

# 25 Somatoforme Störungen

Gaby Bleichhardt und Wolfgang Hiller

1	Einleitung
2	Phänomenologie
2.1	Epidemiologie
2.2	Verlauf
2.3	Gesundheitspolitische Bedeutung der somatoformen Störungen
3	Klassifikatorische Diagnostik
3.1	Kriterien nach DSM-IV
3.2	Kriterien nach ICD-10
3.3	Kritik an der gegenwärtigen Klassifikation
3.4	Differentialdiagnostik und Erhebung komorbider Störungen
4	Modifikationsorientierte Diagnostik
5	Erhebungsmethoden
5.1	Interviewverfahren und Checklisten
5.2	Fragebogenverfahren
6	Fallbeispiele
7	Gruppenspezifische Aspekte
7.1	Kinder und Jugendliche
7.2	Ältere Menschen
8	Zusammenfassung und Ausblick
	Literatur

## 1 Einleitung

Das gemeinsame Merkmal der somatoformen Störungen ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch eine andere psychische Störung nicht vollständig erklärt werden können (DSM-IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996, S. 509)

Als „Prototyp“ somatoformer Störungen kann die Somatisierungsstörung gelten, die durch eine große Anzahl vielfältiger körperlicher Symptome gekennzeichnet ist. Stehen Schmerzsymptome im Vordergrund, so ist von einer somatoformen Schmerzstö-

örung auszugehen. Bei der Konversionsstörung sind sog. „pseudoneurologische“ Symptome das zentrale Merkmal, d. h. Symptome, die eine neurologische Erkrankung vermuten lassen, wie z. B. Bewegungs- oder Koordinationsstörungen oder epilepsieähnliche Krampfanfälle. Das ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schultze-Markwort, 1994) sieht zudem die sogenannte somatoforme autonome Funktionsstörung vor, bei der die körperlichen Beschwerden mit Symptomen einer vegetativen Erregbarkeit einhergehen müssen. All diese Störungen, bei denen der Fokus auf dem Leiden unter körperlichen Beschwerden liegt, können noch einmal abgegrenzt werden von der Hypochondrie, bei der die

Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben (was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome beruht), das zentrale Kriterium darstellt.

In der Literatur finden sich zuweilen andere, eher ältere Begriffe für somatoforme Störungen, wie „funktionelle Störungen“, „somatisierte“ oder „larvierte Depression“, „vegetative Dystonie“ o. ä.

Im Vergleich zu anderen Gruppen psychischer Störungen waren die somatoformen Störungen lange ein „Stiefkind“ klinisch-psychologischer Forschung. Bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts hielt sich die Annahme, somatoforme Störungen seien behandlungsresistent. Dies stellt vermutlich den wesentlichen Grund für die teilweise

heute noch dünne empirische Basis dar, z. B. in der Epidemiologie der Hypochondrie oder in experimentalpsychologischen Belegen ätiologischer Annahmen.

## 2 Phänomenologie

Das Hauptmerkmal der somatoformen Störungen sind medizinisch unklare körperliche Beschwerden. Betrachtet man die zentralen Charakteristika auf den gewohnten vier Ebenen des Verhaltens und Erlebens, finden sich zudem eine Reihe weiterer Auffälligkeiten für diese Störungsbilder:

### Kognitive Merkmale

- katastrophisierende Bewertung von Körperempfindungen
- enger Gesundheitsbegriff: Gesundheit bedeutet Freiheit von körperlichen Beschwerden
- somatosensorische Verstärkung (s. Abschnitt 3)

### Emotionale Merkmale

- Ärger, Hilflosigkeit, Depressivität als Folgen des Leidens unter Beschwerden
- hohe Komorbidität mit Depression

### Körperliche Merkmale

Zentrales Merkmal:

- Leiden unter Schmerzen und anderen Missempfindungen

### Verhaltensbezogene Merkmale

„Unangemessenes Krankheitsverhalten“

- hohe Inanspruchnahme medizinischer Dienste
- Schonverhalten
- Rückversicherungsverhalten
- „Checking Behavior“ (Absuchen/Kontrollieren des Körpers auf Auffälligkeiten)

Eine ausführlichere Zusammenstellung der psychologischen Merkmale für die Somatisierungsstörung findet sich auch bei Rief (2000).

### 2.1 Epidemiologie

Die Somatisierungsstörung gemäß gegenwärtiger Diagnosesysteme ist extrem sel-

ten, die großen epidemiologischen Studien finden Lebenszeitprävalenzen von 0,03 bis 0,38 % (Swartz, Blazer, George & Landerman, 1986; Escobar, Burnam, Karno, Forsythe & Golding, 1987). Die Prävalenzraten für die Hypochondrie können derzeit nicht als gesichert gelten, die Angaben schwanken zwischen 0,2 % Lebenszeitprävalenz (Looper & Kirmayer, 2001) und 4,5 % 12-Monats-Prävalenz (Faravelli et al., 1997). Für die Gesamtgruppe der somatoformen Störungen in Deutschland findet sich eine Lebenszeitprävalenz von 12,3 % Lieb et al. (2000) finden in einer repräsentativen Untersuchung bei bereits 2,7 % der 14- bis 24-Jährigen eine spezifische somatoforme Störung.

Während bei den somatoformen Störungen mit dem Hauptmerkmal der körperlichen Beschwerden Frauen weit häufiger betroffen sind (2 bis 5 mal häufiger), scheint für die Hypochondrie ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis vorzuliegen (Escobar et al., 1998; Gureje, Simon, Üstün & Goldberg, 1997; Bleichhardt & Hiller, 2007).

## 2.2 Verlauf

Wie die Untersuchung von Lieb et al. (2000) vermuten lässt, können somatoforme Störungen oftmals schon in der Kindheit und Jugendzeit beginnen. Wittchen, Essau, Rief und Fichter (1993) ermittelten ein Ersterkrankungsalter von unter 30 Jahren bei etwa zwei Drittel der Befragten. In einer Untersuchung von 100 Personen mit unklaren körperlichen Symptomen fand sich bei 30 % der Personen nach 15 Monaten eine vollständige Remission, bei 25 % der Befragten stellte sich keine Besserung ein (Speckens, van Hemert, Bolk, Rooijmans & Hengeveld, 1996). Auf eine weit höhere Chronifizierung weist die Untersuchung von Swartz, Landerman, George, Blazer und Escobar (1991) hin. Hier kam es im Verlauf eines Jahres zu einer Remissi-

onsrate von 8 % der befragten Personen. In vielen Fällen scheinen die vorherrschenden körperlichen Beschwerden im Verlaufe der Störung zu wechseln (z. B. Gureje & Simon, 1999)

## 2.3 Gesundheitspolitische Bedeutung der somatoformen Störungen

Somatoforme Patienten zeigen ein erheblich erhöhtes medizinisches Inanspruchnahmeverhalten und verursachen somit einen beachtlichen Teil der nationalen Gesundheitskosten.

