

**Aus der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
(Prof. Dr. med. P. Falkai)  
im Zentrum Psychosoziale Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen**

**Das Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome  
(QUISS)**

Ein neues Instrument zur  
Erfassung des Schweregrades somatoformer Störungen

**INAUGURAL-DISSERTATION  
zur Erlangung des Doktorgrades**

**der Medizinischen Fakultät  
der Georg-August-Universität zu Göttingen**

**vorgelegt von**

**Patricia Trümper**

**aus**

**Heiligenstadt**

**Göttingen 2007**

**Dekan:** Prof. Dr. med. C. Frömmel

**I.     Berichterstatter:**           Prof. Dr. med. B. Bandelow  
**II.    Berichterstatter/in:**  
**III.   Berichterstatter/in:**

**Tag der mündlichen Prüfung:**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
Begriffsbestimmung, historische Entwicklung und allgemeine Bemerkungen zum Thema somatoforme Störungen	
<b>2. Somatoforme Störungen: Klassifikation und Differentialdiagnostik somatoformer Störungen</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Klassifikation somatoformer Störungen</b>	<b>6</b>
2.1.1 Diagnose somatoformer Störungen nach DSM-IV	6
2.1.2. Diagnose somatoformer Störungen nach ICD-10	11
2.1.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ICD-10 / DSM-IV	16
2.1.4. Differentialdiagnostik	17
2.1.5. Weitere Klassifikationssysteme	18
<b>2.2. Komorbidität somatoformer Störungen</b>	<b>19</b>
2.2.1. Komorbidität mit Achse-I-Störungen	21
2.2.1.1. Somatoforme Störungen und Depression	21
2.2.1.2. Somatoforme und Angst- Störungen	23
2.2.1.3. Somatoforme Störungen und Hypochondrie	23
2.2.2. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen)	24
<b>2.3. Epidemiologische Daten und Prävalenz in medizinischen Systemen</b>	<b>24</b>
2.3.1. Darstellung somatoformer Störungen	24
2.3.1.1. Charakteristika somatoformer Störungen	24
2.3.1.2. Häufigkeit somatoformer Störungen	25
2.3.2. Geschlechterverteilung somatoformer Störungen	26
2.3.3. Soziodemographische Risikofaktoren	27
2.3.4. Transkulturelle Besonderheiten, Verlauf und Prognose	28
2.3.4.1. Transkulturelle Besonderheiten	28
2.3.4.2. Verlauf und Prognose	28
2.3.5. Inanspruchnahme medizinischer Dienste	29
<b>2.4. Ätiologie</b>	<b>31</b>
2.4.1. Störungstheorien	31
2.4.2 Genetik	33
<b>2.5. Therapie</b>	<b>34</b>
<b>2.6. Bisherige Messinstrumente zur Erfassung somatoformer Störungen</b>	<b>35</b>

2.6.1	Fremdbeurteilungsverfahren	36
2.6.1.1.	Checklisten	36
2.6.1.2.	Standardisierte / strukturierte Interviews	37
2.6.2.	Selbstbeurteilungsverfahren	38
2.6.2.1.	Störungsgruppenübergreifende Selbstbeurteilungsverfahren	39
2.6.2.2.	Störungsgruppenbezogene Selbstbeurteilungsverfahren	41
<b>2.7.</b>	<b>Unzulänglichkeiten bisheriger Verfahren</b>	<b>43</b>
<b>2.8.</b>	<b>Bisheriger Wissensstand und vorliegende Erkenntnisse über QUISS</b>	<b>44</b>
<b>2.9.</b>	<b>Gütekriterien wissenschaftlicher Testverfahren</b>	<b>45</b>
2.9.1.	Validität	45
2.9.2.	Reliabilität	45
2.9.3.	Objektivität	46
<b>2.10.</b>	<b>Fragestellung und Ziel der vorliegenden Arbeit</b>	<b>47</b>
<b>3.</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>49</b>
<b>3.1.</b>	<b>Patientenauswahl</b>	<b>49</b>
<b>3.2.</b>	<b>Untersuchungsmethodik</b>	<b>50</b>
<b>3.3.</b>	<b>Untersuchungsinstrumente</b>	<b>50</b>
3.3.1.	Whiteley-Index (WI)	50
3.3.2.	QUISS (Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome)	51
3.3.3.	Messinstrument zur globalen Erfolgsmessung: CGI (Clinical Global Impression)	52
3.3.4.	Screening für somatoforme Störungen (SOMS)	52
<b>3.4.</b>	<b>Angewandte Verfahren und Methoden der psychometrischen Prüfung des QUISS</b>	<b>53</b>
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>56</b>
<b>4.1.</b>	<b>Allgemeine Daten der Patientengruppe</b>	<b>56</b>
<b>4.2.</b>	<b>Item- und Reliabilitätsanalyse</b>	<b>60</b>
4.2.1.	Gesamtsummenscore des QUISS	60
4.2.1.1.	Therapeutenversion (TF) des QUISS	60
4.2.1.2.	Patientenversion (PF) des QUISS	61
4.2.2.	Häufigkeitsverteilung der Items der Therapeutenversion (TF) des QUISS	62
4.2.2.1.	Itemschwierigkeiten, Itemmittelwerte und Standardabweichungen des QUISS (TF)	82

4.2.3.	Häufigkeitsverteilung der Items der Patientenversion (PF) des QUISS	83
4.2.4.	Cronbachs alpha der Therapeutenversion (TF) des QUISS bei Ausschluss	84
4.2.5.	Cronbachs alpha der Patientenversion (PF) des QUISS bei Ausschluss	86
4.2.6.	Eliminierung von Items	87
4.2.7.	Reliabilitäts- und Itemanalyse nach Itemselektion	88
<b>4.3.</b>	<b>Objektivität des QUISS</b>	<b>91</b>
<b>4.4.</b>	<b>Spearman-Korrelation des QUISS-PF mit dem Summenscore des QUISS-TF</b>	<b>92</b>
<b>4.5.</b>	<b>Akzeptanz des QUISS durch den Patienten</b>	<b>93</b>
<b>4.6.</b>	<b>Externe Validität des QUISS</b>	<b>93</b>
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>95</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>101</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	<b>102</b>
I	Fragebogen: Therapeutenversion (TF) des QUISS	102
II	Fragebogen: Patientenversion (PF) des QUISS	104
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>106</b>

# **1. Einleitung**

## **Begriffsbestimmung, historische Entwicklung und allgemeine Bemerkungen zum Thema somatoforme Störungen**

Der Begriff 'Somatisierung' wurde erst im letzten Jahrhundert geprägt und ist somit eine Definition der Neuzeit.

In den 60er Jahren wurde von Samuel B. Guze das Briquet-Syndrom als Neuformulierung des Hysteriebegriffs aufgegriffen und zu einem Konzept der Somatisierungsstörung weiterentwickelt, das in wesentlichen Aspekten heute noch die Sicht von damals prägt (Guze 1975). Schließlich wurde 1980 das Briquet-Syndrom in etwas veränderter Form mit der Bezeichnung 'Somatisierungsstörung' in das Klassifikationssystem DSM-III (APA 1980) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) übernommen.

Die Wurzeln dieser Erkrankung werden bereits in der Antike von Hippokrates beschrieben, der die Verbindung zwischen organisch nicht erklärbaren Beschwerden und psychosozialen Konflikten (nicht erfüllter Kinderwunsch) in Zusammenhang bringt. Dabei wurden erstmals entsprechend dem heutigen Begriff der somatoformen Störungen vor allem zwei Krankheitsbilder, die Hypochondrie und Hysterie, erwähnt (Rief und Hiller 1998).

Den Begriff der Hypochondrie, der mit dem griechischen 'chondros' (Knorpel) - gemeint sind die Rippenknorpel, unter ('hypo') denen man Leber und Galle findet - in Zusammenhang gebracht wird, geht auf den Arzt und Philosophen Galen zurück und ist definiert als eine von Angst dominierte Beziehung zum eigenen Körper und zu dessen Funktion. Häufig werden alltägliche körperliche Wahrnehmungen von den Betroffenen über lange Zeit als Krankheitszeichen fehlgedeutet (Hiller und Rief 1998). Während Hypochonder Missempfindungen tatsächlich erleben, kann ihre Umgebung die überbesorgte Bedeutung nicht nachvollziehen. Sie weigern sich, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt (Dilling et al. 1994, Rief 1995). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993) wird die Hypochondrie offiziell nicht als eigenständige Krankheit betrachtet, da sie im Rahmen verschiedener Erkrankungen auftritt.

Unter Hysterie verstanden die alten Griechen medizinisch nicht erklärbare körperliche Leiden. Das griechische Wort 'hysterikos' bedeutete ursprünglich 'an der Gebärmutter leidend'. Ausgehend von Hippokrates führte auch Platon zahlreiche Frauenleiden ohne nachweisbare organische Ursache auf das Syndrom einer wandernden Gebärmutter zurück (Platon 1994).

Hysterische Symptomatik wurde im Mittelalter als Teufelswerk angesehen und die Menschen galten als vom Satan besessen. Im 18. Jahrhundert wurde die Hysterie häufig als gynäkologische, im 19. Jahrhundert als neurologische Erkrankung verstanden.

Von Sydenham ausgehend (1681) sahen viele Kliniker in den folgenden Jahrhunderten die Hypochondrie als männliche Form der meist bei Frauen auftretenden Hysterie an (Lipowski 1990). Ende des 19. Jahrhunderts beschäftigten sich die Nervenärzte Freud, Charcot und Janet erneut mit dem Begriff der Hysterie. Jean-Martin Charcot, französischer Neurologe, erfasste die Bedeutung von Traumen bei zusätzlicher erblicher Minderbelastbarkeit der Nerven. Die Hysterie bekam aufgrund der zahlreichen von ihm beschriebenen pseudoneurologischen Symptome den Charakter einer quasi-neurologischen Krankheitseinheit (Morschitzky 2000).

Der französische Philosoph, Psychiater und Psychotherapeut Pierre Janet (1859-1947) erklärte den Mechanismus der hysterischen Symptome mit dem Konzept der Dissoziation. Freud hingegen führte den Begriff der Konversion ein (Breuer und Freud 1893). Er war der Auffassung, dass körperliche Symptome das Ergebnis einer neurotischen Scheinlösung von intrapsychischen Konflikten seien (Rief und Hiller 1998). Freud behauptete, dass schmerzhaftes Erinnerungen und Erlebnisse vom bewussten Erleben abgespalten werden und sich in körperliche Symptome umwandeln, die das jeweilige traumatische Ereignis widerspiegeln. Schon im Jahre 1853 sah Carter emotionale Labilität oder traumatische Ereignisse als Ursache für die Entstehung hysterischer Beschwerden an (Carter 1853).

Paul Briquet, ein französischer Psychiater, griff ebenfalls vor Charcot, Janet und Freud das Konzept der Hysterie auf (Briquet 1859). Er beschrieb in seiner Schrift 'Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie' ein polysymptomatisches Beschwerdebild, das in vielen Aspekten bereits dem heutigen Konzept der Somatisierungsstörung entspricht. Unklare Hyperästhesien und Parästhesien, Anästhesien, verzerrte Sinneswahrnehmungen, Krämpfe, Anfälle und Paralysen gehörten nach seiner Meinung ebenfalls zu den wesentlichen Symptomen der Hysterie. Hierbei meint Briquet schon eine wirkliche Erkrankung oder eine psychische Störung, von der er die Simulation einer Erkrankung abgrenzt (Mai und Merskey 1980).

