

Somatoforme und funktionelle Störungen

Zusammenfassung

Somatoforme Beschwerden zeichnen sich durch anhaltende und subjektiv beeinträchtigende Körperbeschwerden aus, für die auch nach angemessener somatischer Diagnostik keine ausreichende organmedizinische Erklärung gefunden werden kann. Die Prävalenzraten somatoformer Beschwerden und Störungen sind vor allem in der Primärversorgung beträchtlich. Der Verlauf der Störung ist typischerweise chronisch, die Remissionsraten sind niedrig. Die Genese und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden sind als multifaktoriell anzusehen. Die Klassifikation somatoformer Störungen wird aktuell kontrovers diskutiert; es ist von einer deutlichen Änderung der Kategorie im künftigen DSM-V auszugehen. Hinsichtlich der Psychotherapie somatoformer Störungen liegt empirische Evidenz für die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler sowie psychodynamischer Therapieansätze vor. Die Pharmakotherapie hat eine nachgeordnete Bedeutung, kann aber bei ausgeprägter Komorbidität von Angst- oder depressiven Störungen sinnvoll sein.

Schlüsselwörter

Somatoforme Störungen · Funktionelle Syndrome · Klassifikation · Diagnostik · Therapie

Somatoform disorders and functional somatic syndromes

Summary

Somatoform symptoms occur in the absence of clear organic pathology. Typically, such symptoms are long-lasting and disabling. Somatoform symptoms and disorders are highly prevalent in primary care. The course of somatoform disorders is mostly chronic, and remission rates are low. Multiple factors influence the development and perpetuation of somatoform disorders. Currently, there is strong debate about the classification of somatoform disorders, and it is very likely that there will be significant changes in the classification of somatoform disorders in the upcoming DSM-V. With regard to the psychotherapeutic treatment of somatoform disorders, there is empirical evidence for the efficacy of cognitive-behavioral as well as psychodynamic-interpersonal strategies. Pharmacotherapy plays a minor role, but it can be useful mainly in cases of comorbid depression or anxiety.

Keywords

Somatoform disorders · Functional syndromes · Classification · Assessment · Therapy



Punkten Sie online auf
CME.springer.de

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

Somatoforme Störungen sind in fast allen Bereichen der klinischen Medizin zu beobachten

► Langwierige Krankheitsverläufe

Somatoforme Beschwerden und Störungen bedingen eine überproportionale, dysfunktionale und kostenintensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

► Hypochondrische Störung

► Körperdysmorphie Störung

Im Zentrum der somatoformen Störungen stehen anhaltende, somatisch nicht ausreichend erklärbare Körperbeschwerden, die von den betroffenen Patienten einer vermuteten körperlichen Erkrankung zugeordnet werden und häufig zu interaktionellen Schwierigkeiten in der Diagnostik und Behandlung führen. Der Beitrag gibt einen Überblick über die Klinik und Klassifikation somatoformer Störungen und funktioneller Syndrome, gibt Empfehlungen zu effektiver Diagnostik und psychosomatischer Grundversorgung und stellt evidenzbasierte Therapieansätze vor. Der Beitrag führt in den aktuellen Stand der Diskussion ein.

Definition und Klinik

Somatoforme Störungen und funktionelle Syndrome zeichnen sich durch anhaltende oder häufig wiederkehrende, subjektiv als beeinträchtigend erlebte körperliche Beschwerden aus, für welche auch nach angemessener somatischer Diagnostik keine ausreichende Erklärung im Sinne einer kausalen Organpathologie gefunden werden kann. Somatoforme Beschwerden und Störungen sind in fast allen Bereichen der klinischen Medizin häufig zu beobachten, und fast durchgängig stellen sie eine klinische Herausforderung dar – für die Diagnostik, die Behandlung und den Umgang mit den betroffenen Patienten. Die geklagten Beschwerden können meist einer von drei Hauptgruppen zugeordnet werden [17]:

- Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation und Qualität,
- funktionelle Störungen in verschiedenen Organsystemen wie Palpitationen, Schwindel, Verdauungs- oder Empfindungsstörungen,
- Beschwerden aus dem Formenkreis von Müdigkeit, chronischer Erschöpfung und subjektive verminderter Belastbarkeit.

Typischerweise gehen Patienten von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden aus. Nicht selten wird diese einseitige somatische Betrachtungsweise von den ärztlichen Behandlern, zumindest teilweise, übernommen. Dies führt in der Konsequenz häufig zu nicht indizierten und gelegentlich sogar risikoreichen und invasiven, zumeist jedoch frustrierten diagnostischen Maßnahmen, wiederholten und nicht indizierten Therapieversuchen und letztlich zu ► **langwierigen Krankheitsverläufen**. Zwar tritt bei der Hälfte bis drei Viertel der Patienten mit somatoformen Beschwerden mit der Zeit eine Besserung ein, jedoch ist bei 10–30% eine zunehmende Verschlechterung zu beobachten. Ein prognostisch relevanter Faktor für den Verlauf scheint die initiale Anzahl somatoformer Beschwerden zu sein [24]. Auf Seiten der Patienten führt die wiederholt erlebte Enttäuschung über die Beschwerdepersistenz trotz anfänglicher Hoffnung in den jeweils nächsten Therapieversuch häufig zu einer Unzufriedenheit mit dem aktuellen Behandler und zu konsekutiven Therapieabbrüchen oder Arztwechseln („doctor hopping“). Somatoforme Beschwerden und Störungen bedingen somit eine überproportionale, dysfunktionale und kostenintensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Diese besteht unabhängig von psychiatrischer und medizinischer Komorbidität (vgl. [21]).

Das Insistieren der Patienten auf einer organischen Ursache ist nicht zuletzt in ihrem Bestreben begründet, in der Patientenrolle ernst genommen und als legitimer Kranker anerkannt zu werden. Bemühungen um eine psychosozial-integrative Sichtweise ihrer Beschwerden erleben sie häufig als Stigmatisierung und Bedrohung ihrer Identität [1].

Klassifikation

Somatoforme Störungen sind sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV in einem eigenen Unterkapitel repräsentiert. Neben zahlreichen Überschneidungen existieren auch deutliche Unterschiede in der Klassifikation somatoformer Störungen zwischen ICD-10 und DSM-IV (vgl. ■ **Tab. 1**).

Die diagnostischen Kategorien sind in beiden Fällen an dem Leitmerkmal der körperlichen Symptome ohne ausreichende organische Ursache orientiert und umfassen polysymptomatische wie auch monosymptomatische Störungen. Eine gewisse Sonderstellung nimmt die ► **hypochondrische Störung** ein. Für diese ist weniger das Auftreten körperlicher Beschwerden entscheidend als vielmehr die längerdauernde, ausgeprägte Angst und Besorgnis, an einer ernsthaften körperlichen Krankheit zu leiden. Ähnliches gilt für die ► **körperdysmorphie Störung**, die im DSM-IV, nicht aber im ICD-10 den somatoformen Störungen zugeordnet ist. Hier dominieren vor allem Fehlüberzeugungen bez.