So konnten Kroenke und Mangelsdorff (1989) durch Aktenrecherchen für nur 16 % neu auftretender Symptombeschwerden eine Ursache identifizieren. Andere Untersuchungen kommen zu etwas geringeren, aber weiterhin gesundheitspolitisch brisanten Auftretenshäufigkeiten somatoformer Symptome in der ambulanten organmedizinischen Versorgung. Weber et al. (1990) kamen zu dem Schluss, dass nahezu jeder zweite Patient, der ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, unter funktionellen Störungen leidet. In einer Befragung gaben stationäre Patienten mit Somatisierungssyndrom durchschnittlich 40 Arztbesuche jährlich an (Bleichhardt, 2002).

Die größte Belastung des Gesundheitssystems durch somatoforme Patienten entstehen aufgrund von Krankschreibungen und Berentungen. So fanden bei Zoccolillo und Cloninger (1986a; 1986b) 40 % der Patientinnen mit Somatisierungsstörung eine beantragte oder bereits laufende finanzielle Unterstützung, die der deutschen Erwerbsunfähigkeitsrente vergleichbar ist. Bleichhardt, Timmer und Rief (2004) stellten bei Patienten mit Somatisierungssyndrom aus einer psychosomatischen Klinik eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 14 Wochen im Jahr vor der Behandlung fest. Bei 22 % der Patienten lag ein Rentenbegehren vor.

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Escobar, Rubio-Stipec, Canino und Karno (1989), Perley und Guze (1962), Ferber, Ferber, Kohlhausen und Silomon (1972), Sturm und Zielke (1988), Smith, Monson und Ray (1986) sowie Wittchen, Müller, Pfister, Winter und Schmidtkunz (1999).

Die für den deutschen Sprachraum umfassendste Kostenanalyse bei somatoformen Störungen stammt von Hiller, Fichter und Rief (2003). In diese Kosten-Nutzen-Studie wurden 172 Patienten mit somatoformen Störungen, die in einer psychosomatischen Fachklinik behandelt wurden, eingeschlossen. Zusätzlich zur Patientenbefragung wurden bei den Krankenkassen der Versicherten Informationen eingeholt. Es zeigte sich, dass – verglichen mit den durchschnittlichen Aufwendungen der Krankenkassen pro Versichertem – die Ausgaben für ambulante Behandlungen um das 2,5fache erhöht waren. Durch die Krankenkassen wurden in den letzten zwei Jahren durchschnittlich 127 Arbeitsunfähigkeitstage für die Somatisierungspatienten festgestellt. Die Autoren schätzen die indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit auf rund 19.000 € pro Patient. Weitere Kostenanalysen finden sich bei Ford (1986), Rost, Kashner und Smith (1994), Beard und Pearce (1992), Caudill, Schnable, Zuttermeister, Benson und Friedman (1991), Zielke und Mark (1989), de Gruy et al. (1987) sowie Labott, Preisman, Popovich und Iannuzzi (1995).

## 3 Klassifikatorische Diagnostik

### 3.1 Kriterien nach DSM-IV

DSM-IV unterscheidet sieben einzelne somatoforme Störungen, deren Hauptmerkmale im Folgenden beschrieben werden:

#### Somatisierungsstörung

Die Diagnose einer Somatisierungsstörung (300.81) wird bei Vorliegen einer Vielzahl körperlicher Beschwerden aus verschiedenen Symptombereichen gestellt: So müssen mindestens vier Schmerzsymptome (z. B. Kopf- oder Rückenschmerzen), zwei gastrointestinale Beschwerden (z. B. Übelkeit, Durchfall), ein psychosexuelles Symptom (z. B. unregelmäßige Menstruationsblutungen, Erektions- oder Ejakulationsstörungen) und ein pseudoneurologisches Symptom (z. B. Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen oder Harnverhalt) vorliegen. Die somatischen Beschwerden werden als bedeutsam gewertet, wenn sie zu medizinischer Behandlung oder deutlichen Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen führen. Weiterhin müssen die Beschwerden vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und über eine Zeitspanne von mehreren Jahren andauern.

#### Undifferenzierte somatoforme Störung

Die undifferenzierte somatoforme Störung (300.81) kategorisiert gewissermaßen die stark abgeschwächte Form einer Somatisierungsstörung. Zur Vergabe dieser Diagnose genügt das Auftreten von mindestens einem somatoformen Symptom, das sechs Monate oder länger andauert.

#### Konversionsstörung

Unter einer Konversionsstörung (300.11) wird nach DSM-IV eine Störung verstanden, bei der Symptome bzw. Ausfälle der willkürlichen Motorik oder Sensorik vorherrschen (z. B. Lähmungen, Aphonie oder Globus hystericus). Bei der Konversionsstörung stehen somit pseudoneurologische somatoforme Beschwerden im Vordergrund.

**Schmerzstörung**

Die Diagnose einer Schmerzstörung (307.8) wird vergeben, wenn die somatoformen Symptome aus Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen bestehen.

**Hypochondrie**

Das Hauptmerkmal der Hypochondrie (300.7) ist eine übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation von einem oder mehreren körperlichen Zeichen oder Symptomen basiert. Die ungerechtfertigte Angst oder Überzeugung bleibt trotz ärztlicher Rückversicherungen, dass keine derartige Krankheit vorliegt, bestehen.

**Körperdysmorphie Störung**

Menschen mit einer körperdysmorphen Störung (300.7) beschäftigen sich übermäßig mit einem Mangel oder einer Entstellung im körperlichen Aussehen. Dieser Mangel ist entweder eingebildet, oder wenn eine leichte körperliche Anomalie vorhanden ist, ist die Sorge der betroffenen Person deutlich übertrieben.

**Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung**

Die nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81) bildet eine Restkategorie für Störungen mit somatoformen Symptomen, die nicht die Kriterien für die genannten spezifischen somatoformen Störungen erfüllen.

**3.2 Kriterien nach ICD-10**

Im ICD-10 fallen die somatoformen Störungen unter das Kapitel F4, die sog. „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“. Im Folgenden werden die wesentlichen diagnostischen Kriterien des Systems aufgeführt. Die Konversionsstörung, bei der unklare Beschwerden, wie z. B. Bewegungs- oder Empfindungsstörungen, im Vordergrund stehen, befindet sich im Gegensatz zum DSM-IV nach der Klassifikation des ICD-10 unter den dissoziativen Störungen (F44).

**Somatisierungsstörung**

Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung (F45.0) werden erfüllt, wenn seit mindestens zwei Jahren multiple körperliche Symptome vorliegen, die nicht ausreichend durch diagnostizierbare körperliche Krankheiten erklärt werden können. Hier müssen mindestens sechs körperliche Symptome aus mindestens zwei Organgruppen (gastrointestinal, kardiovaskulär, urogenital oder Haut- und Schmerzsymptome) vorliegen. ICD-10 sieht vor, dass die medizinische Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt, nicht akzeptiert werden darf.

**Undifferenzierte Somatisierungsstörung**

Die Lockerung der Kriterien für die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) ist vergleichbar mit der des DSM-IV. Das Zeitkriterium wurde auf 6 Monate vermindert, auch dürfen weniger körperliche Symptome vorliegen.