Somit handelt es sich bei der Hysterie um ein umschriebenes klinisches Syndrom, das durch zahlreiche somatische und psychische Beschwerden gekennzeichnet ist. Das Ersterkrankungsalter liegt charakteristischerweise vor dem 30. Lebensjahr. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass Männer chronische hysterische Phänomene vergleichsweise nicht oder allenfalls selten zeigen. Seit der Einführung des DSM-III (APA 1980) ist der Hysteriebegriff aus der psychiatrischen Nomenklatur verschwunden. Die Diagnose 'Hysterie' wird in den

neueren psychiatrischen Diagnose- und Klassifikationssystemen DSM-IV (APA 1994) und in der World Health Organisation (WHO) nicht mehr explizit aufgeführt (WHO 1993).

Der als das weibliche Geschlecht abwertend angesehene Begriff 'hysterisch' wurde durch 'histrionisch' (von lat. *histrion* = Schauspieler) ersetzt und im DSM-III (APA 1980) als histrionische Persönlichkeitsstörung eingeführt. Die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung setzt mindestens vier definierte Charaktereigenschaften oder Verhaltensweisen voraus und wird in weitere Subtypen unterteilt (Millon und Davis 1996).

Der Begriff 'somatoforme Störungen' wurde ebenfalls 1980 mit dem amerikanischen Diagnosesystem DSM-III (APA 1980) eingeführt. 'Somatisation' bezieht sich auf die Tendenz, psychologische Bedrängnis in Form von körperlichen Symptomen zu verspüren und medizinische Hilfe für diese Symptome zu suchen (Kellner 1987, Lipowski 1987, Folks et al. 2000). Emotionale Reaktionen wie Depressionen und Angst leiten die Beschwerden ein oder führen bestehende Symptome fort (Rief und Hiller 1998). Laut American Psychiatric Association (APA 1994) erklärt bei Somatisierungspatienten eine bestimmte körperliche Krankheit weder die Symptome, noch scheinen die Beschwerden im Verhältnis zu einer bestimmten Krankheit zu stehen. Daher sieht auch Katon die Somatisation als Ausdruck eines weitgespannten Spektrums an, das von der verstärkenden Übertreibung allgemeiner Symptome als Reaktion auf psychischen Druck bis hin zu lähmenden, entkräftenden Manifestationen des Krankheitsbildes reicht (Katon et al. 1991).

Somatoforme Beschwerden werden im deutschsprachigen Raum unterschiedlich beschrieben. Bis heute sind klassische Bezeichnungen der somatoformen Störung wie die funktionelle Störung oder das funktionelle Syndrom alltäglich. Ferner fallen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung Begriffe wie allgemeines psychosomatisches Syndrom, vegetative Dystonie und psychogene Störung. Faller (1999) sowie Barsky und Borus (1999) erkennen eine medizinische Beziehung zwischen somatoformen Störungen und neueren Krankheitsbildern wie z.B. dem MCS-Syndrom (Multiple Chemical Sensitivity), dem chronischen Erschöpfungssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome, CFS) oder der Fibromyalgie (FM).

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte und anhaltende Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Die unerklärlichen symptomatischen Beschwerden, die ein weit verbreitetes Phänomen dieser Erkrankung in der Erstversorgung darstellen (Bridges und Goldberg 1985, Escobar et al. 1987 a, Escobar et al. 2002), führen vielfach zu nicht notwendigen Diagnosen und inadäquaten Behandlungsstrategien (Hiller et al. 2003,



Stahl 2003). Die Patienten, die wiederholt die medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, werden häufig von den eigenen Familienmitgliedern als schwere Last empfunden (Zoccolillo und Cloninger 1986, Bell 1994, Zhang et al. 1998). Oftmals werden unlösbare Zustände, welche die Lebensqualität des Betroffenen für einen relativ langen Zeitraum des Leidens beeinflussen (Swartz et al. 1986, Rief et al. 1992 b, Regier et al. 1993, Rief et al. 1995 a), von mindestens einem von 12 charakteristischen Symptomen wie z.B. Kopfschmerz, Gliederschmerz, Schwindel bei abruptem Aufstehen begleitet (Rief 1995).

Bislang sind relativ wenig Forschungsarbeiten diesem Themenbereich gewidmet, so dass Hiller und Rief (1998, S. 1) einerseits bei diesem Sektor von "Neuland" sprechen, andererseits das interdisziplinäre Arbeiten zwischen Psychiatern, klinischen Psychologen und organmedizinisch arbeitenden Ärzten als stiefkindlich vernachlässigt bezeichnen (Rief und Hiller 1998). Erst in den letzten Jahren hat man den somatoformen Störungen verstärkt klinische und wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet (Angenendt et al. 2001).

Der Therapieerfolg bei psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen in der Psychiatrie wird mit Rating-Skalen gemessen. Während für fast alle häufigen psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie oder Angststörungen gängige, validierte Rating-Skalen existieren, gab es bisher keine geeignete Skala für Somatisierungsstörungen.

Zwar bestehen Skalen wie der Whiteley-Index (WI) für die Veränderungsmessung hypochondrischer Störungen sowie der SOMS (Screening für somatoforme Störungen), der den Schweregrad von somatoformen autonomen Funktions- und Somatisierungs- Störungen erfasst. Allerdings sind diese Skalen nicht für die wöchentliche Schweregradmessung, wie sie in klinischen Studien notwendig ist, geeignet.

Bisher wurden in klinischen Studien Skalen eingesetzt, die nicht speziell für Somatisierungsstörungen brauchbar sind (vgl. Hiller und Rief 1998) wie z.B. die Hamilton Angst-Skala (Hamilton 1959), Subskalen des MMPI (Hathaway und Briggs 1957), die SCL-90-R (Derogatis und Cleary 1977), das MADRS (Montgomery und Asberg 1979), der CGI (Clinical Global Impression) (NIMH 1970) oder GAF (Global Assessment of Functioning Scale) (Endicott et al. 1976).

Aus diesem Grund wurde an der Universität Göttingen eine neue Skala zur Einschätzung des Schweregrades somatoformer Störungen, kurz QUISS (Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome) entwickelt (Wedekind et al. 2007).

Bisher wurde QUISS in einer Pilotstudie (Fentzahn 2002) an einem kleinen Patientenkollektiv (n= 39) erprobt.

Die vorliegende Untersuchung dient der Validierung der Skala an einer ausreichend großen Patientenstichprobe.

## 2. Somatoforme Störungen: Klassifikation und Differentialdiagnostik somatoformer Störungen

### 2.1. Klassifikation somatoformer Störungen

#### 2.1.1. Diagnose somatoformer Störungen nach DSM-IV

Eine Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (APA 1987) liegt vor, wenn mindestens 13 Symptome sich aus einer Liste mit 35 möglichen Krankheitszeichen manifestieren. Die Klassifikation nach DSM-IV (APA 1994) ist die Weiterentwicklung des diagnostischen Systems nach DSM-III-R (APA 1987), bei der die Symptomanzahl reduziert ist, jedoch weitere Bedingungen für die Diagnose vorliegen müssen. Wie in Tabelle 1 ersichtlich, werden im DSM-IV (APA 1994) sieben Untergruppen von somatoformen Störungen unterschieden.

**Tabelle 1: Somatoforme Störungen in Anlehnung an Klassifikation nach DSM-IV (mit ICD-10-Entsprechung (WHO 1993))**

Untergruppe	DSM-IV	ICD-10 Code
Somatisierungsstörung	300.81	F45.0
Undifferenzierte somatoforme Störung	300.81	F45.1
Somatoforme Schmerzstörung	307.xx	F45.4
Körperdysmorphie Störung <sup>a</sup>	300.7	F45.2
Hypochondrie	300.7	F45.2
Konversionsstörung <sup>b</sup>	300.11	F44.xx
Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung	300.81	F45.9

<sup>a</sup> Die dysmorphophobe Störung im ICD-10 entspricht der körperdysmorphen Störung; diese ist im ICD-10 nur als Unterform der hypochondrischen Störung aufgeführt.

<sup>b</sup> Im ICD-10 Kapitel F44 aufgeführt.

Man versteht unter dem Begriff 'somatoforme Störungen' körperliche Symptome, die nicht ausreichend auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Somatoforme Störungen sind nicht als Sekundärfolge einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung wie z.B. Panikstörung oder Depressionen anzusehen. Die Neigung zur Selbstbeobachtung und die verlorene Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, führen häufig zu einer unerträglich großen Angst und Besorgnis des Betroffenen. Das Denken und Handeln engt sich manchmal auf wahrgenommene körperliche Missempfindungen ein. Ein weiteres wichtiges Charakteristikum dieses Beschwerdebildes ist, dass der Symptombeginn nicht unter willentlicher Kontrolle steht und damit von einer Simulation bzw. vorgetäuschten Störung abzugrenzen ist.

## **Diagnostische Kriterien der Somatisierungsstörung nach DSM-IV**

Die Somatisierungsstörung (300.81) ist gewissermaßen der 'Prototyp' der somatoformen Störung. Die Ein-Jahresprävalenz der Somatisierungsstörung, wie nach DSM-IV (APA 1994) definiert, ist mit 0,3% in der Bevölkerung gering (Narrow et al. 2002). Hauptmerkmale und diagnostische Kriterien für die Somatisierungsstörung nach DSM-IV (APA 1994) sind:

**-A:** Eine Vorgeschichte von zahlreichen körperlichen Beschwerden, mit einem Erkrankungsalter vor dem 30. Lebensjahr:

Verlauf der Beschwerden über mehrere Jahre, Beschwerden führen zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**-B:** Jedes der nun folgenden Kriterien muss erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf aufgetreten sein müssen:

1. vier verschiedene Schmerzsymptome (besonders als diffuser Schmerz, Schmerzen an den Extremitäten, Rücken- und Gelenkschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen, Kopfschmerzen, Schmerzen in Brust, Bauch, Rektum);
2. zwei gastrointestinale Symptome (besonders Appetitverlust, Geschmacksstörungen, vermehrtes Aufstoßen, Kloßgefühl, Erbrechen, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Bauchschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten);
3. psychosexuelle Symptome (meist Brennen in den Sexualorganen), Dyspareunie (Schmerzen beim Verkehr), Dysmenorrhoe (Schmerz und andere Beschwerden bei der Regelblutung), unregelmäßiger Zyklus, vermehrte Blutungen, häufiges Schwangerschaftserbrechen, sexuelle Gleichgültigkeit);
4. ein pseudoneurologisches Symptom (dabei häufig: Gedächtnisstörungen, Schluckstörungen, Verlust der Stimme, Taubheit (Hörverlust), Doppelsehen, Verschwommensehen, Blindheit, Ohnmachten, Gangstörungen, pseudoepileptische Anfälle, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Wasserlassen).

**-C:** Entweder 1. oder 2.:

1. selbst nach adäquater Untersuchung kann keines der Symptome von Kriterium B vollständig durch die direkte Wirkung einer Substanz oder durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden;
2. steht das Symptom mit einem medizinischen Krankheitsfaktor in Verbindung, so gehen die körperlichen Beschwerden über das hinaus, was man aufgrund vorheriger medizinischer Untersuchungen, inklusive Laborbefundungen, erwartet hätte.

**-D:** Keine Simulation der Symptome. Keine absichtlich vorgetäuschten Beschwerden.

Erfahrungsgemäß sind Personen mit einer Somatisierungsstörung inkonsistent in ihren Anamnesebeschreibungen. Sie beschreiben bei einer ärztlichen Untersuchung so viele Symptome, dass die Kriterien für die Somatisierungsstörung vollständig erfüllt sind, während sie in einer anderen Sitzung von weniger Symptomen berichten, so dass die Kriterien nicht mehr erfüllt sind.

### **Undifferenzierte somatoforme Störung nach DSM-IV**

Die Kriterien für die Somatisierungsstörung nach DSM-IV (APA 1994) sind sehr streng und werden von nicht vielen Patienten erfüllt. Patienten mit multiplen körperlichen Symptomen fallen daher unter die Gruppe der undifferenzierten somatoformen Störungen (300.81) mit ähnlicher, aber schwächer ausgeprägter Symptomatik.

