR (Frauen), (95% KI)
Beeinträchtigte Koordination	0,79 (0,42-1,48)
Lähmung/lok. Schwäche	1,01 (0,56-1,84)
Schluckstörung/Kloßgefühl	1,20 (0,67-2,15)
Verlust der Stimme	2,57 (0,83-7,93)
Harnverhalt	0,97 (0,37-2,55)
Doppeltsehen	0,98 (0,51-1,91)
Blindheit	1,88 (0,38-9,30)
Taubheit	1,61 (0,42-6,16)
Krampfanfall	1,05 (0,43-2,60)
Amnesie	1,32 (0,64-2,47)
Schwindel	1,46 (0,78-2,73)
Erschöpfung	1,17 (0,48-2,83)
Tinnitus	0,58 (0,32-1,05)
Verlust des Bewusstseins	1,19 (0,35-4,01)
Schmerzen Kopf	0,98 (0,49-1,96)
Schmerzen Unterleib	1,04 (0,57-1,87)
Schmerzen Rücken	0,95 (0,40-2,24)
Schmerzen Gelenke	1,10 (0,57-2,12)
Schmerzen Extremitäten	1,31 (0,69-2,51)
Schmerzen Brust	2,04 (1,10-3,79)
Schmerzen Gesicht	2,97 (1,38-6,37)
Schmerzen GV	5,22 (1,76-15,48)
Schmerzen Wasserlassen	4,91 (1,42-16,94)
Schmerzen andere	2,40 (1,11-5,18)
Übelkeit	1,06 (0,59-1,91)
Blähungen	0,72 (0,39-1,32)
Erbrechen	1,59 (0,72-3,51)
Durchfall	0,89 (0,49-1,62)
Nahrungsmittelunverträglichkeit	1,37 (0,72-2,59)
Sexuelle Gleichgültigkeit	2,04 (1,07-3,87)

## Lebenslauf

	<b>Persönliche Daten</b>
	Angelika Martha Starkmann geb. Kittner
	geboren am 21.2.1983 in Schwabmünchen verheiratet
	<b>Schulausbildung</b>
1989 – 1994 1994 – 2003	Grund- und Teilhauptschule Untermeitingen Gymnasium Maria Stern, Augsburg Abschluss: Abitur, Note: 1,2
	<b>Hochschulausbildung</b>
2003 – 2010	Studium der Humanmedizin an der Ludwig- Maximilians- Universität und der Technischen Universität München Abschluss: Ärztliche Prüfung, Gesamtnote: 2,33
August 2005	1. Staatsexamen, Note: befriedigend
April 2010	2. Staatsexamen, Note: gut
	<b>Famulaturen</b>
April 2006	Gynäkologie und Geburtshilfe, Josefinum, Augsburg
September 2006	Allgemeinmedizin, Praxis Dres. Hägele und Mollemeyer, Langerringen
April 2007	Psychosomatik, Psychosomatische Klinik, Windach am Ammersee
April 2008	Pädiatrie, Kinderklinik, Augsburg
	<b>Praktisches Jahr</b>
Dezember 2008- März 2009	Allgemeinmedizin, Praxis Dr. Treu, Hausham
März 2009- Juli 2009	Neuro-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Klinikum Augsburg

August 2009-  
Dezember 2009

Innere Medizin,  
Klinikum Augsburg

Mai 2010

### **Approbation**

### **Berufstätigkeit**

September 2010-  
Oktober 2012

Assistenzärztin Innere Medizin,  
1. Medizinische Klinik, Kliniken Ostallgäu- Kaufbeuren

seit Februar 2013

Weiterbildungsassistentin in der Allgemeinmedizinischen  
Praxis Dres. Joas, Hofstetten

### **Weitere Qualifikationen**

Vorbereitung und Präsentation des Vortrags „Erwartungen der Studierenden an die Allgemeinmedizin“ beim Symposium „Zukunftsmodell Allgemeinmedizin“ der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA), Baierbrunn bei München, 2008

Teilnahme am Notarztdienst und am KVB- Bereitschaftsdienst in der KVB- Bereitschaftspraxis, Miesbach- Tegernsee

Seminar „Grundlagen und Anwendungsbereiche der Homöopathie“, Dr. Peter Döring, Ludwig- Maximilians- Universität, München

Interdisziplinärer Ultraschallgrundkurs Abdomen und Retroperitoneum, Ludwig- Maximilians- Universität, München

Seminar „Palliativmedizin“, Prof. Gian Domenico Borasio, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Klinikum der Universität München- Großhadern

Augsburger Basiskurs Palliativmedizin, Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.

Kompaktkurs Notfallmedizin, Garmisch- Partenkirchen

### **Sprachkenntnisse**

Englisch, Latein: sehr gute Kenntnisse

Spanisch: gute Kenntnisse

Französisch: Grundkenntnisse

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei allen, die mir durch ihre Unterstützung diese Arbeit ermöglicht haben, bedanken.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Peter Henningsen für seine freundliche und wohlwollende Hilfe bei der Suche nach einem Thema.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem wissenschaftlichen Betreuer Herrn Dipl. Psych. Heribert Sattel, der mir bei Fragen und Problemen aller Art stets ein zuverlässiger und geduldiger Ansprechpartner war.

Ein herzlicher Dank gilt meinem Mann Joachim und meinen Eltern, die mich nicht nur bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben.

## **Erklärung**

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Promotionsprüfung vorgelegte Arbeit mit dem Titel:

„Somatoforme Symptome bei multisomatoformer Störung: Häufigkeiten, Zusammenhangsmuster, klinische Korrelate. Untersuchung im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit einer psychodynamisch-interpersonellen Kurzzeitpsychotherapie.“

in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Rechts der Isar, München, unter der Anleitung und Betreuung durch Dipl. Psych. Heribert Sattel ohne sonstige Hilfe erstellt und bei der Abfassung nur die gemäß § 6 Abs. 5 angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von Dissertationen sucht, oder die mir obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teilweise erledigt.

Ich habe die Dissertation in dieser oder ähnlicher Form in keinem anderen Prüfungsverfahren als Prüfungsleistung vorgelegt.

Ich habe den angestrebten Doktorgrad noch nicht erworben und bin nicht in einem früheren Promotionsverfahren für den angestrebten Doktorgrad endgültig gescheitert. Die Promotionsordnung der Technischen Universität München ist mir bekannt.

München, den 24.1.2013

Angelika Starkmann