**Anhaltende somatoforme Schmerzstörung**

Um die Kriterien für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) zu erfüllen, muss ein schwerer Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat organmedizinisch erklärt werden kann, über mindestens 6 Monate anhaltender Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Patienten sein.

**Hypochondrische und dysmorphophobe Störung**

Zentrales Kriterium der hypochondrischen Störung (F45.2) ist die Überzeugung, an maximal zwei schweren körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Überzeugung muss seit mindestens 6 Monaten bestehen. Das ICD-10 gibt vor, dass die medizinische Feststellung, dass keine ausreichende körperliche Ursache für Symptome oder Einstellungen vorliegt, nicht akzeptiert werden darf. Anders als im DSM-IV wird hier die körperdysmorphie Störung unter die Hypochondrie (dysmorphophobe Störung, F45.2) subsummiert. Das Kriterium der Krankheitsüberzeugung wird ausgetauscht durch die anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung. Es ist zu beachten, dass phänomenologisch kaum Gemeinsamkeiten zwischen dysmorphophober und hypochondrischer Störung bestehen.

**Somatoforme autonome Funktionsstörung**

Für die somatoforme autonome Funktionsstörung des ICD-10 gibt es keine Parallele im DSM-IV. Zentral ist hier, dass die körperlichen Beschwerden mit Symptomen einer vegetativen Erregbarkeit einhergehen müssen. Um die Kriterien zu er-

füllen, müssen Symptome autonomer Erregung vorhanden sein, die zu mindestens einem der Organsysteme (kardiovaskuläres System, oberer und unterer Gastrointestinaltrakt, respiratorisches sowie Urogenitalsystem) zugeordnet werden können. Weiterhin müssen mindestens zwei vegetative Symptome sowie mindestens ein weiteres Symptom aus einer vorgegebenen Liste, z. B. Brustschmerzen, außergewöhnliche Ermüdbarkeit, häufiger Stuhldrang, vorliegen.

Das ICD-10 gibt zwei weitere Restkategorien an:

- sonstige somatoforme Störung F45.8 (z. B. Globus hystericus, Bruxismus)
- nicht näher bezeichnete somatoforme Störung F45.9.

Eine ausführliche Übersicht über diagnostische Aspekte sämtlicher somatoformer Störungen sowie verwandter Syndrome findet sich bei Morschitzky (2000).

**3.3 Kritik an der gegenwärtigen Klassifikation**

Seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts entbrannte eine wissenschaftliche Diskussion um die „traditionellen“ diagnostischen Kriterien der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10. Die Autoren beklagten vor allem, dass die traditionellen Kriterien zu streng gefasst seien. Geringen Prävalenzraten für die streng nach DSM/ICD-10 diagnostizierte Somatisierungsstörung steht ein großer Anteil von Patienten gegenüber, die mit nicht vollständig erklärten körperlichen Beschwerden ärztliche Hilfe suchen. So schätzt Lipowski (1986), dass die Häufigkeit von Personen mit somatoformen Symptomen in Allgemeinarztpraxen zwischen 6 und 19 % liegt, während hingegen die Prävalenz für

die Somatisierungsstörung deutlich unter 1 % liegt (s. Abschnitt 1.1). Aus diesem Grund wurden weniger streng gefasste Klassifikationsansätze entwickelt, die bisher jedoch nicht in die gängigen Diagnosesysteme aufgenommen wurden.

Der am meisten verbreitete Ansatz stammt von der Arbeitsgruppe um Escobar (Escobar et al., 1987; Escobar et al., 1989) und wird als „Somatic Symptom Index – SSI“ bezeichnet. Für den SSI 4/6 müssen bei Männern mindestens vier somatoforme Beschwerden, bei Frauen sechs Beschwerden vorliegen. Hier könne die Diagnose einer „abridged somatization disorder“ vergeben werden. Katon et al. (1991) bestätigten in einer Untersuchung von Patienten, die häufig medizinische Dienste in Anspruch nahmen, dass bereits das Vorliegen der „abridged somatization disorder“ eine deutliche psychosoziale Beeinträchtigung sowie erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem mit sich bringt.

Im deutschen Sprachraum ist durch die Arbeitsgruppe um Hiller und Rief vor allem der Begriff des „Somatisierungssyndroms“ (Rief, 1995; Rief et al., 1996) für die Bezeichnung einer weniger restriktiven Somatisierungsstörung bekannt. Zur Bestimmung von Kriterien für das Somatisierungssyndrom wählten Rief und Hiller (1999) einen empirisch orientierten Ansatz und ermittelten einen Cut-Off-Wert von sechs bis sieben somatoformen Symptomen, der die bestmögliche Differenzierung zwischen Patienten mit geringer und hoher Beeinträchtigung leistet. Um sich nicht zu weit von herkömmlichen Kriterien wegzubewegen, entschieden sich die Autoren für einen optimalen Cut-Off-Wert von acht somatoformen Beschwerden als zentrales Kriterium des Somatisierungssyndroms.

Diskussionswürdig ist weiterhin die Einordnung der körperdysmorphen Störung in die Gruppe der somatoformen Störungen, wie sie durch die beiden Klassifikationssys-

teme DSM-IV und ICD-10 vorgenommen wird. Diese gilt in der internationalen Literatur einheitlich als eigenständige Störung. Insbesondere am System des ICD-10 lässt sich eine Reihe weiterer Kritikpunkte festmachen:

- Kriterium C der Somatisierungsstörung macht eine „hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt“ (S. 177) erforderlich. Sowohl aus diagnostischen als auch therapeutischen Gründen erscheint dieses Kriterium außerordentlich hinderlich.
- Für die somatoforme autonome Funktionsstörung lässt sich keine empirische Fundierung finden.
- Die Konversionsstörung wird unter die dissoziativen Störungen subsummiert, obwohl auch hier unklare körperliche Beschwerden zugrundeliegen.

### 3.4 Differentialdiagnostik und Erhebung komorbider Störungen

Die am häufigsten abzugrenzenden Störungen werden in der folgenden Übersicht aufgeführt:

#### Organische Erkrankungen

Dies ist die wichtigste Abgrenzung, da für jedes Symptom zunächst eine organische Krankheit ausgeschlossen werden muss.

#### Depressive Störungen

Älteren Konzepten zufolge wurden somatoforme Störungen als eine Art „unterdrückte Depression“ gesehen, so dass ihnen kein eigenständiger Störungscharakter beigemessen wurde. Empirisch

lässt sich diese Einordnung nicht mehr halten.

#### Angststörungen

Treten körperliche, insbesondere vegetative Symptome ausschließlich während Panikanfällen, in Angstsituationen oder im Rahmen eines erhöhten Angstausmaßes auf, sollten diese nicht als somatoform gewertet werden.

#### Psychotische Störungen

Coenästhetische Halluzinationen (bizarre körperliche Empfindungen, wie z. B. ein Stahlgerüst im Bauch, Ameisen im Gehirn) können im Rahmen florider Phasen bei psychotischen Störungen auftreten und sind nicht somatoform.