Die Erkrankung kann auch erst nach dem 30. Lebensjahr beginnen und muss nicht notwendigerweise chronifizieren. Hauptmerkmale dieses Störungsbildes sind ein oder mehrere körperliche Beschwerden (Kriterium A), die mindestens 6 Monate oder länger andauern (Kriterium D); chronische Müdigkeit, Appetitlosigkeit, gastrointestinale oder urogenitale Symptome sind häufige Beschwerden. Die bestehenden Symptome können nicht vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder durch die direkte Einnahme einer Substanz erklärt werden (z.B. Folge einer Verletzung).

Kriterium B und C sind der Somatisierungsstörung nach DSM-IV (APA 1994) zu entnehmen. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn der Symptomkomplex besser durch andere psychische Störungen wie z.B. affektive Störungen, Angststörungen, Schlafstörungen erklärt werden kann (Kriterium E). Weiterhin dürfen die Symptome nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht sein (Kriterium F).

### **DSM-IV-Kriterien für Hypochondrie**

Bei der Hypochondrie (300.7) nach DSM-IV (APA 1994) stehen die Ängste vor einer körperlichen Erkrankung oder die Überzeugung, an einer körperlichen Störung zu leiden, im Vordergrund. Betroffene zeigen eine sachlich nicht begründete, ängstlich-misstrauische Aufmerksamkeitszuwendung auf eine isolierte Störung des eigenen Befindens, die wahnhaft anmuten kann. Die Patienten scheinen von ihren Ängsten besessen zu sein (Barsky 1996). Die Erkrankung manifestiert sich zu einem späteren Zeitpunkt als bei den Somatisierungsstörungen, bei denen der Krankheitsausbruch nach DSM-IV (APA 1994) vor dem 30sten Lebensjahr liegt (Rief und Hiller 1998):

- A:** übermäßige Beschäftigung mit der Angst bzw. der Überzeugung, an einer schweren Erkrankung zu leiden, welche häufig durch die Fehlinterpretationen körperlicher Beschwerden begründet wird;
- B:** eine angemessene medizinische Abklärung durch einen Experten stützt nicht die Diagnose einer körperlichen Erkrankung;
- C:** auch nach ärztlicher Rückversicherung besteht bei dem Betroffenen die Angst oder Überzeugung, an einer körperlichen Krankheit zu leiden;
- D:** die Störung dauert mindestens sechs Monate;
- E:** die Annahme unter A nimmt kein wahnhaftes Ausmaß an wie z.B. bei der wahnhaften Störung.

### **Somatoforme Schmerzstörung nach DSM-IV**

Stehen Schmerzsymptome bei dem jeweiligen Krankheitsgeschehen im Vordergrund, ist an eine somatoforme Schmerzstörung (307.xx) zu denken.

Das DSM-IV (APA 1994) nennt als diagnostische Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung:

- der Schmerz ist als Ursache für Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen anzusehen;
- im Vordergrund der somatoformen Schmerzstörung stehen Schmerzen in mindestens einer anatomischen Region;
- psychische Faktoren sind sehr bedeutsam für den Beginn, den Schweregrad, die Exazerbation oder für die Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes;
- das Symptom ist nicht absichtlich vorgetäuscht oder erzeugt;
- die Kriterien für Dyspareunie werden nicht erfüllt;
- keine andere psychische Erkrankung wie z.B. affektive oder psychotische Störung erklärt den Schmerz besser.

Weiterhin kann die somatoforme Schmerzstörung in 3 Subtypen unterteilt werden:

1. Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Symptomen (307.80);  
die Kriterien für eine Somatisierungsstörung dürfen nicht erfüllt sein.
2. Sowohl psychische Symptome als auch medizinische Krankheitsfaktoren sind Charakteristikum dieser Form der Schmerzstörung (307.89).
3. Schmerzstörung in Verbindung mit medizinischen Krankheitsfaktoren.  
Bei diesem Subtyp ist vor allem ein medizinischer Krankheitsfaktor für die Auslösung und die Aufrechterhaltung der Beschwerden verantwortlich.

Eine Unterscheidung der Schmerzstörung in 'akut' (Dauer weniger als 6 Monate) oder 'chronisch' (Dauer mindestens 6 Monate) ist hier von entscheidender Bedeutung.

### **Diagnostische Merkmale der körperdysmorphen Störung nach DSM-IV**

Bei dieser Störung empfindet der Patient bestimmte eigene Körperteile enorm missgestaltet. Dabei muss von anderen Körperschemastörungen wie z.B. der Anorexia nervosa unterschieden werden. Folgende Diagnosekriterien müssen nach DSM-IV (APA 1994) für die körperdysmorphe Störung (300.7) erfüllt werden:

- übermäßige Beschäftigung des Betroffenen mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung der äußeren Erscheinung; übertriebene Besorgnis des Betroffenen bei einer vorhandenen leichten Anomalie des Körpers;
- die übermäßige Beschäftigung verursacht Leidenszustände und kann zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen führen;
- die übertriebene Beschäftigung wird nicht durch eine andere psychische Störung, z.B. Anorexia nervosa besser erklärt.

### **DSM-IV-Kriterien für eine Konversionsstörung**

Laut DSM-IV (APA 1994) wird auch die Konversionsstörung (300.11) den somatoformen Störungen zugeordnet, nicht jedoch im ICD-10 (WHO 1993). Eine Konversionsstörung kann diagnostiziert werden, wenn:

- ein oder mehrere Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen einen neurologischen oder sonstigen Krankheitsfaktor nahe legen;
- ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Symptom oder Ausfall angenommen werden kann;
- das Symptom oder der Ausfall nicht absichtlich erzeugt wird;
- das Symptom oder der Ausfall nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder eine Substanz erklärt werden kann.

### **DSM-IV-Kriterien für eine 'Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung'**

Zu der Kategorie 'Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81)' nennt das DSM-IV (APA 1994) folgende Ereignisse:

- hypochondrische Symptome, mit einer Dauer von weniger als 6 Monaten, deren Ursache nicht als psychotisch anzusehen ist;

- Scheinschwangerschaft;
- organisch nicht erklärbare Symptome wie z.B. Müdigkeit oder körperliche Schwäche, deren Ursache nicht auf eine andere psychische Störung zurückzuführen ist – die Beschwerdedauer liegt unter 6 Monaten.

### **2.1.2. Diagnose somatoformer Störungen nach ICD-10**

Somatoforme Störungen sind nach ICD-10 (WHO 1993) im Kapitel F45 beschrieben.

Die Abkürzung ICD steht für 'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'; die Ziffer 10 bezeichnet deren zehnte Revision. Diese Klassifikation wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993) erstellt und vom DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information), einer nachgeordneten Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit, ins Deutsche übertragen. Sie ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen und macht konkrete Angaben von Entscheidungsregeln und Kriterien für die Diagnose. Allgemein wird in der Einteilung nach ICD-10 (WHO 1993) nur noch der Begriff 'Störung' verwendet, um die Wörter Krankheit und Erkrankung zu meiden.

In der ICD-10 (WHO 1993) werden dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) von den somatoformen Störungen unterschieden und in einer eigenen Gruppe beschrieben.

Obwohl einige Studien im Zusammenhang mit somatoformen Störungen die Neurasthenie (Erschöpfungssyndrom) erwähnen (Faller 1999, Fink et al. 1999, Pini et al. 1999), kommt diese Einteilung im DSM-IV (APA 1994) gar nicht vor. In der ICD-10-Einteilung (WHO 1993) wird die Neurasthenie hingegen mit einbezogen, da Überlappungen zu den somatoformen Störungen vorliegen.

Die ICD-10 (WHO 1993) unterscheidet sieben Gruppen von somatoformen Störungen (F45):

- **F45.0** Somatisierungsstörung
- **F45.1** undifferenzierte Somatisierungsstörung
- **F.45.2** hypochondrische Störung
- **F45.3** somatoforme autonome Funktionsstörung
- **F45.4** anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- **F45.8** sonstige somatoforme Störungen
- **F45.9** nicht näher bezeichnete somatoforme Störung.



## **Somatisierungsstörung nach ICD-10**

Nach der Forschungsversion des ICD-10 (WHO 1993) liegt eine Somatisierungsstörung (F45.0) vor, wenn folgende Merkmale zutreffen:

- A:** Seit mindestens zwei Jahren anhaltendes Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome, die durch keine körperliche Erkrankung erklärt werden können. Die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden oder die damit verbundene soziale Behinderung kann nicht durch eine eventuell vorliegende Erkrankung erklärt werden. Vorliegende vegetative Symptome sind nicht Hauptmerkmal der Störung, d.h. sie sind nicht besonders anhaltend oder belastend.
- B:** Die Betroffenen sind in ständiger Sorge, was zu andauerndem Leiden führt. Patienten besuchen mehrfach Spezialisten, um Zusatzuntersuchungen in der medizinischen Versorgung zu bekommen. Unzugänglichkeiten medizinischer Einrichtungen durch finanzielle oder unklare Gründe führen zu andauernder Selbstmedikation und zum mehrfachen Aufsuchen von örtlichen Laienheilern/Heilpraktikern.
- C:** Der Betroffene weigert sich hartnäckig, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt. Die ärztliche Mitteilung wird gar nicht oder nur für einen kurzen Zeitraum akzeptiert.
- D:** Aus der folgenden Liste treten insgesamt sechs oder mehr Symptome aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen auf:

### **Gastro-intestinale Symptome**

1. Bauchschmerz
2. Übelkeit
3. Gefühl von Überblähung
4. Schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge
5. Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen
6. Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus.

### **Kardio-vaskuläre und Sexualsyptome**

1. Atemlosigkeit ohne Anstrengung
2. Brustschmerzen
3. Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit
4. Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich
5. Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss.

### **Haut- und Schmerzsymptome**

1. Klagen über Fleckigkeiten oder Farbveränderungen der Haut
2. Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken
3. Unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl.

**-E:** Ausschlusskriterium: die Somatisierungsstörung tritt nicht ausschließlich während einer affektiven Störung (F3) oder einer Panikstörung (F41.0), einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2) auf.

### **Undifferenzierte Somatisierungsstörung nach ICD-10**

Laut den Forschungskriterien des ICD-10 (WHO 1993) ist eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) durch folgende Kriterien definiert:

Die Kriterien A, C, und E gleichen denen der Somatisierungsstörung, wobei hier eine Dauer der Störung von 6 Monaten vorliegt. Die Kriterien B und/oder D der Somatisierungsstörung sind nur unvollständig erfüllt.

Da die Ungleichmäßigkeit hinsichtlich der Symptomanzahl zwischen der undifferenzierten Somatisierungsstörung (1 Symptom) und der Somatisierungsstörung (8 Symptome aus 4 verschiedenen Gruppen) gewichtig ist, wird folglich weit häufiger die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gestellt (Sack et al. 1998).

### **Diagnostische Kriterien der Hypochondrie nach ICD-10**

Im ICD-10 (WHO 1993) wird die körperdysmorphe Störung als eine Untergruppe der Hypochondrie (F45.2) aufgeführt. Obwohl bei beiden Störungen nicht das Leiden an körperlichen Symptomen, sondern übermäßige Krankheitsängste das Beschwerdebild prägen, werden sie sowohl im DSM-IV (APA 1994) als auch im ICD-10 (WHO 1993) der Gruppe der somatoformen Störungen zugeordnet.

Die hypochondrische Störung bezieht sich hauptsächlich auf übermäßige Krankheitsängste. Diese Störung tritt selten nach dem 50. Lebensjahr auf und nimmt häufig einen chronischen und wechselhaften Verlauf an.

### **Die Diagnose setzt nach ICD-10 folgende Kriterien voraus:**

**-A:** Der Betroffene ist sechs Monate der dauerhaften Überzeugung, an einer körperlichen Krankheit zu leiden – oder es liegt anhaltende Beschäftigung mit einer angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung) vor.