Tab. 1 Klassifikation somatoformer Störungen in ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Somatisierungsstörung (F45.0)	Somatisierungsstörung (300.81)
Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)	Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)
Hypochondrische Störung (F45.2)	Hypochondrie (300.7)
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	nb
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)	Schmerzstörung (307.xx)
Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)	nb
Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9)	Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81)
ak	Konversionsstörung (300.11)
ak	Körperdysmorphie Störung (300.7)

nb nicht benannt, ak andernorts klassifiziert.

äußerer Körpermerkmale, welche als hässlich oder entstellt erlebt werden. Eine kompakte Übersicht zu den klinischen Aspekten der spezifischen somatoformen Störung liefert Kapfhammer [18].

Parallel zur Klassifikation somatoformer Störungen als einer psychischen Störung existiert innerhalb der somatischen Medizin eine Reihe funktioneller Syndromdiagnosen, z. B. ► **Fibromyalgie** (ICD-10 M79.0) in der Rheumatologie oder ► **Reizdarmsyndrom** (K58) in der Gastroenterologie. Diese funktionell-somatischen Syndromdiagnosen sind rein deskriptiv und umfassen lediglich die somatisch nicht ausreichend erklärbare Hauptbeschwerde.

Die einzelnen funktionell-somatischen Syndrome überlappen sich stark, sodass die Aufteilung zumindest teilweise als ein Artefakt der spezialisierten somatischen Versorgung anzusehen ist [17]. Letztlich handelt es sich bei den funktionellen Syndromen und den somatoformen Störungen nicht um getrennte Krankheitsentitäten, sondern vielmehr um zwei historisch unterschiedlich gewachsene Sichtweisen: Funktionelle Syndrome werden im somatischen Kontext diagnostiziert, während die gleichen klinischen Beschwerdebilder im psychosomatischen Kontext als somatoforme Störungen klassifiziert werden. Es besteht keine klare Logik bei der parallelen Klassifikation als funktionelles Syndrom oder als somatoforme Störung, und die Diagnose sagt demzufolge mehr darüber aus, wer die Diagnose gestellt hat, denn über die klinische Entität der Beschwerden [13].

Aktuelle Entwicklungen in der Klassifikation

Angesichts der anstehenden Revision der psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM und ICD werden zahlreiche kritische Argumente gegen die aktuelle Klassifikation somatoformer Störungen angeführt (vgl. [21]):

- Die dualistische Kategorisierung in organmedizinisch begründete und „psychogene“ Beschwerden ist fragwürdig.
- Die aktuell unter der Bezeichnung „somatoforme Störungen“ zusammengefassten Störungen bilden keine kohärente Kategorie.
- Die Ausschlusskriterien der Störungen sind nicht eindeutig.
- Es bestehen keine klaren definitorischen Grenzen.
- Die einzelnen Störungskategorien innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen sind nicht reliabel.
- Die diagnostischen Kriterien der Somatisierungsstörung sind zu eng gefasst.
- Die gegenwärtige Beschreibung der Störungen ist nicht kultursensibel.
- Die gegenwärtige Terminologie ist für Patienten schwer akzeptabel.
- Es kann zu problematischen Situationen in sozial- und versicherungsrechtlichen Verfahren kommen.

Als Reaktion auf diese kritischen Punkte wurden verschiedene Vorschläge zur Revision unterbreitet, die von der Abschaffung der gesamten Kategorie bis hin zu einer Neudefinition und Neubenennung des Phänomens reichen.

- **Fibromyalgie**
- **Reizdarmsyndrom**

Funktionelle Syndrome und somatoforme Störungen beschreiben gleiche Krankheitsentitäten aus unterschiedlichen Sichtweisen

► „Medizinisch unerklärte Symptome“

Das Primat der Ausschlussdiagnostik soll durch Positivkriterien abgelöst werden

Tab. 2 Aktuelle Vorschläge diagnostischer Kategorien somatoformer Beschwerden (Darstellung der Schlüsselkriterien)

Autor	Diagnostische Bezeichnung	Definition
Kroenke [20]	„Physical symptom disorder“	<ul style="list-style-type: none"> – Ein oder mehr aktuell vorliegende körperliche Symptome, welche eine Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen bedingen – Die Beschwerden sind nicht völlig durch eine andere medizinische oder psychische Störung erklärbar, mit der Ausnahme von Syndromen, die sich ausschließlich als Symptome manifestieren (z. B. Reizdarm, chronisches Müdigkeitssyndrom und andere) – Dauer von mindestens 6 Monaten
Fink u. Schröder [8]	„Bodily distress disorder“	Ein oder mehr der folgenden Kriterien sind erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> – 3 oder mehr kardiopulmonale Symptome – 3 oder mehr gastrointestinale Symptome – 3 oder mehr muskuloskeletale Symptome – 3 oder mehr allgemeine Symptome (z. B. Konzentrationsstörungen, Schwindel) – Klassifizierbar in singulärer Organtyp und Multiorgantyp
DSM-V Working Group [5]	„Complex somatic symptom disorder“	<ul style="list-style-type: none"> – Multiple gegenwärtige körperliche Beschwerden (oder eine einzelne sehr starke Beschwerde), welche als beeinträchtigend erlebt werden – Schwierigkeiten, unangenehme körperliche Empfindungen auszuhalten und adaptiv mit diesen umzugehen – Fehlattritionen, exzessive Sorgen und deutliches Beschäftigtsein mit Beschwerden und (potenziellen) Krankheiten – Gesteigertes Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen – Dauer unter 6 Monaten: „acute somatic symptom disorder“ – Dauer 6 Monate oder länger: „chronic somatic symptom disorder“

Hinsichtlich der Benennung des Phänomens hat in den vergangenen Jahren die Bezeichnung ► **„medizinisch unerklärte Symptome“** („medically unexplained symptoms“) eine recht weite Verbreitung gefunden. Doch auch diese vermeintlich deskriptiv-neutrale Bezeichnung hat zahlreiche Nachteile. Aus klinischer Sicht handelt es sich um eine negative Bezeichnung – medizinisch unerklärt. Die Betroffenen erfahren durch diese Bezeichnung keine positive Beschreibung und Erklärung der Beschwerden – alleine der Begriff enthält dem Patienten somit vor, was er eigentlich sucht und wünscht. Ferner ist angesichts dieser Bezeichnung unklar, was eigentlich eine „medizinische Erklärung“ eines Symptoms darstellt; es bleibt offen, welche Kriterien hierfür hinreichend sind. Schließlich bleibt unklar, ob die Bezeichnung als „medizinisch unerklärt“ bedeutet, dass die Medizin dem oder der Betroffenen nichts anzubieten hat – zumindest können Patienten dies so schlussfolgern [4].

Angesichts dieser Probleme entspannt sich die gegenwärtige Diskussion nicht nur um die Definition somatoformer Störungen, sondern auch um deren Bezeichnung. Besonders relevante Vorschläge zu einer diagnostischen Neukonzeption und Neubezeichnung somatoformer Störungen sind: „physical symptom disorder“ [20], „bodily distress disorder“ [8] sowie „complex somatic symptom disorder“ [5] (► **Tab. 2**).