#### Artifizielle Störungen und Simulation

Hierbei handelt es sich um das absichtliche Erzeugen bzw. das Vortäuschen körperlicher Symptome. Im Fall der Simulation ist typischerweise ein offensichtlicher Vorteil für den Patienten (i. d. R. finanzielle Entschädigungen) beabsichtigt. Bei artifiziellen Störungen nimmt man eine bestehende hohe Motivation an, die Krankenrolle einzunehmen.

Die Komorbidität ist bei somatoformen Störungen sehr hoch. Dabei sind die depressiven Störungen die häufigste Begleiterkrankung, die bei etwa zwei Dritteln aller Patienten vorliegt. Die häufigsten Angststörungen scheinen die Panikstörung und/oder Agoraphobie zu sein, jedoch finden einige Untersucher auch hohe Raten für die generalisierte Angststörung. Aus diesem Grund sollte bei der Erhebung der Diagnostik immer auch auf andere psychische Störungen eingegangen werden.

## 4 Modifikationsorientierte Diagnostik

Somatoforme Störungen entstehen stets durch ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die sich in biologische/psychophysiologische, kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Aspekte aufteilen lassen.

Bei einer ausführlichen modifikationsorientierten Diagnostik sollten deshalb die folgenden Aspekte erfragt werden:

1. Potentielle erste Auslöser für erste Körpersensationen, wie z. B. autonome Erregung, frühere Krankheiten, Bagatellerkrankungen
2. Somatosensorische Verstärkung mit den beiden zentralen Komponenten der Aufmerksamkeitsfokussierung und der katastrophisierenden Bewertung
3. Krankheitsverhalten.

In Hinsicht auf die Krankheitsgeschichte somatoformer Patienten sollten sowohl bisherige Erkrankungen des Patienten als auch Krankheiten von Bezugspersonen erfragt werden. Auch Bagatellerkrankungen können zusammen mit akuten, chronischen Belastungen oder kritischen Lebensereignissen einen Teufelskreis auslösen. Teilweise finden sich Gewalterfahrungen in den Anamnesen oder auch Sozialisationserfahrungen, die zu einem Selbstbild der körperlichen Schwäche führen. Des Weiteren ist zu fragen, in welcher Weise sich soziale Beziehungen durch die sich entwickelnde Erkrankung verändert haben, und auch, ob es Personen gab, die eine Modellfunktion für die positiven und negativen Aspekte des Leidens unter Krankheiten ausgeübt haben. Voraussetzungen für den sich entwickelnden selbstverstärkenden Prozess sind oftmals subjektive Krankheitstheorien und Überzeugungen. Deshalb sind immer auch diese Erklärungsmuster bei die-

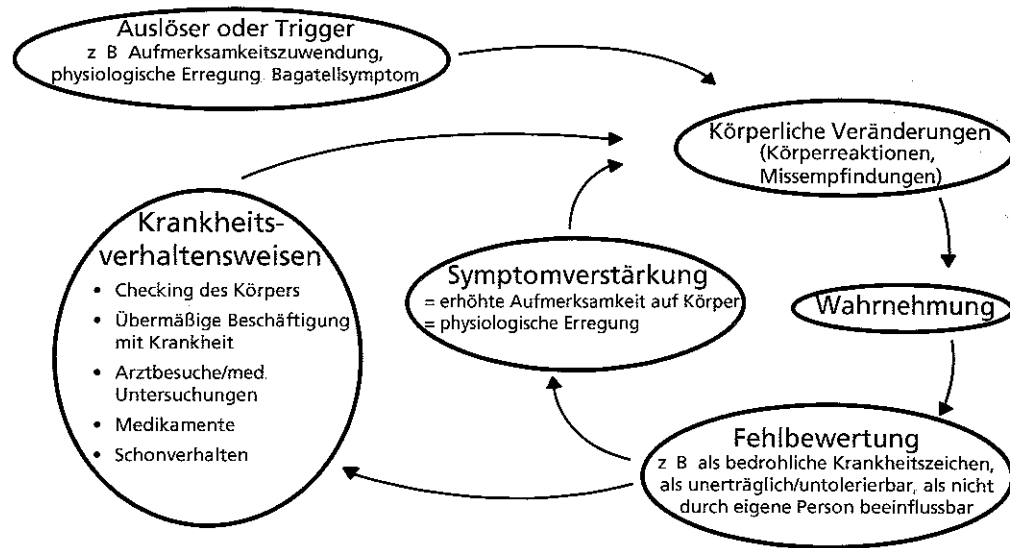


Abb. 1: Ein psychophysiologisches Störungsmodell der somatoformen Störungen

sen Patienten zu erfragen, damit auch sinnvolle therapeutisch Allianzen und alternative Erklärungsmodelle vorbereitet werden können (z. B. mit Hilfe des Fragebogens zu Körper und Gesundheit; s. u.) Nicht selten spielen auch Informationen aus den Medien bei diesen Erklärungsmodellen eine Rolle. Die Lerngeschichte sollte sich im Rahmen der modifikationsorientierten Diagnostik in der Regel als das Zusammenspiel von erworbenen Überzeugungen bzw. krankheitsbezogenen irrationalen Kognitionen, Lernen am Modell und operanten Konditionierungsverläufen mit positiven und negativen Verstärkungsaspekten darstellen.

Das Konzept der somatosensorischen Verstärkung („somatosensory amplification“) ist eine zentrale Modellkomponente zur Erklärung somatoformer Störungen. Die somatosensorische Verstärkung wurde in der Arbeitsgruppe um Arthur Barsky (Barsky, 1979; Barsky, Frank, Cleary, Wyshak & Klerman, 1991) formuliert und empirisch überprüft. Man versteht darunter einen störungsspezifischen Wahrnehmungsstil, bei dem die betroffenen Personen dazu neigen,

körperliche Funktionen und Empfindungen genau zu beobachten. Im Rahmen der modifikationsorientierten Diagnostik gilt es also festzustellen, ob die Patienten auch alltägliche, schwache und passagere körperliche Vorgänge verstärkt bemerken. Zu erfragen bleibt auch, inwieweit die Betroffenen dazu neigen, die Körperreaktionen körperlichen Erkrankungen zuzuschreiben, statt weniger bedrohliche Erklärungen in Betracht zu ziehen.

Abbildung 1 stellt ein multifaktorielles Störungsmodell der somatoformen Störungen dar, das neben weiteren Aspekten die somatosensorische Verstärkung integriert und sich auf alle somatoformen Störungen mit dem Hauptmerkmal „unklare körperlichen Beschwerden“ beziehen lässt und das sich auch als Orientierung für eine modifikationsorientierte Diagnostik eignet.