- B:** Das Beschwerdebild löst bei dem Betroffenen andauerndes Leiden oder eine Störung des Alltagslebens sowie wiederholte medizinische Abklärungen durch Experten aus.
- C:** Der Betroffene weigert sich hartnäckig, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende Ursache für die körperlichen Symptome vorliegt.
- D:** Die Hypochondrie tritt nicht ausschließlich während einer affektiven Störung (F3) oder einer Panikstörung (F41.0), einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2) auf.

### **Somatoforme autonome Funktionsstörung nach ICD-10**

Dieses Krankheitsbild, bei dem autonom innervierte Organe im Vordergrund stehen, existiert nicht im DSM-IV (APA 1994).

Die Symptomliste von körperlichen Beschwerden, die für die somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) genannt wird, enthält zum Teil andere Symptome als die der undifferenzierten somatoformen Störung und der Somatisierungsstörung. Es bestehen zwar Überlappungsbereiche zwischen beiden, jedoch ist hervorzuheben, dass die Symptomliste der somatoformen autonomen Funktionsstörung, auch 'somatoform autonomic dysfunction, SAD' genannt, nicht als Untergruppe der Somatisierungsstörung anzusehen ist, sondern als eigenständige Gruppe. Diese Gruppe ist hierarchisch der Somatisierungsstörung übergeordnet (Rief und Hiller 1998); zeigen sich vegetative Symptome im klinischen Erscheinungsbild, so darf nach Dilling et al. (1994) keine Somatisierungsstörung nach ICD-10 (WHO 1993) diagnostiziert werden.

Für die somatoforme autonome Funktionsstörung wird angenommen, dass ein Organsystem im Mittelpunkt der Beschwerden steht. Daher ist zu erklären, warum eine Differenzierung nach dem Organsystem, das von dem Patienten als Ursprung der Symptome angesehen wird, vorgenommen wurde.

- A:** Eine somatoforme autonome Funktionsstörung wird diagnostiziert, wenn multiple somatoforme Symptome bestehen, deren Schwerpunkt jedoch bei Symptomen der autonomen, vegetativen Erregung liegt:
  - Herz und kardiovaskuläres System
  - oberer Gastrointestinaltrakt
  - unterer Gastrointestinaltrakt
  - Respiratorisches System
  - Urogenitalsystem.

**-B:** Mindestens zwei vegetative Symptome:

1. Palpitation
2. Schweißausbrüche
3. Mundtrockenheit
4. Hitzewallungen oder Erröten
5. Druckgefühl im Epigastrium, Kribbeln oder Unruhe im Bauch.

**-C:** Mindestens ein weiteres Symptom:

1. Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend
2. Dyspnoe oder Hyperventilation
3. enorme Ermüdbarkeit schon bei leichter Anstrengung
4. Luftschlucken oder brennendes Gefühl im Epigastrium oder im Brustkorb
5. häufiger Stuhldrang
6. Dysurie
7. Völlegefühl, Gefühl der Überblähung.

**-D:** Keine Funktionsstörung des betroffenen Organsystems.

**-E:** Die Symptome treten nicht ausschließlich in Zusammenhang mit einer phobischen Störung oder Panikstörung auf.

### **Anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10**

Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling et al. 1994) für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sind:

- Die vorherrschende Beschwerde ist ein kontinuierlicher, schwerer und belastender Schmerz, der in einer Körperpartie mindestens sechs Monate lang an den meisten Tagen besteht und nicht durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder eines körperlichen Prozesses erklärbar ist. Der belastende Schmerz bildet den Aufmerksamkeitsschwerpunkt bei dem Betroffenen. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte, benötigte persönliche Hilfe und Unterstützung.
- Ausschlusskriterium: Schmerzsymptome mit vermutlich psychogenem Ursprung, die im Verlauf einer Schizophrenie, einer depressiven oder einer anderen affektiven Störung auftreten, sollten hier nicht berücksichtigt werden.

Häufig sind emotionale und/oder psychosoziale Probleme als Ursache für die Schmerzsymptomatik anzusehen. Nach den Leitlinien der ICD-10 (WHO 1993) gehören psychogene Schmerzen wie Migräne oder Muskelspannungsschmerzen nicht zu der somatoformen Schmerzstörung.

### **Sonstige somatoforme Störungen nach ICD-10**

Hier werden alle Störungen der Körperfunktion, der Wahrnehmung und des Krankheitsverhaltens klassifiziert. Hauptmerkmale der sonstigen somatoformen Störungen (F45.8) werden nach ICD-10 (WHO 1993) wie folgt definiert:

Die Beschwerden werden nicht vegetativ vermittelt und sind auf bestimmte Teile oder Systeme des Körpers begrenzt. Morphologische Schäden können nicht nachgewiesen werden. Hierzu zählen alle Empfindungsstörungen ohne körperliche Ursache, die mit einer erhöhten Aufmerksamkeit und verschiedensten Belastungsfaktoren in Zusammenhang stehen. Zu den Schmerzzuständen mit psychogenem Ursprung zählt man Dysphagie einschließlich des Globus hystericus, Pruritus, Tortikollis, Zähneknirschen und Dysmenorrhoe.

### **Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung nach ICD-10**

Unter dieser Kategorie (F45.9) werden psychophysiologische und psychosomatische Störungen zusammengefasst, die nicht an anderer Stelle innerhalb der ICD-10 (WHO 1993) zugeordnet werden können.

### **2.1.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ICD-10 / DSM-IV**

Die Gemeinsamkeiten der Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) können wie folgt herausgearbeitet werden:

- Angabe von Kriterien und Entscheidungsregeln für die Diagnose (deskriptiver Ansatz)
- Verwendung von Symptomlisten
- Kompatibilität höher als beim Vorläufer-Prinzip der Komorbidität
- Einführung der Kategorie der somatoformen Störungen in die Klassifikationssysteme und damit Abkehr vom Neurosekonzept
- der Begriff 'Krankheit' wird durch 'Störung' ersetzt.

Unterschiede:

Diverse Unterschiede auf Ebene der einzelnen Störungsgruppen bzw. Subgruppen  
(z.B. unterschiedliche Klassifizierungen der Angst- und Persönlichkeitsstörungen)

### **ICD-10**

1. Eindimensional
2. Kurze Beschreibung
3. Ausklammern psychosozialer Aspekte
4. 100 diagnostische Hauptkategorien
5. Internationale Gültigkeit
6. Viele Versionen je nach Aufgabenstellung

### **DSM-IV**

1. Fünf Achsen
2. Ausführliche Beschreibung
3. Soziale Kriterien enthalten
4. 395 Störungen (USA)
5. Nationale Anwendung,  
bevorzugte Verwendung in der  
Forschung
6. Eine Version

Unterschiede der Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) manifestieren sich nicht nur in den Definitionen der Störungsbilder, sondern auch in den Symptomlisten, obwohl ähnliche Begriffe Verwendung finden. Die unterschiedlichen Symptomlisten der ICD-10 (WHO 1993) und des DSM-IV (APA 1994) werden von Hiller und Rief (1998) kritisiert, da in der ICD-10 (WHO 1993) keine pseudoneurologischen Krankheitszeichen genannt werden und im DSM-IV (APA 1994) kardiovaskuläre oder vegetative Merkmale fehlen.

#### **2.1.4. Differentialdiagnostik**

Die somatoformen Störungen sind gegenüber anderen psychischen Störungen, den klassischen psychosomatischen Erkrankungen mit Dominanz körperlicher Symptome, sowie von tatsächlichen körperlichen Beschwerden aufgrund von organischen Erkrankungen sorgfältig abzugrenzen. Im Folgenden sind die wichtigsten Differentialdiagnosen und deren Merkmale kurz stichwortartig zusammengefasst.

**Tabelle 2      Abgrenzung von somatoformen und anderen Störungen**

Differentialdiagnose	Gleiche Merkmale	Differenzierende Merkmale
<b>Depression</b>	klagsam, passive Haltung, demoralisiert	affektive Symptome im Vordergrund, Antriebsmangel, Suizidalität
<b>Angststörung</b>	körperliche Symptome, Angst vor einer körperlichen Schädigung	Angstgefühle im Vordergrund, situationsspezifische Symptome mit Attacken, Sorgen, soziale Ängste
<b>Psychotische Störungen</b>	beunruhigende Körpersensationen, Todesängste	Denkstörungen, Wahn, Halluzinationen, inadäquater oder flacher Affekt
<b>Persönlichkeits- störungen</b>	(körperliche Klagen)	globale, andauernde, tief verwurzelte Erlebens-, Verhaltens- und Interaktionsmuster
<b>Simulation</b>	körperliche Symptome, Wunsch nach Behandlung	Wunsch nach Patientenrolle mit offensichtlichen Vorteilen, Selbsterzeugen oder Erfinden

### 2.1.5. Weitere Klassifikationssysteme

Zur besseren Erfassung von Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen wurden von verschiedenen Autoren Vorschläge hinsichtlich diagnostischer Kriterien gemacht, die von Escobar et al. (1989) als 'abridged somatization disorder' mit dem Somatic Symptom Index (SSI) benannt wurden. Der deutsche Begriff, geprägt von Rief et al. (1997), wird als 'multiples somatoformes Syndrom oder Somatisierungssyndrom' für die Störungsgruppe SSI-4/6 bezeichnet. Um 'SSI-4/6' zu diagnostizieren, müssen bei Männern mindestens 4, bei Frauen mindestens 6 Symptome aus der Symptomliste der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (APA 1987) vorliegen. Nach Hiller und Rief (1998) könnte das multiple somatoforme Syndrom als Alternative zur undifferenzierten somatoformen Störung verwendet werden. Kritik am Konzept des SSI-4/6 aufgrund eines zu großen Patientengutes führte zur Klassifikationsgruppe 'multisomatoform disorder, MSD' (Kroenke et al. 1997). Die Diagnose 'MSD' kann gestellt werden, wenn das Vorliegen von 3 oder mehr unerklärten körperlichen Symptomen aus einer Symptomliste von 15 Beschwerden, die mehr als 2 Jahre bestehen und an mehr Tagen auftreten als fehlen, erfüllt wird.

Die Kongruenzprüfung der MSD-Diagnose mit der Somatisierungsstörung nach DSM-III-R (APA 1987) und der von Escobar et al. (1989) favorisierten Klassifikationsgruppe der 'abridged somatization disorder' (SSI-4/6) ergab, dass 53% der Patienten mit MSD die Somatisierungsstörungs- und weitere 35% die SSI-4/6 Kriterien erfüllten (Kroenke et al. 1998).

Weil zur Diagnose einer somatoformen Störung nicht nur Anzahl auftretender Symptome, sondern auch psychologische und psychophysiologische Prozesse berücksichtigt werden sollten, kritisierten Rief und Hiller (1999) die ihrer Meinung nach veralteten Modelle von Escobar und Kroenke.

Die polysymptomatische somatoforme Störung 'PSS-7', eine weitere Klassifikationsgruppe, wurde von Rief und Hiller (1999) beschrieben. Neben mindestens 7 Hauptsymptomen sind weitere Zusatzkriterien zur Diagnosesicherung der PSS-7 gefordert.

Multiple somatoforme Symptome, z.B. konzeptionalisiert durch den 'Somatic Symptom Index' (SSI-4/6), zählen zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt (Rief 1998). Escobar et al. (1989) führten den Somatisierungsindex SSI 4-6 ein, um die Anzahl von klinischen Symptomen, die für Somatisierungsstörungen diagnoserelevant sind, zu beschreiben. Diesen Anforderungen (Männer mindestens 4, Frauen mindestens 6 Symptome der diagnoserelevanten Symptomliste) wurden in der ECA-Studie (ECA in Los Angeles, ECA = Epidemiologic Catchment Area) 4,4 % aller untersuchten Patienten gerecht (Escobar et al. 1987 a, Swartz et al. 1991). Studien bestätigen, dass multiple somatoforme Symptome im westlichen Gesundheitssystem mit dem SSI-4/6 noch adäquater erfasst werden können (Escobar 1987, Escobar et al. 1987 a, b, Escobar et al. 1989). Demnach kann der Somatisierungsindex SSI-4/6 als ein valides und praxisgerechtes Kriterium zur Beschreibung von Patienten mit einer charakteristischen somatoformen Störung herangezogen werden (Sack et al. 1998).