Eine definitive Entscheidung hinsichtlich der klassifikatorischen Definition somatoformer Störungen im DSM-V ist noch nicht getroffen, allerdings ist es sehr wahrscheinlich, dass es zu deutlichen Veränderungen kommen wird. Vor allem ist das Bemühen um eine positive Definition somatoformer Störungen ersichtlich. Dies bedeutet, dass es nicht mehr primär darum geht zu belegen, dass organomedizinische Ursachen nicht anzunehmen sind. Dieses Primat der Ausschlussdiagnostik soll durch Positivkriterien abgelöst werden, welche die Symptomstärke, psychologische und Verhaltensfaktoren umfassen. Als besonders vielversprechend erscheint der Vorschlag der „complex somatic symptom disorder“ (CSSD), welcher hinsichtlich Validität und klinischer Nützlichkeit positiv bewertet wird [31]. Dieser Vorschlag der DSM-V-Arbeitsgruppe sieht als weitreichendste Änderung vor, dass das Kriterium, wonach körperliche Beschwerden organisch nicht ausreichend erklärbar sind, nicht mehr gefordert wird (vgl. <http://www.dsm5.org>). So wäre es beispielsweise denkbar, dass Patienten mit einer körperlichen Erkrankung, z. B. Multipler Sklerose, die Diagnose CSSD erhalten, sofern sie körperliche Beschwerden zeigen (z. B. starke Müdigkeit) und die weiteren geforderten Positivkriterien erfüllen. Auch dieser definitorische Vorschlag hat gewisse Schwierigkeiten und Nachteile, z. B. die

Infobox 1 Empfehlungen zur Diagnostik

- Hinreichend sicherer Ausschluss einer kausalen somatischen Pathologie
- Legitimation und Anerkennung der Körperbeschwerden von Anfang an; dazu sollte der Beschwerdeschilderung des Patienten ausreichend Raum gewidmet werden
- Gezielte Anamnese über das Leitsymptom hinaus zur Erfassung weiterer Beschwerdekomponenten wie Angst und/oder Depressivität
- Frühzeitige psychosoziale Erweiterung des Krankheitsmodells bereits im Stadium der Diagnostik; ggf. Vorbereitung auf möglicherweise ergebnislose somatische Diagnostik
- Beachtung möglicher, nicht explizit geäußerter Behandlungsanliegen; Körperbeschwerden können vom Patienten auch als „Eintrittskarte“ für das Ansprechen psychischer Beschwerden oder für die Erörterung anderer psychosozialer Anliegen wie dem Wunsch nach Krankschreibung oder der Erörterung lebenspraktischer Probleme genutzt werden
- Beachten der eigenen affektiven Reaktion auf den Patienten; dies kann für die Gestaltung der weiteren Diagnostik und Interaktion genutzt werden
- Explizite Diagnosestellung und Zuordnung zu einem spezifischen Subtyp nach ICD-10; sollte dies nicht möglich sein, bietet sich die Diagnose „Sonstige somatoforme Störung“ (ICD-10 F45.8) als Restkategorie an

gleichzeitige Benennung als Symptom und als Störung („disorder“, vgl. [13]), und es bleibt abzuwarten, ob er sich letztlich im DSM-V durchsetzen wird.

Im ICD hat es aktuell eine vergleichsweise kleine Veränderung in der Klassifikation somatoformer Störungen gegeben. Neu eingeführt wurde die Diagnose „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41). Mit dieser Diagnose sollen Schmerzsyndrome gekennzeichnet werden, bei denen psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Persistenz der Schmerzen zukommt, nicht jedoch eine ursächliche Rolle bei dem Beginn der Schmerzen [26].

Es ist davon auszugehen, dass sich die Klassifikation somatoformer Störungen im künftigen ICD-11 ebenfalls verändern wird. Explizite Aussagen, in welche Richtung dies gehen wird, liegen noch nicht vor (vgl. <http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en>).

Diagnostik

Bei der Diagnostik somatoformer Störungen ist die sog. Simultandiagnostik sinnvoll, d. h. es werden von Beginn an sowohl organische als auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Dabei ist es wichtig, in der Anamnese aktuelle und frühere Beschwerden sowie das Inanspruchnahmeverhalten und vorangegangene diagnostische bzw. therapeutische Bemühungen möglichst vollständig zu erheben. Insbesondere bei bereits erfolgter Primärdiagnostik ohne ausreichend erklärenden somatischen Befund sollte der Patient vor einer geplanten weiterführenden Diagnostik frühzeitig darauf hingewiesen werden, dass zwar alle notwendigen Untersuchungen, z. B. eine noch ausstehende zerebrale Bildgebung, durchgeführt werden, dies mit einiger Wahrscheinlichkeit jedoch keine wegweisenden neuen Befunde erbringen wird. Von diagnostischem Interesse sind ferner der Umgang des Patienten mit seinen Beschwerden sowie sein subjektives Störungsmodell. Auch sollte aktiv nach weiteren Beschwerdedimensionen wie Angst, Depression und Symptomen einer ► **Traumafolgestörung** gefragt werden. Insbesondere letzteres ist bedeutsam, da Patienten mit somatoformen Störungen häufig Belastungsfaktoren in der Kindheit, wie Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils oder Missbrauch, aufweisen (vgl. [21]). Die klinischen Empfehlungen zur Diagnostik sind in **Infobox 1** zusammengefasst.

Bei inkonsistenten Angaben des Patienten, zur genaueren Schweregradeinschätzung – auch im weiteren Verlauf – oder bei wissenschaftlichem Interesse kann die klinische Diagnostik durch ► **testpsychologische Instrumente**, z. B. den Patient Health Questionnaire (PHQ) zur Erfassung von Körperbeschwerden, Angst und Depressivität oder das Screening für somatoforme Störungen (SOMS), ergänzt werden.

Epidemiologie

Einzelne somatoforme Beschwerden sind ein Alltagsphänomen und weit verbreitet. Zu den häufigsten Beschwerden zählen Schmerzen, welche von bis zu 70% der Allgemeinbevölkerung geklagt werden. In der Primär- und Sekundärversorgung geben bis zu 50% der Patienten somatoforme Be-

Die Diagnose "Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren" wurde neu eingeführt

Von diagnostischem Interesse sind der Umgang des Patienten mit seinen Beschwerden und sein subjektives Störungsmodell

► Traumafolgestörung

► Testpsychologische Instrumente

Zu den häufigsten somatoformen Beschwerden zählen Schmerzen

► Somatisierungsstörung

In der Primärversorgung liegen die Prävalenzraten für eine somatoforme Störung bei 26–36%

Zu den häufigsten funktionellen Syndromen zählt das Reizdarmsyndrom

► Depressionen und Angststörungen

► Suizidalität

► Persönlichkeitsstörung

schwerden an [32]. Die Angaben zur Häufigkeit somatoformer Störungen schwanken stark. Von Bedeutung ist dabei, welcher Versorgungssektor betrachtet wird. Ferner ist zu bedenken, ob die Störungen nach ICD-10 oder nach DSM-IV definiert wurden, wobei in der epidemiologischen Forschung zumeist eine Definition nach DSM-IV-Kriterien zugrunde gelegt wird.