Aufgrund dysfunktionaler, in der Regel katastrophisierender Interpretationen der körperlichen Veränderungen verstärken sich diese (somatosensorische Verstärkung, s. o.). Ein weiterer, äußerer Teufelskreis erklärt die Verstärkung körperlicher

Beschwerden durch Krankheitsverhalten, wie z. B. Schonverhalten oder das sog. Checking Behavior (Absuchen des Körpers auf Vorhandensein der Körpersymptome). Dieses Verhalten ist sowohl erfragt als auch beobachtbar (auch im Rahmen von Selbstbeobachtungen). Durch Schonverhalten vermindert sich die körperliche Belastbarkeit, so dass es bei Belastung zu vermehrten körperlichen Beschwerden kommt. Beim Checking Behaviour (z. B. beim Abtasten des Körpers) entstehen oftmals direkt körperliche Missempfindungen (z. B. leichte Hautreaktionen oder Schmerzempfindungen). Weiterhin zielt Krankheitsverhalten oftmals auf eine kurzfristige Beruhigung der Betroffenen ab, z. B. indem man sich bei Ärzten oder durch Medieninformationen versichern lässt, dass die Symptome, unter denen man leidet, unbedenklich sind. Dies wirkt lerntheoretisch verstärkend und hält deshalb längerfristig die Symptomatik aufrecht. Auch Bezugspersonen neigen dazu, durch verstärkte Aufmerksamkeit das Krankheitsverhalten zu verstärken (hierzu liegen z. B. experimentelle Belege aus dem Bereich der operanten Konditionierung des Schmerzverhaltens bei Rückenschmerzpatienten vor; vgl. Knost, Flor & Birbaumer, 1999). Insgesamt gilt es also sehr genau nach diesen Verhaltensweisen zu fragen, sie zu beobachten oder gar experimentell zu induzieren, um entsprechende Ergebnisse auch für den Patienten beobachtbar zu machen.

Bei Rief und Hiller (1998, S. 39) findet sich eine hilfreiche Kurzanleitung für die Erstexploration, die sowohl klassifikations- als auch modifikationsorientierte diagnostische Aspekte umfasst.

## 5 Erhebungsmethoden

Es besteht eine überschaubare Anzahl von Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumenten, die eine klassifikations- sowie modifikationsorientierte Diagnostik möglich machen.

### 5.1 Interviewverfahren und Checklisten

Bis auf die *Somatoform Disorders Schedule* dienen alle im Folgenden aufgeführten Fremdbeurteilungsverfahren der Erfassung aller wichtigen psychischen Störungen. Sie enthalten alle auch Fragen zur Diagnostik der somatoformen Störungen.

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID)* in der deutschen Version von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997) beruht auf den Kriterien des DSM-IV und stellt eine Expertenbeurteilung dar.

Ebenso ist das *Diagnostische Interview für Psychische Störungen (DIPS)*; Margraf, Schneider & Ehlers, 1994 ein auf den DSM-Kriterien beruhendes Fremdbeurteilungssystem.

Die *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*; van Gülick-Bailey, Maurer & Häfner, 1995) sind ein halbstrukturiertes Interview, das die klinischen Urteile des Diagnostikers miteinbezieht. Hier werden sowohl die Kategorien von DSM-IV als auch von ICD-10 berücksichtigt. Die Sektion über „Körperliche Gesundheit, somatoforme und dissoziative Störungen“ ist verhältnismäßig kurz.

Auch das *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*; Wittchen, Pfister & Garczynski, 1997) ermöglicht eine Diagnostizierung nach DSM-IV und ICD-10. Anders als die obigen Verfahren kann dieses auch von Laien benutzt werden, da die CIDI-Kodierungen ausschließlich auf den Aussagen der Befragten beruhen.

Die *Somatoform Disorders Schedules (SDS)* in der deutschen Version von Hiller und Rief (1996) sind eine Spezialversion des *CIDI*, die sich ausschließlich auf somatoforme Störungen beziehen und diese ausführlicher als die o. g. Verfahren erfragen. Da Interviewverfahren oft zeitaufwendig und in ihrem Ablauf starr sind, bieten die *Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL)*; Hiller, Zaudig & Mombour, 1993; Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) eine ökonomische Alternative. Die *IDCL* existieren in Versionen für DSM-IV und ICD-10. Sie enthalten alle Beurteilungskriterien und Entscheidungsregeln und ermöglichen eine rasche, einfache und flexible Diagnostik. Allerdings ist eine Kenntnis diagnostischer Kriterien und Explorationstechniken Voraussetzung für eine sorgfältige Durchführung des Verfahrens. Zur Diagnostik nach DSM-IV benötigt man die beiden Checklisten „Somatoforme Störungen“ und „Hypochondrie“. Zur Diagnostik nach ICD-10 können die drei Checklisten „Somatoforme Störungen“, „Hypochondrische Störung“ sowie „Dissoziative und Konversionsstörungen“ herangezogen werden.

## 5.2 Fragebogenverfahren

Die wichtigsten Fragebogenverfahren im Bereich der somatoformen Störungen werden im Folgenden zusammengestellt. Anhand des *Screening für Somatoforme Störungen (SOMS)*; Rief, Hiller & Heuser, 1997) gelingt das Vorscreening auf die spezifischen somatoformen Störungen, die Quantifizierung sowie die Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Es werden sowohl die Kriterien von DSM-IV als auch von ICD-10 berücksichtigt. Das *SOMS* existiert in zwei verschiedenen Versionen, die sich auf unterschiedliche Zeitfenster (2 Jahre; 7 Tage zur Verlaufsmessung) beziehen. Wesentlicher Bestandteil beider Versionen ist eine

ausführliche Liste der nach DSM und ICD relevanten somatoformen Symptome. Der *SOMS* wurde sorgfältig evaluiert. Die Retest-Reliabilität nach 72 Stunden ist  $r_{tt} = .85$  für den Summenwert der DSM-Symptome. Die interne Konsistenz ist  $\alpha = .88$  für alle somatoformen Symptome. Beim Vergleich mit den nach *SKID* erstellten Diagnosen resultierte eine Sensitivität von 82 % sowie eine Spezifität von 85 %.

Der *Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)*; Hiller et al., 1997; Rief, Hiller & Margraf, 1998) erfasst Einstellungen und Bewertungen, die typisch für Patienten mit somatoformen Störungen sind und eigens zur Messung spezifischer kognitiver Charakteristika somatoformer Störungen entwickelt wurden. Der *FKG* enthält die fünf Skalen „katastrophisierende Bewertung“, „Intoleranz von körperlichen Beschwerden“, „Selbstbild der körperlichen Schwäche“, „vegetative Missempfindungen“ und „Gesundheitsverhalten“. Patienten mit somatoformen Störungen unterschieden sich signifikant von klinischen Kontrollpersonen bzgl. der ersten vier Skalen, die ersten drei Skalen erwiesen sich zudem als veränderungssensitiv. Die interne Konsistenz wurde an einer klinischen Stichprobe von 493 Patienten mit  $\alpha = .90$  ermittelt.

Zur Messung der Hypochondrie sind die beiden meistverbreiteten Verfahren international sowie im deutschen Sprachraum der *Whitely-Index* sowie die *Illness Attitude Scales*. Beide Tests sind unter dem Namen *Internationale Skalen für Hypochondrie* (Hiller & Rief, 2004) als Manuale erhältlich.