## **2.2. Komorbidität somatoformer Störungen**

Mit der Einführung des DSM-III (APA 1980) wurde die Somatisierungsstörung als eigenständige Störungsgruppe angesehen. Der Begriff der Komorbidität hat in der Psychiatrie eine neue Bedeutung gewonnen. In den neuen Klassifikationssystemen hat die Zahl der diagnostischen Kriterien zugenommen, während man auf die Ausschlusskriterien immer mehr verzichtete. Demnach ist die Komorbidität als Folge einer Vereinfachung der Klassifikationssysteme anzusehen. Das Komorbiditätsprinzip verdeutlicht die Beziehungen zwischen den Einzelsyndromen der epidemiologischen Betrachtung und dient dazu,



Zusammengehöriges als solches wahrzunehmen und Verschiedenes zu trennen. In einer Reihe von Studien konnte eine hohe Komorbidität somatoformer Störungen mit Depression und Angststörungen gefunden werden (Rief 1995).

In der ECA-Studie wurden hohe Komorbiditätsraten vor allem für Angststörungen und affektive Störungen festgestellt (Robins und Regler 1991). Nur bei 22,1% der Erkrankungen wurde keine zusätzliche Diagnose gestellt.

In klinischen Studien konnte eine hohe Lebenszeitmorbidity vor allem für

- Major Depression (ICD-10)
- Dysthyme Störung
- Panikstörung
- generalisierte Angststörung (ICD-10)
- Alkoholabhängigkeit bzw.- missbrauch
- Zwangsstörung

festgestellt werden (Golding et al. 1991, Rost et al. 1994, Rief 1995). Die Ergebnisse für die aktuell bestehenden psychischen Störungen sowie für die Lebenszeitdiagnosen sind in der folgenden Tabelle (3) aufgeführt. Die betreffenden Auffälligkeiten können zu unterschiedlichen Zeitpunkten beginnen und müssen nicht notwendigerweise gleich lang andauern. Zwischen dem jeweiligen Erstauftreten der beiden Störungen (Angst- und affektive Störungen) können Zeitunterschiede von Wochen bis Jahren liegen. Weiterhin muss hinzugefügt werden, dass die Auswirkungen der Komorbidität auf die Therapie und den Verlauf somatoformer Störungen bisher kaum untersucht wurden. Jedoch wurde belegt, dass Somatisierungssymptome häufig durch die Behandlung der komorbiden Störungen behoben werden können (Keeley et al. 2000). Darunter fallen hauptsächlich Depressionen, Angststörungen, Psychosen und Substanzmissbrauch.

**Tabelle 3: Komorbidität der aktuellen und Lebenszeitdiagnosen nach DSM-III bei n= 30 Personen mit somatoformen Störungen (Rief 1995, S. 65)**

<b>Diagnose</b>	<b>aktuelle Diagnose</b>	<b>Lebenszeitdiagnose</b>
<b>Major Depression</b>	4 (13%)	14 (47% +/- 18%)
<b>Dysthymie</b>	8 (27%)	12 (40% +/- 18%)
<b>nicht näher bezeichnete Depression (Depression NNB)</b>	7 (23%)	4 (13% +/- 12%)
<b>Panikstörung</b>	4 (13%)	4 (13% +/- 12%)
<b>Agoraphobie ohne Panikstörung</b>	4 (13%)	5 (17% +/- 13%)
<b>Zwangsstörung</b>	3 (10%)	3 (10% +/- 11%)
<b>Bulimia Nervosa, Essstörung NNB</b>	4 (13%)	5 (17% +/- 13%)
<b>Alkoholmißbrauch</b>	3 (10%)	6 (20% +/- 14%)
<b>Keine weitere DSM Diagnose</b>	7 (23%)	2 (7% +/- 9)

Anmerkungen:

- Depression NNB wurde bei Vorliegen aller Kriterien für Dysthymie oder Major Depression ausser dem Zeitkriterium diagnostiziert (2 Jahre bzw. 14 Tage). DSM-III-R erlaubt auch in einigen Fällen, dass Dysthymie und Major Depression gleichzeitig diagnostiziert werden. Dadurch ist die Summe aller Lebenszeitdiagnosen für affektive Störungen 100%, in Wirklichkeit ergab sich jedoch nur bei 87% (+/- 12%) der Patienten mit SFD gleichzeitig eine Lebenszeitdiagnose affektive Erkrankung.
- Hinter den Prozentzahlen findet sich nach der Angabe +/- jeweils das 95%- Vertrauensintervall

### **2.2.1. Komorbidität mit Achse-I-Störungen**

Zu den Achse-I-Störungen werden alle psychischen Störungen mit Ausnahme der Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung gezählt.

#### **2.2.1.1. Somatoforme Störungen und Depression**

Körperliche Beschwerden ohne organische Ursache werden nicht nur bei somatischen Störungen, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen wie Depression und Angststörung gefunden (vgl. Ebel und Podoll 1998, Essau et al. 2000), weshalb die Differentialdiagnose nicht immer leicht zu stellen ist.

Gemeinsamkeiten zwischen Depressionen und somatoformen Störungen sind Klagsamkeit, passive Haltung und Resignation des Patienten, Unterschiede zeigen sich in affektiven Symptomen, deprimierter, niedergeschlagener Stimmung, Antriebslosigkeit und Suizidalität. Patienten mit somatoformen Störungen zeigen bei chronischem Verlauf der Erkrankung

außerdem ausgeprägtere psychosoziale Beeinträchtigungen, mehr familiäre Probleme, öfter histrionische Persönlichkeitszüge und häufigere Suizidversuche in der Vorgeschichte (Fabrega et al. 1988) bei geringerer Ansprechbarkeit auf die antidepressive Medikation (Rief und Hiller 1992). Nach Lesse (1974, 1979, 1983) oder Cadoret et al. (1980) stellen funktionelle körperliche Beschwerden ein Subsyndrom der Depression mit Expression der Erkrankung nach außen dar (vgl. Cohen 1969, Kielholz 1973), hervorgerufen durch Wahrnehmungs- und Bewertungsdefizite von Emotionen (Katon et al. 1982 a, b).

Das Modell der somatisierten Depression lässt Zweifel an der Gültigkeit dieses Konzeptes aufkommen. Nach Lipowski (1990) liegt eine Depression z.B. nur bei Interessenverlust oder Verlust der Freude vor.

Die häufigste Komorbiditätsdiagnose bezieht sich in einer Reihe von Studien auf depressive Störungen (Rief 1995, Orenstein 1989, Zoccolillo und Cloninger 1986, Liskow et al. 1986, Swartz et al. 1986, Brown et al. 1990). Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass bei Patienten mit Somatisierungsstörungen zu 75-90% mit ausgeprägten depressiven Symptomen (Major Depression) und zu etwa 30% mit einer dysthymen Störung gerechnet werden muss. In älteren Studien ließen sich auch multiple körperliche Beschwerden nachweisen (Jones und Hall 1963, Woodruff et al. 1967), wobei das Risiko der Komorbidität der Somatisierungsstörung mit einer Major Depression signifikant erhöht ist (Kanton et al. 1991). Es wird bestätigt, dass somatoforme Beschwerden deutlich im Vordergrund dieser Störungsbilder stehen (Jones und Hall 1963, Hagnell und Rorsman 1978, Cadoret et al. 1980), was in einer internationalen Multicenterstudie belegt wurde. Dabei zeigten 69% der depressiven Patienten nur körperliche Symptome (Simon et al. 1999).

Nach Leibbrand und Hiller (1998) lassen sich vier Modelle über den Zusammenhang von somatoformen Störungen und schweren depressiven Syndromen beschreiben. Modell eins sieht somatoforme Beschwerden als Bestandteil einer zugrunde liegenden Depression an. Bei weiteren Prädispositionen kann eine somatoforme Störung eine depressive Störung auslösen (Modell zwei), jedoch kann eine depressive Störung bei weiteren Prädispositionen eine somatoforme Störung bedingen (Modell drei). Das vierte Modell zeigt, dass somatoforme und depressive Störungen gut voneinander abgrenzbar sind, jedoch eine gemeinsame psychologische und biologische Prädisposition haben.

In einer Studie nach DSM-III-R (APA 1987) an 30 Patienten konnte man nachweisen, dass in den meisten Fällen die somatoforme Symptomatik ohne zeitlichen Zusammenhang vor der depressiven Störung auftritt (Wittchen et al. 1990). Zeitunterschiede zwischen dem Erstauftreten der depressiven Symptomatik sowie der Somatisierungsstörung betragen bei

50% des Patientenkollektivs mindestens sechs Jahre (vgl. Wittchen et al. 1993), wobei Somatisierungstendenzen häufiger bei depressiven Frauen als bei depressiven Männern nachgewiesen werden konnten (Smith 1992). Die Frage nach einer gemeinsamen Basis von somatoformen und psychischen Störungen kann noch nicht beantwortet werden und bedarf weiterer Ergebnisse.

#### **2.2.1.2. Somatoforme und Angst- Störungen**

Die Beziehung zwischen Angst und somatischen Symptomen ist sehr eng (Tyner 1976, Rief und Hiller 1998). Die schwierige psychopathologische Differenzierung zwischen einer Angst- bzw. depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung bei ähnelnder Symptomatik kann diagnostisch mit der ICD-10-Klassifikation (WHO 1993) herausgearbeitet werden.

20 bis 50% der Somatisierungspatienten sind von einer zusätzlichen Angststörung betroffen (Rief und Hiller 1998). Bei 20 bis 34% dieser Patienten treten ferner Panikstörungen auf, wobei 48% bereits eine Panikstörung in ihrer Vorgeschichte erlebt haben (Katon et al. 1991); somit liegt eine erhöhte Angstvulnerabilität vor (Rief 1995).

Panikstörungen sind definiert als unvorhersehbare Angstanfälle, die plötzlich auftreten und meist nur wenige Minuten andauern. Neben enormen Einschränkungen der Lebensqualität (Bandelow 1995) beschreiben Patienten häufig ein schnelles Ansteigen der Angst mit vegetativer Symptomatik in einer Panikattacke. Die Schlüsselsymptome der Panikattacken sind anormale Körperempfindungen (Parästhesien), Brustschmerz, Tachykardie, Übelkeit, Furcht vor Kontrollverlust, Todesangst, Diarrhö, Schwitzen, Dyspnoe oder innere Unruhe. Patienten mit somatoformen Störungen zeigen weniger Palpitationen als Patienten, die unter Panikattacken leiden (Rief 1995).

#### **2.2.1.3. Somatoforme Störungen und Hypochondrie**

Die Hypochondrie steht in einem bedeutsamen Zusammenhang mit den Angststörungen. Das entscheidende Merkmal der Hypochondrie sind anhaltende Ängste vor einer körperlichen Erkrankung oder die Überzeugung, körperlich schwer krank zu sein. Auffällig ist, dass hypochondrische Patienten vermehrt unterschiedliche Ärzte aufsuchen - Doktorshopping als Beruhigung durch Experten. Es könnte ein stärkerer Zusammenhang zwischen Hypochondrie und Angst als zwischen Hypochondrie und Depression herausgearbeitet werden (Kellner et al. 1992). Man geht davon aus, dass hypochondrische Störungen ein Bindeglied zwischen den Angststörungen und den somatoformen Störungen darstellen, sich auf der Basis somatoformer

Beschwerden entwickeln und mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angst zusammen auftreten (Kellner 1986).