Niedrige Prävalenzraten finden sich für die schwerste polysymptomatische Störung, die ► **Somatisierungsstörung**, welche diagnostisch sehr eng gefasst ist. In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Häufigkeit der Somatisierungsstörung weniger als 1% [3]. Bei Patienten der Primärversorgung mit einer hohen Inanspruchnahme ärztlicher Versorgungsleistungen erfüllten lediglich 1,5% die engen Kriterien der Somatisierungsstörung [27]. Werden die Kriterien im Sinne der „abridged somatization disorder“ gelockert, sind bereits bis zu 19% der Allgemeinbevölkerung und bis zu 35% der Patienten in der Primärversorgung betroffen [3].

Die Prävalenzrate für irgendeine somatoforme Störung betrug in dem in den Jahren 1998/1999 durchgeführten deutschen Bundesgesundheits-Survey 7,5% (4-Wochen-Prävalenz). Studien aus dem Bereich der Primärversorgung erbrachten Prävalenzraten für irgendeine somatoforme Störung von ca. 26–36% (vgl. [21]).

Ähnlich hoch ist die Häufigkeit in der spezialisierten Medizin. So besteht bei 20% der stationären internistischen Patienten eine somatoforme Störung [7].

Auch die Konsiliarpsychiatrie ist mit somatoformen Störungen konfrontiert, wobei diese hier eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen. Eine Studie, in der über 13.000 konsiliarpsychiatrische Konsultationen über einen Zeitraum von 8 Jahren betrachtet wurden, erbrachte bei 4,1% der Patienten eine somatoforme Störung, wobei die Rate bei neurologischen Überweisungen mit 11,6% am höchsten war. Von diesen neurologischen Konsilpatienten wiesen zwei Drittel eine Konversionsstörung auf [29]. Die Häufigkeit funktioneller Syndrome unterscheidet sich ebenfalls stark zwischen den einzelnen Syndromen. Zu den häufigsten zählt das Reizdarmsyndrom mit einer Prävalenzrate von bis zu 20% in der Allgemeinbevölkerung. Deutlich seltener tritt das chronische Müdigkeitssyndrom („chronic fatigue syndrome“) auf, dessen Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung unter 1% beträgt [32].

Komorbidität

Komorbide Beschwerden stellen bei somatoformen Beschwerden und funktionellen Syndromen eher die Regel als die Ausnahme dar. Besonders das komorbide Auftreten von depressiven und Angstsymptomen ist als beinahe regelhaft anzusehen. Die Komorbiditätsrate mit ► **Depressionen und Angststörungen** ist höher als bei Patienten mit phänomenologisch vergleichbaren körperlichen Erkrankungen, für welche eine organische Ätiologie bekannt ist [16].

Daten des deutschen Bundesgesundheits-Survey zeigen, dass 30% der Personen mit einer somatoformen Schmerzstörung (12-Monats-Prävalenz) unter einer komorbiden Angststörung litten, und 33% der Männer sowie 37% der Frauen eine komorbide depressive Störung aufwiesen. Die Komorbidität zu irgendeiner psychischen Störung betrug 59% für Männer und 55% für Frauen [9]. Daten zur Komorbidität mit weiteren spezifischen psychischen Störungen liegen nur begrenzt vor, und einige Ergebnisse sind inkonsistent. So zeigte sich in deutschen bevölkerungsbasierten Studien ein konsistenter Zusammenhang zwischen Substanzstörungen und somatoformen Störungen, der in anderen Staaten jedoch nicht aufgezeigt werden konnte [11].

Es liegen auch einige wenige Ergebnisse zur Komorbidität bei Patienten psychiatrischer Ambulanzen vor. In einer norwegischen Studie zeigte sich, dass der Anteil der Patienten mit einem Suizidversuch in der Vorgeschichte bei Patienten mit Somatisierungsstörung höher war als bei Patienten ohne Somatisierungsstörung [2]. Aufgrund des retrospektiven Designs lässt sich allerdings nur schwer beurteilen, ob somatoforme Störungen nach Kontrolle weiterer komorbider, vor allem depressiver Störungen, einen unabhängigen Prädiktor für aktuelle und künftige Suizidalität darstellen. Nichtsdestotrotz legt dieses Ergebnis nahe, im klinischen Alltag auch bei somatoformen Patienten ► **Suizidalität** zu eruieren. Eine spanische Fall-Kontroll-Studie zeigte eine deutlich höhere Komorbiditätsrate zu Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung im Vergleich zu Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung. Die häufigste Persönlichkeitsstörung unter den Patienten mit Somatisierungsstörung war eine paranoide ► **Persönlichkeitsstörung** (15,7%), gefolgt von der histrionischen (14,2%) und vermeidend-selbstunsicheren (12,8%) Persönlichkeitsstörung [10].

Diese Studien erbringen interessante Hinweise, jedoch ist die empirische Befundlage zur Komorbidität jenseits von depressiven und Angststörungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in Patientengruppen insgesamt bislang nicht ausreichend.

Ätiologie und Pathogenese

Hinsichtlich Prädisposition, Auslösung und Aufrechterhaltung somatoformer Beschwerden sind multiple Faktoren in Betracht zu ziehen; bisher existiert kein einheitliches Modell der Ätiopathogenese somatoformer Beschwerden und Störungen. Sowohl individuelle Faktoren wie genetische Veranlagung, biographische Belastungsfaktoren, Persönlichkeitsmerkmale, somatische Vor- bzw. Grunderkrankungen oder eine erhöhte Körperaufmerksamkeit als auch soziokulturelle Gegebenheiten spielen dabei eine Rolle [25].

In einem klassisch psychodynamischen Modell wurden somatoforme Beschwerden lange Zeit als nichtsymbolischer Ausdruck unbewusster intrapsychischer Konflikte gesehen, ohne dass sich dies empirisch hinreichend absichern ließ.