Der *Whitely-Index* umfasst nur 14 Items und ermöglicht die Berechnung eines Gesamtscores sowie der drei Skalenwerte „Krankheitsängste“, „somatische Beschwerden“ und „Krankheitsüberzeugung“. Ab einem Gesamtwert von 8 besteht hier ein Optimum an Sensitivität und Spezifität im Sinne eines ausreichend erhärteten Verdachts auf eine Hypochondrie. Die Retest-Reliabi-

Tab. 1: Fragebogen bei somatoformen Störungen

Testverfahren	Autoren	Einsatzbereich
<i>Screening für Somatoforme Störungen (2-Jahres-Version SOMS-2)</i>	Rief, Hiller & Heuser (1997)	Screening-Diagnostik für die wichtigsten somatoformen Störungen
<i>Screening für Somatoforme Störungen (7-Tages-Version SOMS-7)</i>	s. o.	Verlaufsdiagnostik somatoformer Symptome
<i>Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)</i>	Hiller et al. (1997); Rief et al. (1998)	Modifikationsorientierte Diagnostik störungsspezifischer Einstellungen und Bewertungen
<i>Whitely-Index (WI)</i>	Pilowsky (1967); deutsch: Hiller & Rief (2004)	ökonomische Screening-Diagnostik und Verlaufsmessung für hypochondrische Merkmale
<i>Illness Attitude Scales (IAS)</i>	Kellner (1986); deutsch: Hiller & Rief (2004)	Screening-Diagnostik und Verlaufsmessung für hypochondrische Merkmale und Krankheitsverhalten
<i>Skala zur Erfassung von Krankheitsverhalten (Scale for the Assessment of Illness Behaviour, SAIB)</i>	Rief, Ihle & Pilger (2003)	Modifikationsorientierte Diagnostik störungsspezifischen Krankheitsverhaltens

lität über 30 Tage war  $r_{tt} = .92$ , die interne Konsistenz  $\alpha = .80$ .

Die *Illness Attitude Scales (IAS)* machen es zudem möglich, hypochondrische Merkmale und Krankheitsverhalten in abgrenzbarer Form zu erfassen. In verschiedenen Untersuchungen ließen sich die Unterskalen „Krankheitsängste“ und „Krankheitsverhalten“ empirisch abbilden. Auch hier ist es möglich, einen Gesamtscore zu berechnen. Die Retest-Reliabilität nach 30 Tagen war  $r_{tt} = .89$ , die interne Konsistenz  $\alpha = .90$ .

Die Gesamtscores von *Whitely-Index* und *Illness Attitude Scales* interkorrelieren zu  $r = .79$ , was belegt, dass beide Instrumente sich auf ein sehr ähnliches Konzept der Hypochondrie beziehen.

Die *Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB)* wurde von Rief, Ihle und Pilger (2003) speziell zur Erfassung des Krankheitsverhaltens bei Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden entwickelt und validiert. Sie erfasst die folgenden fünf Aspekte des Krankheitsverhaltens: Ve-

rifizierung von Diagnosen, Ausdruck der Beschwerden, Medikamente/Behandlung, Konsequenzen der Erkrankung, Scanning. Die interne Konsistenz wurde mit  $\alpha = .80$  bestimmt.

Patienten mit multiplen somatoformen Beschwerden unterscheiden sich von gesunden Personen in allen Skalen sowie dem Gesamtwert mit Ausnahme der Skala „Ausdruck der Beschwerden“.

Die meisten der Verfahren lassen sich sinnvoll zur Verlaufs- und Erfolgsmessung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung einsetzen. Zur Erhebung der Verminderung der somatoformen Beschwerden sollte die *7-Tages-Version des SOMS* verwendet werden. Da das vordringliche Therapieziel jedoch eher eine reduzierte Beeinträchtigung durch die körperlichen Beschwerden ist, sollten zudem Verfahren eingesetzt werden, die die störungsspezifischen Charakteristika messen, wie es z. B. der *FKG* (s. o.) vorsieht. In **Tabelle 1** werden die vorgestellten Verfahren im Überblick dargestellt.

## 6 Fallbeispiele

### Fallbeispiel 1

Frau P., eine 63-jährige Schneiderin, leide seit sie denken könne unter einer angegriffenen Gesundheit. Bereits im Krieg wurden ihr zusätzliche Lebensmittel zugeteilt, da sie ein außergewöhnlich zartes und labiles Kind gewesen sei. Aktuell leide sie vorwiegend unter Gesichtsschmerzen, Darmkoliken und Erstickungsanfällen. Ihr Arzt habe ihr keine genauen Erklärungen für die Beschwerden geben können. Frau P. habe einen wunderbaren Partner und führe eine ideale Partnerschaft. Durch die Pflege des schwerkranken Vaters fühle sie sich extrem belastet.

*Kommentar:* Hier ist ein dispositioneller Anteil durch positive Verstärkung in der Lerngeschichte sichtbar, wodurch sich ein deutliches Selbstbild der körperlichen Schwäche ausbilden konnte.

### Fallbeispiel 2

Frau S., eine 34-jährige Fließbandarbeiterin, berichtet über massive, intermittierend und krampfartig auftretende Unterleibsschmerzen sowie andere Magen-Darm-Beschwerden, die seit über zwölf Jahren bestehen, und für die sich trotz zahlreicher medizinischer Untersuchungen keine organische Ursache finden ließen. Sie selbst vermute dennoch gelegentlich, dass ein Tumor die Schmerzen verursache. Die Patientin schildert eine bewegte Lebensgeschichte und berichtet von stark belastenden Ereignissen, wie z. B. mehrfache Wechsel der Wohnsituation in der Kindheit, die manisch-depressive Erkrankung ihres Vaters, wiederholte Gewalttätigkeiten (teilweise sexueller Art) gegen ihre Person durch verschiedene Täter sowie zwei Suizidversuche.

*Kommentar:* Auffällig ist zum einen der Zusammenhang von sexueller Traumatisierung und chronischen Unterleibsschmerzen. Es finden sich hier (wie häufig) hypochondrische Gedanken an einen Krebstumor, ohne dass das Vollbild der Hypochondrie besteht.

### Fallbeispiel 3

Herr B., ein 52-jähriger Lehrer, ist seit einigen Monaten durchgehend arbeitsunfähig, da er unter verschiedenen Schmerzen, Kribbelgefühlen und einer Überempfindlichkeit gegen Lärm leidet. Erst die Konsultation eines Umweltspezialisten vor einem Jahr brachte ihm wieder Hoffnung. Der Umweltspezialist habe ihm als erster Behandler plausible Erklärungen für seine Beschwerden geben können, indem er ihn über die belastenden Substanzen in Teppichen, Möbeln und in der Luft aufklärte, mit denen sich Herr B. umgibt. Seine Arbeit sei sehr belastend für ihn, er würde dennoch gerne zu ihr zurückkehren. Allerdings sehe er dazu in den nächsten Jahren keine Möglichkeit, da die Beschwerden sicherlich nie wieder ausreichend zurückgingen.

*Kommentar:* Besondere Bedeutung hat hier in der Diagnostik die Erhebung des subjektiven Erklärungsmodells des Patienten, welches Umweltfaktoren für seine Erkrankung verantwortlich macht.