Dennoch sind Hypochondrie und multiple somatoforme Syndrome SSI-4/6 nicht als Einheit zu betrachten (Rief 1995). Beide Störungsbilder stehen zwar in einem engen Zusammenhang zueinander, können in den aktuellen Diagnoseschemata trotzdem unabhängig voneinander diagnostiziert werden.

### **2.2.2. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Achse-II-Störungen)**

Persönlichkeitsstörungen sind mit dem Auftreten von somatoformen Störungen assoziiert (Pennebaker 1982). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Neurotizismus (emotionale Labilität) und somatoformen Beschwerden nachgewiesen werden (Costa und McCrae 1985). Studien belegen, dass sogar zwei oder mehrere diesbezügliche Störungen auftreten können (Rief und Hiller 1998) und viele Patienten die Kriterien der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung erfüllen.

Somatoforme Störungen sind prozentual häufiger mit Persönlichkeitsstörungen assoziiert als andere psychopathologische Störungen (Bass und Murphy 1995), beginnen beide in der späten Adoleszenz und zeigen einen stabilen, lang andauernden Krankheitsverlauf (Rief und Hiller 1998). Mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) konnten Patienten mit Somatisierungsstörungen und andere 'psychoneurotisch' Kranke verglichen werden (Rief und Hiller 1992). Introvertierte Persönlichkeitszüge, niedrigere Lebenszufriedenheit, Gehemmtheit, Aggressionshemmung und mangelnde Leistungsorientierung sind charakteristische Merkmale der somatoformen Patienten (Eysenck und Eysenck 1987).

## **2.3. Epidemiologische Daten und Prävalenz in medizinischen Systemen**

### **2.3.1. Darstellung somatoformer Störungen**

Nachfolgend wird eine kurze Zusammenfassung über das Krankheitsbild der somatoformen Störungen aufgezeigt.

#### **2.3.1.1. Charakteristika somatoformer Störungen**

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte und anhaltende Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Dabei treten die körperlichen Beschwerden der Betroffenen meist nicht als Einzelphänomen auf (Stefansson et al. 1976), was die Diagnostik

erschwert. Körperliche Symptome können dabei eine Sprache anbieten, um Bedrängnis auszudrücken, wenn Patienten an einer Benennungsstörung eigener Gefühle (Alexithymie) leiden (Nemiah 1982).

Somatisierungsstörungen treten in einem Zeitfenster um die 30 Jahre auf, ziehen sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren hin und führen schließlich zur medizinischen Betreuung aufgrund signifikanter Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Umfeld (APA 1994).

Voraussetzungen für eine Störung mit Krankheitswert sind Beschwerden, die über einen längeren Zeitraum bestehen, für den Betroffenen mit deutlichen Ängsten verbunden und zu einer signifikanten Beeinträchtigung des täglichen Lebens führen. Patienten mit somatoformen Störungen konsultieren zunächst Hausärzte, Allgemeinmediziner, Internisten, letztendlich Psychiater (Hermann 1996). Über 50% der Patienten mit psychophysiologischen Symptomen klagen initial nur über symptomatische Beschwerden (Goldberg 1978). Störungen, die gar nicht oder nicht ausreichend auf eine organische Ursache zurückzuführen sind, treten nach Katon et al. (1984) bei Patienten von Allgemeinärzten zwischen 25 und 75% und in Krankenhäusern bei 30% der Patienten (Kirmayer und Robbins 1991) auf.

Einzelne somatoforme Symptome sind nicht mit einer somatoformen Störung gleichzusetzen. Die Diagnose kann nur dann gestellt werden, wenn körperliche Beschwerden mit Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder familiären Lebensumfeld assoziiert sind (Sass et al. 1998). Für viele Menschen sind psychische Ursachen körperlicher Beschwerden schwer vorstellbar. Studien, die sich mit ursächlichen Faktoren und sozialen Folgen von Krankheiten in Bevölkerungsgruppen beschäftigt haben, ergaben, dass 86-95% aller Menschen mindestens ein nicht organisch begründbares körperliches Symptom über einen Zeitraum von 2–4 Wochen erlebten (Barsky und Borus 1995).

### **2.3.1.2. Häufigkeit somatoformer Störungen**

Die Häufigkeit von Patienten mit somatoformer Symptomatik wird von Lipowski (1986) zwischen 6-19%, in Akutkliniken sogar bis 30% vermutet. Studien in Allgemeinarztpraxen ergaben 4% Somatisierungsstörungen in Wisconsin (Kessler et al. 1985) und 5% in Alabama (deGruy et al. 1987), im Allgemeinkrankenhaus traten Somatisierungsstörungen zu 9% auf (deGruy et al. 1987).

Bei Patienten mit Fibromyalgie wurden 5% (Kirmayer et al. 1988), bei chronischen Schmerzpatienten 12% (Kirmayer und Robbins 1991) Somatisierungsstörungen diagnostiziert. In psychosomatischen Kliniken lag der Prozentwert für ein Somatisierungssyndrom bei 51 (Rief 1995).

Die Lebenszeit-Prävalenz der Somatisierungsstörung, d.h. die Anzahl der erkrankten Individuen in der beobachteten Bevölkerung über einen bestimmten Zeitraum (period prevalence), ist mit 0,03 (ECA-Gesamtstudie) bis 0,38% (ECA in North Carolina) gering, während körperliche Symptome mit ausschließlich psychischen Ursachen in allen Ländern und Kulturen häufig auftreten (Gureje et al. 1997).

In der deutschen Allgemeinbevölkerung konnten in einer 4-Wochen-Prävalenz nach ICD-10 (WHO 1993) in 7,5% somatoforme Störungen diagnostiziert werden (Wittchen et al. 1999).

In einer Bremer Jugendstudie erfüllten 13,1% der untersuchten Jugendlichen die Kriterien für eine somatoforme Störung, wobei mehr Mädchen als Jungen betroffen waren (Essau et al. 2000).

Prävalenzen weiterer Unterkategorien somatoformer Störungen in der Bevölkerung sind für:

- die Konversionsstörung: (DSM-IV) > 0,3% (Rief und Hiller 1998)
- die somatoforme Schmerzstörung: (DSM-IV)
  - bei 10-15% Rückenschmerzen (Erwachsene)
  - bei 26% der Patienten Kopfschmerzen (von Korff et al. 1988)
- die Hypochondrie: Prävalenz in der Bevölkerung unsicher
  - > 3% der Patienten der ärztlichen Primärversorgung (Escobar et al. 1998).

Zur Gesamtgruppe der somatoformen autonomen Störung existieren keine verlässlichen Angaben (Rief und Hiller 1998).

### **2.3.2. Geschlechterverteilung somatoformer Störungen**

Das Störungsbild wird sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in klinischen Populationen wesentlich häufiger bei Frauen diagnostiziert. Somatoforme Störungen wurden doppelt so häufig bei Frauen (10%) als bei Männern (5%) gefunden (Wittchen et al. 1999).

Es konnte kein statistisch relevant geschlechtlicher Unterschied in der Häufigkeit einer somatoformen Störung bei Anwendung beider Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-IV; WHO 1993, APA 1994) durch Fink et al. (1999) aufgezeigt werden. Während Männer häufiger von einer Somatisierungsstörung, undifferenzierten Somatisierungsstörung, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, hypochondrischen Störung und dissoziativen Störung betroffen waren nach ICD-10 (WHO 1993), erkrankt nach DSM-IV (APA 1994) das männliche Geschlecht häufiger an einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Hypochondrie oder Konversionsstörung. Nach ICD-10 (WHO 1993) konnten somatoforme autonome Funktionsstörungen tendenziell häufiger bei Frauen, nach DSM-IV (APA 1994) vermehrt Somatisierungsstörung festgestellt werden.

In zahlreichen Studien hat sich immer wieder gezeigt, dass Frauen über mehr körperliche Beschwerden klagen als Männer (vgl. Brähler und Scheer 1995, Kroenke und Spitzer 1998, Brähler et al. 2000). Auch bei Kindern (vgl. Brähler et al. 1986) und älteren Menschen (Gunzelmann et al. 1996) wurde dieser Geschlechtsunterschied gefunden. Weiterhin schilderten in einer repräsentativen Studie im Jahre 1994 die Einwohner der alten Bundesländer mehr somatoforme Beschwerden als die Bewohner der neuen Bundesländer, vor allem eine ausgeprägtere Müdigkeit und Erschöpfbarkeit und mehr Gliederschmerzen (vgl. Brähler et al. 2000). Die Auftretenshäufigkeit von Körperbeschwerden ist nicht nur vom Geschlecht, sondern auch vom Alter des Betroffenen abhängig. Menschen im höheren Lebensalter klagen deutlich mehr über körperliche Beschwerden als jüngere Personen, wobei auch die Beschwerdebhäufigkeit innerhalb der Gruppe der über 60jährigen mit zunehmendem Alter weiter ansteigt (vgl. Gunzelmann et al. 1996).

### **2.3.3. Soziodemographische Risikofaktoren**

Medizinisch nicht erklärbare Symptome und Sorgen um die eigene Gesundheit können eine kulturell geprägte Ausdrucksform von Belastung sein, die eingesetzt wird, um eine Vielzahl persönlicher und sozialer Probleme auszudrücken ohne notwendigerweise auf eine psychische Störung hinzuweisen. Ein möglicher Beleg für die Kulturabhängigkeit wurde von Escobar et al. (1989) und Lee et al. (1990) herausgearbeitet. Bezüglich der Symptomprävalenz und der Prognose konnte kein Geschlechtsunterschied gezeigt werden.

Somatisierung kann weiterhin als neurotisches Leiden und im Rahmen einer schweren Persönlichkeitsstörung auftreten (Küchenhoff 1998). Die Betroffenen stammen oft aus benachteiligten ethnischen Bevölkerungsgruppen. Die größte Häufung nicht erklärbarer körperlicher Beschwerden tritt bei jungen Frauen mit niedrigem sozialem Status auf. Mehrere Studien bestätigen weiterhin, dass somatoforme Störungen mit einem niedrigeren Bildungsniveau einhergehen. Laut den Angaben der ECA-Daten hatten 73% der Betroffenen keinen High-School-Abschluss, weitere 60% waren Angehörige der unteren sozialen Schichten (Hiller und Rief 1998). Es konnte eine höhere Prävalenz bei Unverheirateten und in städtischen Gebieten ermittelt werden.



## **2.3.4. Transkulturelle Besonderheiten, Verlauf und Prognose**

### **2.3.4.1. Transkulturelle Besonderheiten**

Somatoforme Störungen können vermutlich in allen Ländern und Kulturen vorkommen (Rief und Hiller 1998), werden meist spät erkannt (Herrmann 1996) und somit auch verspätet therapiert (6-9 Jahre Latenzzeit).

Eine transkulturelle Studie der WHO Anfang der 90er Jahre in elf verschiedenen Ländern ergab, dass sich die meisten somatoformen Beschwerden in Spanien, Italien und Brasilien zeigten (Rief und Hiller 1998), wobei die höchsten Prävalenzraten in Lateinamerika zu finden waren (Gureje et al. 1997). Kopf- und Rückenschmerzen zählten zu den häufigsten Beschwerden.

Unterschiede gibt es hingegen zu den asiatischen Kulturen, wo emotionale Probleme mit einem negativen sozialen Stigma behaftet sind. Betroffene versuchen durch die Präsentation körperlicher Beschwerden von ihren psychopathologischen Beschwerden abzulenken. Selbst das Gesundheitssystem ignoriert diese psychischen Probleme, da noch immer keine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht. Diese kulturspezifische Sonderform im Umgang mit somatoformen Störungen gibt den Hinweis, dass die Kultur des jeweiligen medizinischen Versorgungssystems zur Konfliktbewältigung von enormer Bedeutung ist.