Das ► **psychodynamisch-interpersonelle Modell** von Henningsen und Rudolf (vgl. [14]) fokussiert vor allem den Aspekt einer Körperbeziehungsstörung. Der Ursprung hierfür ist in maladaptiven Erfahrungen mit dem eigenen Körper in frühen Entwicklungsphasen zu sehen. Diese maladaptiven Erfahrungen können aus physischen, sexuellen oder Beziehungstraumatisierungen, aber auch aus angeborenen körperlichen Beeinträchtigungen oder körperlichen Erkrankungen erwachsen. In der Folge ist die Entwicklung einer zunehmenden Differenzierung körperlich-emotionaler Abläufe beeinträchtigt. Die Person kann körperliche Sensationen selbst nur ungenügend regulieren und bildet kompensatorisch ein ► **dysfunktionales Hilfesuchverhalten** aus. Das auf körperliche (Miss-)Empfindungen ausgerichtete eigene Körpererleben mündet in ein einseitig somatisches Krankheitsmodell. Die Bedeutung biographisch früher Interaktionserfahrungen wird durch Befunde der Bindungsforschung gestützt, wonach Patienten mit somatoformen Beschwerden vermehrt unsichere Bindungsmuster aufweisen. Auch auf der Ebene von Beziehungserfahrungen im Gesundheitssystem erleben diese Patienten oft charakteristische Beziehungsstörungen mit den Behandlern. Aus dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, lässt sich die im Langzeitverlauf immer deutlichere Hervorhebung der Körperbeschwerden im Sinne einer nicht bewusst gesteuerten Verdeutlichungstendenz ableiten. Im Zentrum kognitiv-behavioraler Modelle (vgl. [25, 32]) steht die Neigung, Körpersensationen als bedrohlich zu bewerten. Im Sinne einer ► **somatosensorischen Amplifikation** werden alltägliche Körpermissempfindungen, oder auch tatsächliche Symptome einer körperlichen Erkrankung, besonders beachtet. Diese Wahrnehmungen werden in katastrophisierender Weise interpretiert, begleitet durch eine erhöhte Sorgenneigung und durch Erwartungseffekte hinsichtlich künftig auftretender Beschwerden. Dadurch kommt es zu einer Aufmerksamkeitsfokussierung und in der Folge zu einem erhöhten psychophysiologischen Anspannungsniveau, welches wiederum die dysfunktional attribuierte Körperwahrnehmung verstärkt. Zu den aufrechterhaltenden Faktoren zählen neben diesen kognitiven und physiologischen Prozessen auch Verhaltensfaktoren wie die Vermeidung körperlicher Aktivität oder das Absuchen des Körpers nach Krankheitszeichen („checking behavior“) sowie soziale Faktoren wie z. B. ein aktives Rentenbegehren (oder ein Berentungsprozess, der sich auch gegen den inneren Wunsch des Patienten aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen vollzieht).

Im Rahmen eines ► **psychobiologischen Modells** wird angenommen, dass somatoforme Beschwerden das Ergebnis zweier zentraler Prozesse sind:

1. gehäufte Körpersignale aufgrund zahlreicher, zumeist biologischer, Faktoren (z. B. chronisch aktivierte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse);
2. ein gestörtes Filtersystem, sodass eine adäquate Hemmung ausbleibt und die Reize vermehrt ins Bewusstsein gelangen (vgl. [25, 32]).

Ein integratives Modell der Ätiologie und Persistenz anhaltender somatoformer Beschwerden und Störungen findet sich in ■ **Abb. 1**.

► Psychodynamisch-interpersonelles Modell

► Dysfunktionales Hilfesuchverhalten

Im Zentrum kognitiv-behavioraler Modelle steht die Neigung, Körpersensationen als bedrohlich zu bewerten

► Somatosensorische Amplifikation

► Psychobiologisches Modell

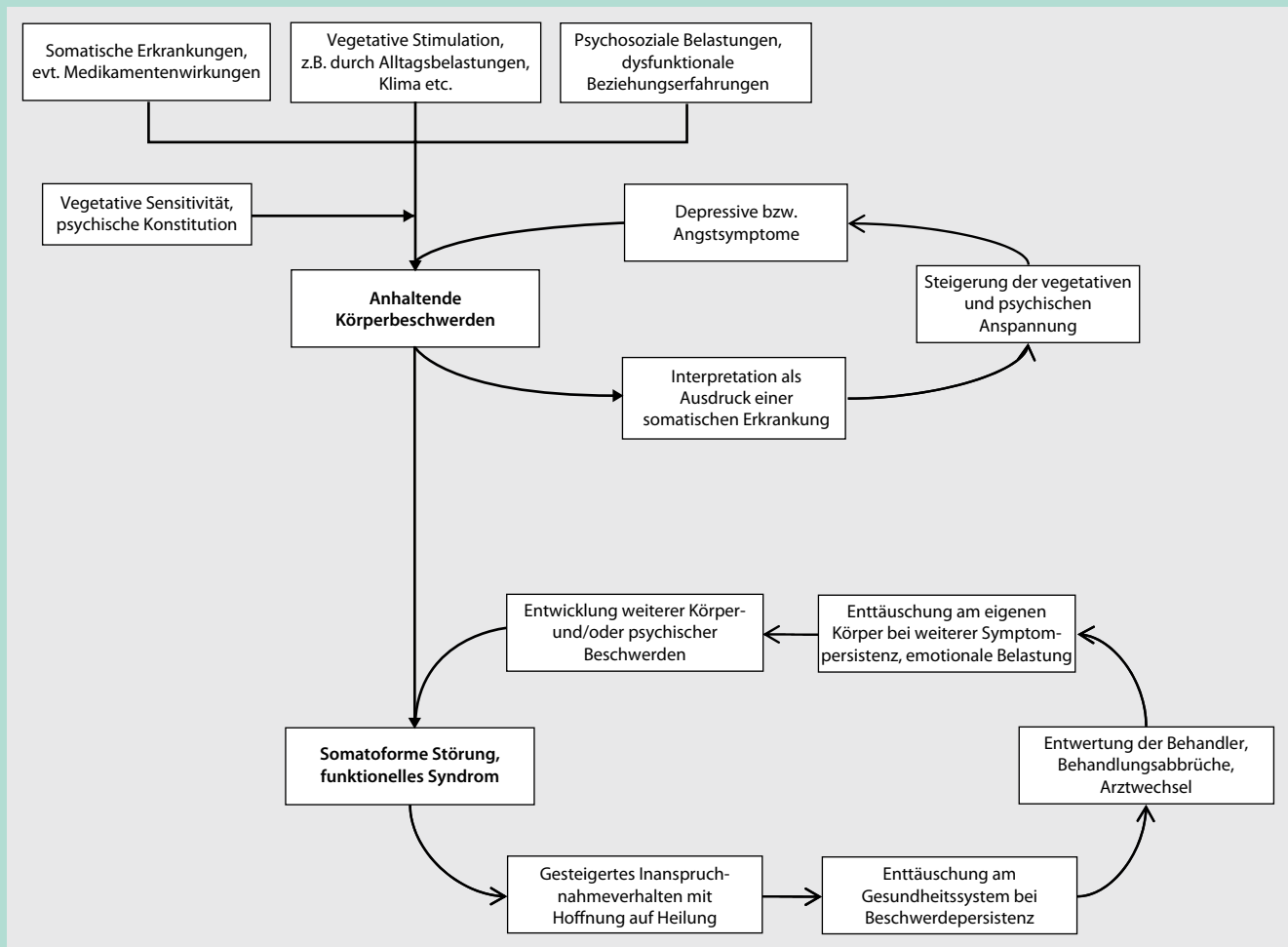


Abb. 1 ▲ Ätiologisches Modell somatoformer Beschwerden und Störungen. (Adaptiert nach [17])

Therapie

Grundlagen der Behandlung somatoformer Beschwerden und Störungen

Es liegt im somatisch ausgerichteten Krankheitsmodell der Patienten begründet, dass sie sich durch eine Überweisung zum Psychosomatiker, Psychiater oder Psychotherapeuten häufig abgeschoben und in ihrem körperlichen Leiden nicht ausreichend ernst genommen fühlen. Die von vielen Patienten befürchtete Unterstellung einer Simulation von Beschwerden sollte daher aktiv entkräftet werden.