## 7 Gruppenspezifische Aspekte

### 7.1 Kinder und Jugendliche

Der Forschungsstand bzgl. dieser Altersgruppe lässt zu wünschen übrig und wird vielerorts kritisiert (z. B. Fritz, Fritsch & Hagino, 1997; Garralda, 1999). Bisher werden für die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen die einzelnen somatoformen Störungen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV aus dem Erwachsenenbereich übernommen (z. B. Lieb et al., 2000; Garralda, 1996; Fritz et al., 1997), auch wenn von Fritz et al. (1997) stärker entwicklungsbezogene Ansätze der diagnostischen Schemata gefordert werden. In ihrem großen Überblicksartikel zur Somatisierung bei Kindern nennt Garralda (1996) Schmerzen, Müdigkeit und Schwindel als die für diese Altersgruppe vorherrschenden körperlichen Beschwerden.

Weiterhin sind chronische Unterbauchbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen verhältnismäßig häufig und gut untersucht. Robinson, Alvarez und Dodge (1990) fanden bei einer Gruppe von Kindern mit wiederkehrenden abdominellen Schmerzen, dass diese mehr Aufmerksamkeit ihrer Eltern wünschten, wenn sie krank waren, als ihre Vergleichsgruppe. Auch berichteten die Eltern dieser Kinder über mehr körperliche Symptome als die der Vergleichsgruppe. Routh und Ernst (1984) untersuchten die Mütter von Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Unterbauchschmerzen und verglichen sie mit denen von 20 Kindern mit organisch begründeten Unterbauchschmerzen. Die Hälfte der Kinder mit den funktionellen, aber nur ein Kind mit den organischen Schmerzen hatte einen oder mehrere Verwandte (oft weiblich) mit Somatisierungsstörung. Außerdem gab es einen höheren Anteil von Verwandten mit Alkoholismus, antisozialem oder abhängi-

gem Verhalten oder Aufmerksamkeitsdefizitstörungen

Weitere Untersuchungen weisen darauf hin, dass bei Kindern mit somatoformen Störungen häufig Modelle für Krankheitsverhalten in der Familie vorhanden sind (Campo & Fritsch, 1994; Bennett Osborne, Hatcher & Richtsmeier, 1989)

### 7.2 Ältere Menschen

Auch der Somatisierung bei älteren Menschen kam wissenschaftlich bisher sehr wenig Aufmerksamkeit zu (Sheehan & Banerjee, 1999; Wijeratne & Hickie, 2001).

In höherem Alter steigt die Häufigkeit organmedizinischer Erkrankungen deutlich an, was die Diagnostik der somatoformen Störungen verständlicherweise zunehmend erschwert (vgl. Sheehan, Bass, Briggs & Jacoby, 2003).

In ihrem Überblicksartikel zu Somatisierung bei älteren Menschen kommen die Autoren Sheehan und Banerjee (1999) zu dem Schluss, dass in den meisten epidemiologischen Untersuchungen kein Anstieg somatoformer Störungen mit dem Alter zu finden sei (Escobar, Swartz, Rubio-Stipec & Manu, 1991; Barsky et al., 1991; Larkin et al., 1992). Dies könne gemäß Sheehan und Banerjee auch auf die Tendenz älterer Personen zurückzuführen sein, körperliche Symptome eher „herunterzuspielen“

Sobald man jedoch statt der psychischen Störungen nur noch einzelne Charakteristika somatoformer Störungen untersucht, finden sich deutliche Anstiege mit dem Alter.

Person und Borcovec (1995; zitiert in Snyder & Stanley, 2001) ermittelten, dass sich Personen ab 65 Jahren häufiger über ihre Gesundheit sorgen, während jüngere Menschen sich häufiger über Familie und Finanzen Sorgen machen. Auch in der Berliner Altersstudie konnte für Probanden ab dem

60. Lebensjahr gefolgt werden, dass im hohen Alter die Beschäftigung mit der Gesundheit einen zentralen Stellenwert einnimmt (Mayer et al., 1996)

In einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung von Hessel, Geyer, Gunzelmann, Schumacher und Brähler (2003) wurde mittels des SOMS-2 bei 72 % der über 60-Jährigen mindestens ein somatoformes Symptom, bei 24 % sogar mindestens acht somatoforme Symptome ermittelt. Ein Vergleich mit einer jüngeren Stichprobe von Personen erbrachte für die überwiegende Mehrzahl somatoformer Symptome eine hochsignifikant größere Häufigkeit zugunsten der älteren Untersuchungsgruppe. Weiterhin zeigt die Studie, dass Schmerzen die häufigste Symptomgruppe darstellen, wie auch bei jüngeren Untersuchungsgruppen. Von den älteren Personen wurden am meisten genannt: Gelenkschmerzen (44 %), Rückenschmerzen (41 %) und Schmerzen in den Extremitäten (36 %). Im Gegensatz zu Befunden aus jüngeren Altersgruppen schildern ältere Frauen vergleichbar viele unklare körperliche Beschwerden, ebenso wie ältere Männer. Die Ergebnisse können durch die Erhebung von Heuft, Kruse, Lohmann und Senf (1995) in einer geriatrischen Akutklinik bestätigt werden. Hier gaben nur 17 % der über 60-jährigen Patienten keine oder sehr geringe Schmerzen in einem Fragebogen an. Bei der überwiegenden Mehrzahl waren mehrere körperliche Regionen von Schmerzen betroffen.

Leider wurden die Daten der letztgenannten Untersuchungen nur durch Fragebögen erhoben, weshalb organische Erkrankungen nicht kontrolliert werden konnten. Möglicherweise fällt es älteren Menschen besonders schwer, Beschwerden mit und ohne medizinisch diagnostizierte Ursachen voneinander abzugrenzen. Für Studien innerhalb dieser Altersgruppe, die die organmedizinische Diagnostik körperlicher Beschwerden sorgfältig miteinbeziehen, besteht Forschungsbedarf

## 8 Zusammenfassung und Ausblick

Im Verhältnis zu den meisten anderen psychischen Störungen sind wissenschaftliche Untersuchungen und diagnostische Instrumente bei den somatoformen Störungen derzeit weiterhin überschaubar. Epidemiologische Studien weisen auf eine Lebenszeitprävalenz von etwa 12 % für die Gruppe der somatoformen Störungen hin. Somit gehören diese zu den häufigsten Störungsbildern in Deutschland. Eine Reihe diagnostischer Instrumente aus dem deutschen Sprachraum macht eine umfassende Erhebung der körperlichen Beschwerden, aber auch der zentralen kognitiven und verhaltensbezogenen Charakteristika möglich. Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass sich die gängigen Klassifikationssysteme mit ihrer gegenwärtig sehr strengen Definition der Somatisierungsstörung zunehmend an das klinische Erscheinungsbild dieser Störungsgruppe annähern.