### **2.3.4.2. Verlauf und Prognose**

Somatoforme Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und zeigen in der Regel einen chronischen Verlauf. Im Krankheitsbild sind auch Remissionen möglich (Rief und Hiller 1998). 27% der Ärzte geben an, dass vermutlich hinter der Somatisierungsstörung eine nicht diagnostizierte organische Erkrankung steckt (Stern et al. 1993).

Körperliche Symptome (75%) können sich schon im Kindesalter manifestieren und beginnen oft vor dem 20. Lebensjahr. Bei der Somatisierungsstörung kommt es im Laufe der Zeit zu einer Veränderung der vorherrschenden körperlichen Symptomatik und auch der Schweregrad der Beeinträchtigung wechselt. Nach einem Jahr waren 43% der Symptome bei Betroffenen verschwunden (Simon und Gureje 1999), jedoch vier Jahre nach der Diagnosestellung konnte bei durchschnittlich 97% der Patienten noch immer eine Somatisierungsstörung bestätigt werden. Ein relevanter organischer Befund zur Erklärung der Symptome wurde in 3% der Fälle bei der Schlussuntersuchung ermittelt (Slater und Glithero 1965). In der 10-Jahres-Nachuntersuchung von Watson und Buranen (1979) konnten Konversionssymptome bei einem Viertel der Individuen auf ein organisches Krankheitsgeschehen zurückgeführt werden,

während Stone et al. (2003) nach 12½ Jahren lediglich bei nur einem Patienten eine neurologische Ursache für die Krankheitssymptome fand.

In Studien von Fink et al. (1999) war die Erkennungsrate somatoformer Störungen abhängig vom Klassifikationssystem ICD-10 (WHO 1993) oder DSM-IV (APA 1994). Während nach DSM-IV (APA 1994) nur bei 36 bis 48% der Patienten eine Erkrankung erkannt wurde, konnte nach ICD-10 (WHO 1993) eine somatoforme Störung bei 50 bis 71% der Patienten diagnostiziert werden. Bei dieser Studie geht Fink et al. (1999) davon aus, dass die studienteilnehmenden Hausärzte möglicherweise besonders psychologisch interessiert waren und das Erkennen somatoformer Krankheitsbilder in der Primärversorgung daher generell eher niedriger einzuschätzen sei. Demgegenüber wurde in der Aldermeer-Studie von Peveler et al. (1997) keine Selektion hinsichtlich des Interesses für psychische Erkrankungen festgestellt.

Eine Diagnoseübereinstimmung von 56% konnte zwischen Allgemeinärzten und Psychiatern bei psychischen Störungen nachgewiesen werden (Ormel et al. 1990). Ferner sieht Ormel et al. (1990) einen Zusammenhang zwischen der Identifikation einer psychischen Störung und einer psychosozialen Verbesserung der Patienten.

Die Erkennung einer psychischen Störung und deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis wird in einer Studie von Fritzsche et al. (2000 a) zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin untersucht. Ängstlichen und depressiven Patienten widmen Hausärzte häufiger mehr Aufmerksamkeit und psychosoziale Behandlung, was sich signifikant in erfolgreicheren Behandlungsergebnissen widerspiegelt. Weniger ängstliche, unauffällige Patienten mit vorwiegend körperlichen Symptomen, erzielten schlechtere Erfolgswerte als Patienten mit primär psychischen Erkrankungen (Fritzsche et al. 2000 b).

### **2.3.5. Inanspruchnahme medizinischer Dienste**

Patienten mit somatoformen Störungen sind mit den Angststörungen 'high utilizer' des Versorgungssystems (Wittchen und Jakobi 2001, Linden et al. 1996). Man schätzt die Häufigkeit somatoformer Symptome in Krankenhäusern auf etwa 9% (Rief und Hiller 1998). Somatisation kann bewusst oder unbewusst sein und durch psychologische Bedrängnis oder Wunsch nach persönlichem Gewinn (Folks et al. 2000) beeinflusst werden. Von 20-84% somatoformer Patienten suchen 67,2% ärztliche Hilfe auf (Kellner 1985). Aufgrund funktioneller Störungen erfolgen stationäre Aufnahmen in Inneren Abteilungen, wo unzählige unnötige diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt werden. Komorbidität mit

Depressionen und Angststörungen ist sehr häufig (Rief und Hiller 1998). Die hohen indirekten Kosten sind die gesundheitsökonomische Hauptlast, angefangen von der Fehlinanspruchnahme medizinischer Leistungen, über Kosten von Arbeitsunfähigkeit bis hin zu frühzeitiger Berentung (Ford 1986). Die Kosten für die medizinische Versorgung für Patienten mit somatoformen Störungen sind sechs- bis vierzehnmal so hoch wie die der durchschnittlichen Bevölkerung (Smith et al. 1986). Nach Schätzungen betragen in den USA die Behandlungskosten für diese Gruppe von Störungsbildern 10-20% der gesamten und sogar 50% der ambulanten Gesundheitskosten. Neue Studien belegen, dass somatisierende Patienten medizinische Dienste zweimal häufiger als Nicht-somatische Patienten in Anspruch nehmen, die Behandlungskosten verdoppeln (Barsky et al. 2005) und sowohl bei Patienten als auch Behandlern Frustration hervorgerufen wird (Smith 1991, Barsky et al. 2001).

Das häufige Aufsuchen von Ärzten und Krankenhäusern führt vielfach zu Falschdiagnosen, unnötigen bzw. mehrfachen Untersuchungen, bis hin zu überflüssigen Operationen. Bezogen auf einen Beobachtungszeitraum von 8 Jahren haben Männer mit einer Häufigkeit von 0,6 Promille und Frauen mit 3,2 Promille mindestens 10 stationäre Aufenthalte in somatischen Abteilungen (Fink 1992 a, b, c).

Das Namengeben der Krankheit führt oft dazu, dass sich die Patienten besser fühlen, da sie die Krankheitssymptome zuordnen können. Häufig ist die spezifische Diagnose einer somatoformen Störung kein Gewinn für den Betroffenen und kann wegen des negativen Stigmas einer psychischen Erkrankung sogar schädlich sein (Epstein et al. 1999).

Behandelnde Ärzte sollten Diskussionen über organische bzw. psychische Ursachen der Erkrankung vermeiden und den Patienten dahingehend bestätigen, dass es sich nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt. Auch wenn der Patient trotz ausführlicher Aufklärung durch den behandelnden Arzt die Erkrankung nicht verstehen kann, sollte er begreifen, dass sich die Erkrankung mit verschiedenen Symptomen repräsentiert (Sharpe und Carson 2001). Das Verstehen dieser Symptome fördert das Arzt-Patienten-Verhältnis, d.h. Betroffene können sich besser auf Therapieansätze einlassen und Krankheitszeichen akzeptieren.

Eine auf Tonband aufgenommene Praxisberatungsstudie mit Patienten (n= 420), die unerklärliche Beschwerden angaben, zeigte, dass die Ärzte eher körperliche Behandlungen veranlassen als psychologische Bedürftigkeit nachzugehen (Ring et al. 2005). Aus Angst vor einer möglichen Fehldiagnose und dem Nicht-Erkennen einer schweren, behandlungsbedürftigen organischen Grundkrankheit wird die Diagnose einer somatoformen Störung erst spät gestellt (Peveler et al. 1997).

Vollständige medizinische Abklärungen geben Ärzten das Gefühl von diagnostischer Sicherheit, keine wichtigen Krankheitshinweise übersehen zu haben. Meist werden weitere Diagnosetests angeordnet, selbst dann, wenn Patienten psychologische Stichwörter anbieten (Ring et al. 2005, Spiegel et al. 2005). Die medizinische Diagnostik sollte daher begrenzt werden, da die wiederholte Abklärung bei dem Betroffenen die Chronifizierung fördern kann. "Grundsätzlich ist immer daran zu denken, dass es sich bei einer unklaren somatischen Symptomatik immer auch um eine Krankheit handeln kann, die noch nicht diagnostiziert worden ist oder deren Pathophysiologie nach dem gegenwärtigen Wissensstand noch nicht ausreichend bekannt ist." (Rief und Hiller 1992, S. 37).

Mit steigenden somatoformen Symptomen erhöht sich auch die diagnostische Sicherheit, wie Rief und Hiller (1992) an anderer Stelle beschreiben.

Creed et al. (1990) untersuchten 133 Patienten einer neurologischen Abteilung und fanden heraus, dass bei einem Drittel der Patienten, nach ausführlicher neurologischer Abklärung, keine plausible Ursachen für die vorherrschende Beschwerdesymptomatik gefunden werden konnte.

Somit bleibt nur die Hoffnung, dass durch verbesserte Untersuchungsmethoden doch noch irgendwann ein medizinischer Befund erhoben werden kann (Kriebel et al. 1996) und überflüssige Untersuchungen entfallen.

## **2.4. Ätiologie**

### **2.4.1. Störungstheorien**

Risikofaktoren sind in allen Lebensbereichen zu finden und "sollten nicht mit Ursache und erst recht nicht mit alleiniger Ursache gleichgesetzt werden" (Rief und Hiller 1998, S. 29).

Bis heute existiert kein Störungsmodell, das alle ursächlichen Risikofaktoren für die Entstehung somatoformer Störungen zu erklären vermag. Es gibt eine Vielzahl möglicher Erklärungsansätze, aus der einige nachfolgend dargestellt werden. Keiner dieser Faktoren ist eindeutig verantwortlich für eine solche Erkrankung, wahrscheinlich ist eine Wechselwirkung zwischen diesen Faktoren ausschlaggebend (Rief und Hiller 1998).

- **Genetische Prädisposition**

siehe nachfolgendes Kapitel 2.4.2.

- **Biologische Auffälligkeiten**

Über Wirkmechanismen ist noch wenig bekannt. Man vermutet, dass endokrine Abweichungen und/oder eine erhöhte Reagibilität des autonomen Nervensystems zur Aufrechterhaltung somatoformer Störungen beitragen (Rief und Hiller 1998), die sich

in veränderten Körperabläufen wie z.B. bestimmten Atmungsmustern, veränderter Körperwahrnehmung nach schweren Unfällen sowie gestörten Prozessen der Aufmerksamkeit und der interozeptiven Wahrnehmung darstellen. Eine weitere Ursache kann in der verringerten Fähigkeit zur körperlichen Anpassung an bestimmte Umweltbedingungen gesehen werden.

- **Soziodemographische Merkmale**

Nach Rief und Hiller (1998, S. 30) "sind als Risikofaktoren anzusehen das weibliche Geschlecht, ein niedriges Bildungsniveau, die Zugehörigkeit zu niedrigen sozialen Schichten sowie die soziokulturelle Prägung mit einer Häufung von somatoformen Beschwerden insbesondere im spanischen und lateinischen Kulturkreis."

- **Schwerwiegende Kindheitserlebnisse**

Schwierige Lebensbedingungen, Verlusterlebnisse und Belastungen in der Kindheit und Jugendzeit, insbesondere Erfahrungen von körperlichem und/oder sexuellem Missbrauch (Morrison 1989) sind bei Betroffenen besonders häufig anzutreffen, so dass von einem möglichen Zusammenhang zwischen diesen Erlebnissen und der Erkrankung ausgegangen wird. Man nimmt an, dass auch das Erleben chronisch kranker Eltern, im Sinne eines Modells für Krankheitsverhalten, mit dem Auftreten einer somatoformen Störung assoziiert ist (Beardslee und Podorefsky 1988, Rief und Hiller 1998). Im Rahmen ambivalent erlebter Trennungssituationen können intrapsychische Konflikte Auslöser für somatoforme Störungen sein (Herrmann et al. 1996, Kapfhammer und Gündel 2001).