Mehr als bei anderen Störungen aus dem psychiatrisch-psychosomatischen Formenkreis kommt der ► **psychosomatischen Grundversorgung** durch die somatischen Primärbehandler, wie auch der engen Kooperation zwischen somatischen Behandlern und Psychosomatiker, Psychiater bzw. Psychotherapeut, eine zentrale Rolle zu.

Im ersten Schritt ist es grundlegend, Patienten nicht nur über negative Untersuchungsbefunde zu informieren, sondern plausible Erklärungsmodelle für Körperbeschwerden ohne ausreichende organische Ursache zu vermitteln. Insgesamt sollte der Patient zu einem aktiven Umgang mit den Körperbeschwerden motiviert werden, da sich ► **gestufte Ausdauerbelastung** deutlich positiver auswirkt als Ruhe und Schonung [17]. Im zweiten Schritt, der ebenso wie der erste durch den Primärbehandler abgedeckt werden kann, sollten vor allem depressive und/oder Angstsymptome aktiv erfragt werden. Ferner sollte auf einen dysfunktionalen Attributionsstil bzw. ein dysfunktionales Krankheitsverhalten geachtet werden. Bei häufigen Arztbesuchen trägt eine Einbestellung bei Bedarf zur Aufrechterhaltung der Beschwerden bei; vielmehr sollte der Patient unabhängig von den Beschwerden zu kurzen

Die von vielen Patienten befürchtete Unterstellung einer Simulation von Beschwerden sollte aktiv entkräftet werden

► Psychosomatische Grundversorgung

► Gestufte Ausdauerbelastung

Depressive und/oder Angstsymptome sollten aktiv erfragt werden

supportiven Kontakten einbestellt werden. Bei affektiven Symptomen kann mit dem Patienten eine gezielte psychopharmakologische Behandlung besprochen werden. Sollte diese psychosomatische Grundversorgung nicht zu einer Besserung oder zumindest Stabilisierung der Symptomatik führen, ist im nächsten Schritt eine psychosomatische bzw. psychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung anzustreben. Mitbehandlung bedeutet im Idealfall, dass ein Austausch zwischen dem Haus- oder Facharzt und dem Psychosomatiker, Psychotherapeuten bzw. Psychiater erfolgt.

Wenn auch dies nicht zu einem ausreichenden Behandlungserfolg führt, bietet sich eine stationäre, multimodale psychosomatische Behandlung an. Aktuelle Leitlinien auf S2-Niveau zur Behandlung somatoformer Störungen in den verschiedenen Versorgungsbereichen sind derzeit in Vorbereitung.

Gesprächsführung

In der Gesprächsführung sollte vor allem in der Initialphase der Behandlung die Symptomklage des Patienten in einer aktiven Weise entgegengenommen und durch Nachfragen und Anregungen strukturiert werden. Die häufig sehr ausführliche Schilderung der körperlichen Beschwerden stellt das für die weitere Therapie wesentliche Material dar. Die ► **„Sprache der Körperbeschwerden“** sollte als die passager einzig mögliche Ausdrucksweise des Patienten verstanden werden.

Aus dieser aktiv stützenden therapeutischen Haltung entspringt die Form der „tangentialen Gesprächsführung“. Dies bedeutet, dass Aspekte des psychischen Erlebens und des Zusammenhangs von psychosozialen Belastungsfaktoren und Körperbeschwerden zumindest in der initialen Phase der Therapie eher beiläufig angesprochen werden. Der Zugang zu diesen Themenbereichen kann durch allgemeine Begriffe wie „Stress“ oder „Belastungsreaktion“ oder durch alltägliche Redewendungen eingeführt werden. Auch die sorgfältige Aufklärung über mögliche Störungsmodelle, wie z. B. einer Dysbalance im vegetativen Nervensystem, erleichtert Patienten den Zugang zu einer integrierten Sichtweise. Aus dieser Haltung heraus sollte in der Frühphase der Therapie auch eine psychodynamische Deutung psychosozialer Zusammenhänge sowie die Konfrontation mit inneren Widerständen oder konflikthaften Aspekten des Erlebens und Verhaltens weitestgehend ausbleiben. Die gemeinsame Verständigung über somatische Beschwerden kann eine Chance darstellen, einen für die weitere Behandlung bedeutsamen kommunikativen Prozess zu initiieren. Die häufig von Patienten aufgeworfene Frage nach einer somatischen oder psychogenen Ätiologie der Beschwerden kann mit einer Haltung des „Sowohl-als-auch“, statt eines „Entweder-oder“, beantwortet werden. Auf dem Boden einer tragfähiger werdenden therapeutischen Beziehung können die Beschwerden im weiteren Verlauf zunehmend – psychodynamisch-interaktionell – in den Kontext von Beziehungs-episoden und Affekten gerückt werden (vgl. [14, 15]), oder es kann – im Sinn der kognitiven Verhaltenstherapie – an Verhaltensstrategien, Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozessen gearbeitet werden (vgl. [32]).

Medikamentöse Therapie

Die psychopharmakologische Behandlung ist vor allem im Bereich der Primärversorgung weit verbreitet; zumeist kommen ► **trizyklische Antidepressiva**, selektive Serotonin- oder Noradrenalin- und ► **Serotoninwiederaufnahmehemmer** (SSRIs, SSNRIs), pflanzliche Präparate wie Johanniskraut, atypische Substanzen wie Opipramol oder niedrig dosierte Neuroleptika zum Einsatz [19].

Während zur symptomorientierten Pharmakotherapie einzelner funktioneller Syndrome wie dem Reizdarmsyndrom, dem hyperkinetischen Herzsyndrom oder spezifischen Schmerzsyndromen einige kontrollierte Studien vorliegen [17], ist die Evidenz für psychopharmakologische Therapieansätze bei somatoformen Störungen im engeren Sinne sehr gering [6]. Daher sollten die Erwartungen der Patienten an eine Medikation aktiv relativiert werden. Dies gilt vor allem bei nichtpsychopharmakologischer Behandlung, z. B. β -Blocker bei funktionellen Herzbeschwerden. Hier ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass es sich lediglich um einen medikamentösen Therapieversuch und nicht um die kausale Behandlung einer möglichen Grunderkrankung handelt. Sinnvoll kann eine Medikation bei einer dezidierten und im klinischen Alltag nicht seltenen Komorbidität somatoformer Störungen mit Angst- oder depressiven Störungen sein. Mit Blick auf die hohe Sensitivität des Patientenkontexts für

Führt die psychosomatische Grundversorgung nicht zu einer Besserung, ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Mitbehandlung anzustreben