## Literatur

- Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91, 96–70.
- Barsky, A. J., Frank, C., Cleary, P. D., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. *American Journal of Psychiatry*, 148, 923–928.
- Beard, R. W. & Pearce, S. (1992). Cost of pelvic pain. *The Times*, 30<sup>th</sup> July, 15.
- Bennett Osborne, R., Hatcher, J. W. & Richtsmeier, A. J. (1989). The role of social modeling in unexplained pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 43–61.
- Bleichhardt, G. (2002). Längerfristiger Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen auf körperlicher, verhaltensbezogener und emotionaler Ebene. Marburg, Dissertation. URL: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2002/0413/>

- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511–523.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – A randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 449–454.
- Campo, J. V. & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of American Academy Children and Adolescent Psychiatry*, 33, 1223–1235.
- Caudill, M., Schnable, R., Zuttermeister, P., Benson, H. & Friedman, R. (1991). Decreased clinic use by chronic pain patients: Response to behavioral medicine intervention. *Clinical Journal of Pain*, 7, 305–310.
- De Gruy, F., Crider, J., Hashimi, D. K., Dickinson, P., Mullins, H. C. & Troncale, J. (1987). Somatization disorder in a university hospital. *Journal of Family Practice*, 25, 579–584.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Escobar, J. I., Burnam, A., Karno, M., Forsythe, A. & Golding, J. M. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44, 713–718.
- Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Cohen Silver, J., Holman, A. & Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20, 155–159.
- Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177, 140–146.
- Escobar, J. I., Swartz, M., Rubio-Stipec, M. & Manu, P. (1991). Medically unexplained symptoms: Distribution, risk factors, and comorbidity. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Eds.), *Current concepts of somatization* (pp. 63–77). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24–29.
- Ferber, C. v., Ferber, I. v., Kohlhausen, K. & Silomon, H. (1972). Die Aussagefähigkeit der kassenärztlichen Begründung der Arbeitsunfähigkeit für die Analyse von Krankheitszuständen. *Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Arbeitshygiene*, 7, 1–7.
- Ford, C. V. (1986). The somatizing disorder: Illness as a way of life. *Psychosomatics*, 27, 327–337.
- Fritz, G. K., Fritsch, S. & Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents. A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1329–1338.
- Garralda, M. E. (1996). Somatization in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13–33.
- Garralda, M. E. (1999). Practitioner review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1159–1167.
- Gureje, O. & Simon, G. E. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 669–676.
- Gureje, O., Simon, G. E., Üstün, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989–995.
- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 287–296.
- Heuft, G., Kruse, A., Lohmann, R. & Senf, W. (1995). Psychosomatische Aspekte des Schmerzerlebens im Alter – Ergebnisse aus der Elderment-Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 349–357.
- Hiller, W. & Rief, W. (1996). *SDS Somatoform Disorders Schedule* (deutsche Version des SDS, Version 2.0, der Weltgesundheitsorganisation von G. Tachini, A. Janca & M. Isaac). Prien: Klinik Roseneck, unveröffentlichtes Manuskript.
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie. Whiteley-Index und Illness Attitude Scales*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Fichter, M. M. & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 369–380.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R. & Fichter, M. M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226–234.

- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1993). *Die Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *Die Internationalen Diagnose Checklisten (IDCL) für ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- Katon, W., Lin, E., von Korff, M., Russo, J., Lipscomb, P. & Bush, T. (1991). Somatization: A spectrum of severity. *American Journal of Psychiatry*, 148, 34–40.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger-Greenwood Publishers.
- Knost, B., Flor, H. & Birbaumer, N. (1999). Schmerzverhalten, Partnerreaktionen und somatosensorisch evozierte Potentiale chronischer Schmerzpatienten bei akuten Schmerztests. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 242–247.
- Kroenke, K. & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262–266.
- Labott, S. M., Preisman, R. C., Popovich, J. & Iannuzzi, M. C. (1995). Health care utilization of somatizing patients in a pulmonary subspecialty clinic. *Psychosomatics*, 36, 122–128.
- Larkin, B. A., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Davidson, I. A., Saunders, P. A., Sharma, V. K., McWilliam, C. & Sullivan, C. (1992). The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. *British Journal of Psychiatry*, 160, 681–686.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R. H., Hofler, M., Tholen, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 101, 194–208.
- Lipowski, J. U. (1986). Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal*, 135, 609–614.
- Looper, K. J. & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577–584.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview für Psychische Störungen*. Berlin: Springer.
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiesen, E. & Wagner, M. (1996). Wissen über das Alter(n). Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 599–634). Berlin: Akademie Verlag.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71, 535–542.
- Morschitzky, H. (2000). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Wien: Springer.
- Perley, M. & Guze, S. B. (1962). Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of Medicine*, 266, 421–426.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89–93.
- Rief, W. (1995). *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hans Huber.
- Rief, W. (2000). Somatisierungsstörung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2* (S. 189–208). Berlin: Springer.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680–687.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W. & Hiller, W. (1999). Towards empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507–518.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). SOMS – ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587–595.
- Rief, W., Ihle, D. & Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 405–414.
- Robinson, J. O., Alvarez, J. H. & Dodge, J. A. (1990). Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 171–181.
- Rost, K. M., Kashner, T. M. & Smith, G. R. (1994). Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: Improved outcome at reduced costs. *General Hospital Psychiatry*, 16, 381–387.
- Routh, D. K. & Ernst, A. R. (1984). Somatization disorder in relatives of children and adolescents with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 427–437.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sheehan, B. & Banerjee, S. (1999). Somatization in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1044–1049.
- Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R. & Jacoby, R. (2003). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine*, 33, 867–877.
- Smith, G. A., Monson, R. A. & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: A randomized, controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407–1413.
- Snyder, A. G. & Stanley, M. A. (2001). Hypochondriasis and health anxiety in the elderly. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor & B. J. Cox (Eds.), *Health anxiety. Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 246–274). Chichester: Wiley & Sons.
- Speckens, A. E. M., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. M. & Hengeveld, M. W. (1996). Unexplained physical symptoms: Outcome, utilization of medical care and associated factors. *Psychological Medicine*, 26, 745–752.
- Sturm, J. & Zielke, M. (1988). „Chronisches Krankheitsverhalten“: Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1, 17–27.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1403–1408.
- Swartz, M., Landerman, R., George, L. K., Blazer, D. G. & Escobar, J. (1991). Somatization disorder. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 220–257). New York: Free Press.
- van Güllick-Bailer, M., Maurer, K. & Häfner, H. (1995). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Deutsche Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bächer, K., Berghof, B., Bergmann, K. E., et al. (1990). *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Wijeratne, C. & Hickie, I. (2001). Somatic distress syndromes in later life: The need for paradigm change. *Psychological Medicine*, 31, 571–576.
- Wittchen, H.-U., Essau, C., Rief, W. & Fichter, M. M. (1993). Assessment of somatoform disorders and comorbidity patterns with the CIDI – Findings in psychosomatic inpatients. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 87–99.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtke, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ *Das Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 216–222.
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. & Garczynski, E. (1997). *CIDI. Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV (der Weltgesundheitsorganisation), deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M. & Mark, N. (1989). Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2, 132–147.
- Zoccolillo, M. S. & Cloninger, C. R. (1986a). Excess medical care of women with somatization disorder. *Southern Medical Journal*, 79, 532–535.
- Zoccolillo, M. S. & Cloninger, C. R. (1986b). Somatization disorder: Psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 65–73.