► „Sprache der Körperbeschwerden“

Die Konfrontation mit inneren Widerständen oder Konflikten sollte in der Frühphase der Therapie weitestgehend ausbleiben

► Trizyklische Antidepressiva ► Serotoninwiederaufnahmehemmer

Sinnvoll kann eine Medikation bei einer Komorbidität somatoformer Störungen mit Angst- oder depressiven Störungen sein

Bevorzugt kommen moderne und gut verträgliche Präparate wie SSRIs, SSNRIs oder Mirtazapin zur Anwendung

Kognitive Verhaltenstherapie führt zu einer Reduktion körperlicher Beschwerden

► **Psychodynamische Psychotherapie**

Körperpsychotherapeutische Ansätze sind bei funktionellen Beschwerden wirksam

► **Arzt-Patient-Interaktion**

unerwünschte Arzneimittelwirkungen kommen bevorzugt moderne und gut verträgliche Präparate wie SSRIs, SSNRIs oder Mirtazapin als noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum (NaSSA) zur Anwendung. Bei leichteren Störungen kann auch eine Therapie mit Opipramol oder Johanniskraut versucht werden [19]. Obsolet sind eine längerfristige, alleinige Pharmakotherapie ohne psychotherapeutische Mitbehandlung, die Verordnung von Opioidanalgetika bei somatoformer Schmerzsymptomatik sowie der Einsatz von Benzodiazepinen außerhalb klar erkennbarer Krisensituationen. Abzulehnen ist zudem der früher verbreitete Einsatz von niedrig dosierten Neuroleptika – häufig in Depotform. Allenfalls bei hartnäckigen und anderweitig nicht zu beherrschenden komorbiden Schlafstörungen oder ausgeprägter formalgedanklicher Einengung auf Krankheitsängste kann der vorübergehende Einsatz niedrig dosierter atypischer Neuroleptika per os, z. B. Quetiapin oder Olanzapin, gerechtfertigt sein.

Konsiliarpsychiatrie

Eine aktuelle Metaanalyse konnte aufzeigen, dass konsiliarpsychiatrische Interventionen, die Psychiater bei psychisch kranken Patienten von Hausärzten durchführen, effektiv sind. Während die Effektstärke bei Patienten mit depressiven Störungen einen kleinen Effekt anzeigte, bestand bei Patienten mit somatoformen Beschwerden oder einer somatoformen Störung mit einer Effektstärke von 0,6 ein mittlerer Effekt. Die in diese Metaanalyse eingeschlossenen Studien beinhalteten in allen Fällen eine persönliche Konsultation mit dem Patienten, zum Teil unter Anwesenheit des Hausarztes. Diese Interventionen waren besonders wirkungsvoll, wenn die Konsultation eine psychiatrische Stellungnahme und Empfehlung in Form eines konsiliarischen Berichts beinhaltete [30].

Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung somatoformer und funktioneller Störungen zeigt die empirische Evidenz, dass kognitive Verhaltenstherapie wirksam ist und zu einer Reduktion der körperlichen Beschwerden, komorbider psychischer Beeinträchtigungen und zu einer Besserung der Alltagsfunktion führt, wobei die Evidenz nicht für alle unter der Kategorie somatoforme Störungen aufgeführten Diagnosen gleich gut ist [28, 32].

Die Evidenzbasierung ► **psychodynamischer Psychotherapie** ist demgegenüber deutlich schwächer ausgeprägt. Einzelne Studien deuten auf die Wirksamkeit entsprechender Ansätze hin [28]. Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie, in der die Wirksamkeit einer psychodynamisch-interpersonell orientierten Einzeltherapie untersucht wurde, konnte aufzeigen, dass eine 12-stündige manualisierte Intervention zu einer klinisch relevanten Besserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führte. Dieser positive Effekt war nachhaltig und nahm katamnestisch noch zu [15].

Studien zur familientherapeutischen Behandlung somatoformer Beschwerden und Störungen liegen praktisch nicht vor (vgl. [28]). Hingegen weisen erste randomisierte klinische Studien bei spezifischen somatoformen Beschwerden wie funktionellen Herzbeschwerden oder dem Reizdarmsyndrom darauf hin, dass körperpsychotherapeutische Strategien von den Patienten gut angenommen werden und zu stabilen Verbesserungen führen können [22, 23].

Barrieren einer optimierten therapeutischen Versorgung

Angesichts der weiten Verbreitung somatoformer Beschwerden und Störungen und der erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch diese Patienten stellt sich die Frage nach einer optimierten medizinischen Versorgung der Betroffenen. Hindernisse dafür sind zum einen die angeführten terminologischen und definitorischen Schwierigkeiten, die letztlich die unterschiedlichen Interessen und Konzepte der verschiedenen beteiligten Akteure aufzeigen – Hausärzte, Fachärzte, Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeuten, die eine unterschiedliche Sprache sprechen. Hier wäre eine integrierte Versorgung nötig, die jedoch unter anderem aus strukturellen Gründen schwer zu implementieren ist.

Andere Barrieren betreffen die Krankheitskonzepte und das Rollenverständnis der behandelnden Ärzte und der betroffenen Patienten. Diese manifestieren sich in der ► **Arzt-Patient-Interaktion**, in der Patienten unter anderem nicht alles preisgeben, was sie gerne berichten würden, und in der Ärzte unter anderem psychosoziale Hinweise in den Äußerungen der Patienten überhören, z. B. aus

Angst, nicht adäquat darauf reagieren zu können. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer ärztlichen Sichtweise, die durch eine nondualistische Sicht körperlicher Beschwerden geprägt ist, und einer ärztlichen Aus- und Weiterbildung, welche Ärzte dazu befähigt, auf die psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse der Patienten einzugehen [12].

Fazit für die Praxis

Es besteht eine starke Diskrepanz zwischen der großen klinischen und gesellschaftlichen Bedeutung somatoformer Störungen und dem Verständnis und der effektiven Behandlung dieser Störungen. Somatoforme und funktionelle Störungen sind in der klinischen Medizin weit verbreitet und nahezu regelhaft mit depressiven und Angstsymptomen assoziiert. Die Behandlung der Patienten findet vor allem in der Primärversorgung statt. Das Behandlungsergebnis dieser Patienten kann durch konsiliarpsychiatrische und psychotherapeutische Interventionen verbessert werden. Notwendig für eine optimierte Versorgung ist eine Sichtweise, welche sich von der Dichotomie der medizinisch erklärten vs. medizinisch unerklärten Beschwerden löst. Entscheidend ist, adäquat auf die Klage körperlicher Beschwerden einzugehen und kompetent auf die geäußerten Hinweise zu psychosozialen und emotionalen Belastungen zu reagieren.

Korrespondenzadresse

PD Dr. C. Lahmann

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstraße 3, 81675 München
lahmann@tum.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Burbaum C, Stresing AM, Fritzsche K et al (2010) Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions. *Patient Educ Couns* 79:207–217
- Chioqueta AP, Stiles TC (2004) Suicide risk in patients with somatization disorder. *Crisis* 25:3–7
- Creed F, Barsky A (2004) A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 56:391–408
- Creed F, Guthrie E, Fink P et al (2010) Is there a better term than „medically unexplained symptoms“? *J Psychosom Res* 68:5–8
- Dimsdale J, Creed F on behalf of the DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorder (2009) The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *J Psychosom Res* 66:473–476
- Fallon BA (2004) Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 56:455–460
- Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML (2004) The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *J Psychosom Res* 56:413–418
- Fink P, Schröder A (2010) One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 68:415–425
- Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen HU (2006) 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* 256:187–196
- García-Campayo J, Alda M, Sobradiel N et al (2007) Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 62:675–680
- Hasin D, Katz H (2007) Somatoform and substance use disorders. *Psychosom Med* 69:870–875
- Henningsen P, Fazekas C, Sharpe M (2010) Barriers to improving treatment. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg) Improving the management of medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Cambridge Univ Press, Cambridge (in press)
- Henningsen P, Fink P, Rief W (2010) Terminology, classification and concepts, or: what exactly are we talking about? In: Creed F, Henningsen P, Fink P (Hrsg) Improving the management of medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Cambridge Univ Press, Cambridge (in press)
- Henningsen P, Martin A (2008) Somatoforme Störungen. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München, S 541–559
- Henningsen P, Sattel H, Gündel H et al (2010) Psychodynamic-interpersonal psychotherapy for patients with pain-predominant multisomatoform disorder: a randomized controlled trial. Manuscript submitted for publication
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H (2003) Medically unexplained physical symptoms, anxiety, depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 65:528–533
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369:946–955
- Kapfhammer HP (2008) Somatoforme Störungen. Konzept, Klinik, Ätiopathogenese und Therapie. *Nervenarzt* 79:99–117

Die ärztliche Sichtweise sollte hinsichtlich körperlicher Beschwerden nondualistisch geprägt sein

19. Kapfhammer HP (2008) Somatoform Störungen. In: Holsboer F, Gründer G, Benkert O (Hrsg) Handbuch der Psychopharmakotherapie. Springer, Heidelberg, S 949–962
20. Kroenke K (2006) Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* 60:335–339
21. Lahmann C, Henningsen P, Noll-Husong M, Dinkel A (2010) Somatoforme Störungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:227–236
22. Lahmann C, Loew TH, Tritt K, Nickel M (2008) Efficacy of functional relaxation and patient education in the treatment of somatoform heart disorders: a randomized, controlled clinical investigation. *Psychosomatics* 49:378–385
23. Lahmann C, Röhricht F, Sauer N et al (2010) Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. *J Altern Complement Med* 16:47–52
24. olde Hartmann TC, Borghuis MS, Lucassen PLBJ et al (2009) Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 66:363–377
25. Rief W, Broadbent E (2007) Explaining medically unexplained symptoms – models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 27:821–841
26. Rief W, Treede RD, Schweiger U et al (2009) Neue Schmerzdiagnose in der deutschen ICD-10-Version. *Nervenarzt* 80:340–342
27. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS et al (2005) Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 67:123–129
28. Sumathipala A (2007) What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med* 69:889–900
29. Thomassen R, Hemert AM van, Huyse FJ et al (2003) Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: a comparison with other mental disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 25:8–13
30. van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TWDP, Van Marwijk HWJ, Leentjens AFG (2010) Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res* 68:521–533
31. Voigt K, Nagel A, Meyer B et al (2010) Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 68:403–414
32. Witthöft M, Hiller W (2010) Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 6:257–283

CME-Fragebogen

kostenfreie Teilnahme für Abonnenten

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Welche Symptome sind im Kontext funktioneller Syndrome bzw. somatoformer Störungen eher selten zu beobachten?

- Schwindel
- Müdigkeit
- Rückenschmerzen
- Fieber
- Verdauungsbeschwerden

Patienten mit funktionellen Syndromen werden häufig als schwierig erlebt. Dies liegt vor allem an...

- der schwierigen somatischen Ausschlussdiagnostik.
- der rigiden somatischen Ursachenüberzeugung der Patienten.
- den unscharfen Diagnosekriterien in ICD-10 und DSM-IV.
- der hohen Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen.
- dem Fehlen geeigneter therapeutischer Optionen.

Die häufigsten komorbiden Syndrome bei somatoformen Störungen sind:

- Depressive und Essstörungen.
- Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen.
- Angst- und depressive Störungen.
- Persönlichkeitsstörungen und Sucht.
- Angst- und Zwangsstörungen.

Welche Störung zählt nicht zu den somatoformen Störungen nach ICD-10?

- Dissoziative Störung.
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung.
- Hypochondrische Störung.
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung.
- Somatoforme autonome Funktionsstörung.

Die 4-Wochen-Prävalenzrate somatoformer Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt:

- 1,5%
- 2,0%
- 3,5%
- 7,5%
- 10,5%

Welche Strategie empfiehlt sich bei der Diagnostik funktioneller Syndrome?

- Multimodale Diagnostik
- Simultandiagnostik
- Sequenzielle Diagnostik
- Deduktive Diagnostik
- Gestufte Diagnostik

Welches Phänomen wird durch das Modell der somatosensorischen Amplifikation erklärt?

- Chronischer Stress reduziert die Wahrnehmungsschwelle für Körpersensationen und verstärkt diese.
- Durch wiederholte Diagnostik wird die Vermutung einer organischen Ursache der Beschwerden verstärkt.
- Im Sinne eines Kindling-Modells kommt es im Verlauf zu einer psychophysiologisch

nachweisbaren Erniedrigung der Schmerzschwelle.

- Durch aktives Nachfragen nach Körperbeschwerden wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Körperwahrnehmung fokussiert.
- Alltägliche Missempfindungen werden besonders beachtet, katastrophisierend bewertet und verstärken sich dadurch.

Welche Psychopharmaka haben den größten Stellenwert in der Behandlung somatoformer Störungen?

- Pflanzliche Sedativa
- Antidepressiva
- Atypische Neuroleptika
- Placebopräparate
- Benzodiazepine

Die Vermittlung von Erklärungsmodellen für die Entstehung von Körperbeschwerden ohne kausale organische Pathologie ist...

- das zentrale Element verhaltenstherapeutischer Therapieansätze.
- nur bei spezieller Indikation sinnvoll, da Patienten in ihrer somatischen Fixierung bestärkt werden können.
- von besonderer Bedeutung in der psychosomatischen Grundversorgung.
- nur selten hilfreich, da die Symptome meist ein Epiphänomen einer psychischen Störung sind.
- durch das Auslegen von Informationsmaterial effizient zu gewährleisten.

Was ist für die Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen besonders hinderlich?

- Dichotomes Modell von psychischen vs. somatischen Beschwerden.
- Schwierigkeit einer sicheren somatischen Ausschlussdiagnostik.
- Fehlen adäquater Behandlungsoptionen.
- Unklare Diagnosekriterien im ICD-10-System.
- Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme psychotherapeutischer Behandlungen.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de



Hier steht eine Anzeige.