- **Andere Lebensereignisse**

Auch nach schwerwiegenden und traumatisierenden Lebensereignissen im Erwachsenenalter, wie z.B. nach dem Tod eines Ehepartners oder Kindes oder schweren Unfällen, können somatoforme Störungen auftreten. "Körperliche Symptome sind häufige Reaktionen nach traumatischen Stressoren. Somatoforme Störungen bzw. körperliche Symptome ungeklärter Genese hingegen zählen zu den typischen Langzeitfolgen schwerer, insbesondere personaler Traumatisierungen. Dabei sind körperliche Beschwerden ungeklärter Genese als alltägliche Phänomene sehr verbreitet" (Tagay 2004, S. 34).

Auslöser für somatoforme Symptome sind ähnlich wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, Posttraumatic Stress Disorder) schwerste Traumata wie z.B. das so genannte KZ-Syndrom bei Überlebenden des Holocaust oder des sowjetischen Gulag-Systems. Als weiteres schwerwiegendes Lebensereignis im

Erwachsenenalter ist das im amerikanischen Sprachraum bekannte Post-Vietnam-Syndrom (PVS) zu nennen, welches in Deutschland zur Zeit des ersten Weltkrieges schon als Kriegszitterei benannt wurde (Sachsse 1998).

#### - **Interozeptiver Wahrnehmungsstil**

Bei Interozeption, der Wahrnehmung von Vorgängen aus dem Körperinnern, wird unterschieden zwischen der Propriozeption (Wahrnehmung von Reizen aus dem Bereich der Haut und des Bewegungsapparats), der Viszerozeption (Wahrnehmung von Körpersignalen aus den inneren Organen) und der Nozizeption (Schmerzwahrnehmung).

Patienten, die unter somatoformen Störungen leiden, beobachten ihre Körperfunktionen meist intensiver und ängstlicher. Sie tendieren außerdem dazu, sie als Zeichen einer schweren Krankheit falsch zu interpretieren. Einige Patienten haben die Neigung, Symptome zu verstärken (Barsky und Wyshak 1990). Sobald die Krankheit festgestellt worden ist, intensivieren sie ihr Krankheitsverhalten, und die Krankheit erhält ein anderes psychologisches Ausmaß (Waddell et al. 1984).

#### - **Soziale Faktoren**

Positive Konsequenzen – der Wunsch nach persönlichem Krankheitsgewinn (Folks et al. 2000) – der angegebenen Beschwerden im sozialen Umfeld, insbesondere deren psychologischen Vorteile, wie Rücksichtnahme im Beruf oder in der Familie, können zur Aufrechterhaltung einer somatoformen Störung beitragen. Schonverhalten, häufige Arztbesuche, Behandlungsbedürftigkeit und unkontrollierte Medikamenteneinnahme führen außerdem zu einer Verfestigung der Beschwerden (Rief und Hiller 1998).

Andererseits kann Angst vor schwerer Krankheit das auslösende Moment für häufige Arztbesuche ('Doktor-Shopping') sein. Wiederholt kommt es zu vielen medizinischen Untersuchungen, immer auf der Suche nach 'der richtigen Diagnose' (vgl. Rief 1998, Rief und Hiller 1998).

Diese große Anzahl der Risikofaktoren macht deutlich, dass somatoforme Störungen durch ein komplexes Zusammenwirken emotionaler, gedanklich bewertender und körperlicher Faktoren bestimmt werden (Rief und Hiller 1998).

### **2.4.2. Genetik**

Die Genetik spielt eine Rolle bei der Entstehung von somatoformen Störungen. Aufgrund der wenigen Untersuchungen zu genetischen Grundlagen ist der Einfluss genetischer Faktoren auf die Entstehung somatoformer Störungen bisher nicht sicher einzuschätzen (Rief und Hiller

1992). Bei Verwandten ersten Grades konnte eine familiäre Häufung beobachtet werden, die für eine Relevanz genetischer Aspekte bei dieser Erkrankung spricht. Familienstudien zeigen, dass nahe Verwandte von Betroffenen gehäuft selbst an einer somatoformen Störung erkranken (Rief und Hiller 1998). In schwedischen Adoptionsstudien konnte gehäuftes Auftreten von Alkoholismus und antisozialem Verhalten in solchen Familien vermehrt festgestellt werden (Rief und Hiller 1998).

Gleichgeschlechtliche norwegische Zwillingsstudien (n= 159) ergaben, dass für somatoforme Störungen bei monozygoten Zwillingspaaren eine Konkordanzrate von 29%, während bei dizygoten Zwillingen eine niedrigere Konkordanz von 10% festgestellt wurde (Torgersen 1986).

Insgesamt lässt sich daraus schließen, dass genetische Aspekte eine Rolle zu spielen scheinen.

## **2.5. Therapie**

Bislang gibt es wenige randomisierte kontrollierte Behandlungsstudien zur Therapie der Somatisierungsstörung.

Die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wurde in mehreren wissenschaftlichen Studien nachgewiesen (z.B. Lidbeck 2003, Allen et al. 2006; siehe Übersicht bei Kroenke und Swindle 2000), sie ist als effektivstes Psychotherapieverfahren anerkannt (Margraf 2003), obwohl die Anzahl der bisher verfügbaren Studien noch als gering anzusehen ist. Durch die KVT kann die Intensität und Häufigkeit körperlicher Beschwerden reduziert und gleichzeitig das soziale Funktionieren der Patienten verbessert werden (Kroenke und Swindle 2000).

Auch zur psychopharmakologischen Behandlung der somatoformen Störungen sind trotz der Häufigkeit der Erkrankung nur recht wenige Untersuchungen verfügbar. Studien zeigen, dass die Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) (Fallon 2004), dem Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin (Kroenke et al. 2006), dem trizyklischen Anxiolytikum Opipramol (Volz et al. 1998, 2000) sowie mit Johanniskraut-(Hypericum-)-Extrakten (Volz et al. 2002; Muller et al. 2004) bei somatoformen Störungen wirksam ist. Eine Metaanalyse zeigte eine deutliche Wirkung für die Gruppe der Antidepressiva gegenüber Placebo (Fishbain et al. 1998). Eine Studie verglich die Kombination des trizyklischen Antidepressivums Amitriptylin mit dem Neuroleptikum Flupentixol und sah keinen Vorteil der Kombination (Zitman et al. 1991).

Eine Kombination aus medikamentöser und psychologischer Therapie ist noch nicht untersucht worden.

## 2.6. Bisherige Messinstrumente zur Erfassung somatoformer Störungen

Neben der klinisch-medizinischen Untersuchung von Patienten werden im Rahmen der Diagnostik somatoformer Störungen verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen angewendet, die standardisierte psychologische und psychometrische Verfahren mit geprüfter Reliabilität und Validität darstellen. Zur Untersuchung der Betroffenen existieren bereits einige Verfahren, bei denen drei Arten von diagnostischen Instrumenten mit unterschiedlicher Zielsetzung zum Einsatz kommen können (Rief und Hiller 1998):

- A) Störungsdiagnostik: Mit Hilfe von strukturierten und standardisierten Interviews, oder Checklistenverfahren können derzeitige oder schon früher bestehende psychische Störungen systematisch überprüft werden, um so das Vorhandensein und die Art der somatoformen Störung zu klären.
- B) Diagnostik zum Schweregrad und der Veränderung: Die Störungsdiagnostik erlaubt nur eine sehr geringe Differenzierung des Schweregrades und ist daher zur Bewertung von Veränderungen sehr begrenzt geeignet. Durch den Einsatz von spezielleren diagnostischen und veränderungssensitiveren Verfahren können die längerfristigen Krankheitsverläufe und die Therapieerfolge besser überprüft werden.
- C) Diagnostik assoziierter Merkmale: Mit Hilfe dieser Verfahren können einige assoziierte Merkmale bei somatoformen Störungen erfasst werden, die zu deren Entstehung und Aufrechterhaltung beitragen.

In der nachstehenden Tabelle 4 sind die Methoden für Checklisten, strukturierte und standardisierte Interviews näher erläutert.

**Tabelle 4 Methoden der standardisierten Befunderhebung mit Interviews**

<b>Methoden der standardisierten Befunderhebung mit Interviews</b>		
<b>Art des Interviews</b>		
<b>Checklisten</b>	<b>Strukturierte Interviews</b>	<b>Standardisierte Interviews</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freies Interview anhand von Diagnosekriterien bzw. Entscheidungsbäumen</li> <li>• Hohe Flexibilität (Fragen und deren Reihenfolge nicht vorgegeben)</li> <li>• Hoher Trainingsgrad und/oder umfangreiche klinische Erfahrungen erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierung durch vorformulierte Fragen</li> <li>• Reihenfolge der Fragen vorgegeben (dürfen jedoch umformuliert, ergänzt oder erklärt werden)</li> <li>• Mittlerer Trainingsgrad erforderlich, gut kombinierbar mit klinischer Urteilsbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Standardisierung durch vorformulierte Fragen</li> <li>• Reihenfolge der Fragen vorgegeben (kein Beurteilungsspielraum durch Kodierung der Patientenantworten)</li> <li>• Mittlerer Trainingsgrad erforderlich, auch computerisiert durchführbar</li> </ul>



### **2.6.1. Fremdbeurteilungsverfahren**

Fremdbeurteilungsskalen dienen dem Untersucher, den Betroffenen mit anderen Patienten des gleichen Störungsbildes zu vergleichen und somit den Schweregrad der Erkrankung einschätzen zu können. Bestimmte Antworttendenzen des Patienten, die bei Selbstbeurteilungsskalen das Ergebnis verfälschen könnten, sind bei diesem Verfahren weniger relevant.

#### **2.6.1.1. Checklisten**

Die Internationalen Diagnose Checklisten (IDCL) ermöglichen dem Experten, psychische Störungen in systematischer Form zu untersuchen und Diagnosen nach den Klassifikationssystemen ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA1994) zu stellen (Hiller et al. 1996).

#### **IDCL für DSM-IV**

Die IDCL können zur psychiatrisch-psychologischen Diagnosestellung (Störungsdiagnostik) herangezogen werden und bestehen aus 31 Diagnosechecklisten für psychische Störungen nach DSM-IV (Hiller et al. 1997 b). Diagnosekriterien (z.B. Symptome, Zeit- und Verlaufsmerkmale, Schweregrad, Ausschlusskriterien) sind in übersichtlicher Form angeordnet, die exakte Diagnosestellung ist sofort, während oder nach der diagnostischen Exploration möglich. Seit 1997 finden die DSM-IV-bezogenen Checklisten Anwendung im ambulanten und stationären Bereich.

#### **IDCL für ICD-10 und ICD-10 Symptomcheckliste für psychische Störungen (SCL)**

Die aufeinander abgestimmten Checklisten IDCL und SCL, erfüllen unterschiedliche Zwecke: SCL, ein Screening-Verfahren zur vorläufigen diagnostischen Zuordnung von psychischen Störungen nach ICD-10 (WHO 1993), basiert auf den klinisch-diagnostischen Leitlinien zum ICD-10 Kapitel V(F), während die IDCL, 32 Internationale Diagnosechecklisten, zusätzlich noch die Forschungskriterien zum ICD-10 Kapitel V(F) berücksichtigen. Somit können sehr präzise Diagnosen im Sinne der ICD-10-Klassifikation (WHO 1993) gestellt werden. Seit 1995 finden diese Checklisten im ambulanten und stationären Bereich Anwendung (Hiller et al. 1995) und können nur mit umfangreicher klinischer Erfahrung genutzt werden. Ein Vorteil stellt die hohe Flexibilität des Diagnostikers bei dem Interview dar, denn Wortlaut der Fragen und deren Reihenfolge sind nicht vorgegeben.

### **2.6.1.2. Standardisierte / strukturierte Interviews**

DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen), ein weiterer strukturierter Einzelinterviewleitfaden von Margraf et al. (1994), erlaubt die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV / ICD-10 (APA 1994, WHO 1993) und erfasst Informationen zur Planung und Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen.

Das seit 1997 eingesetzte SKID für DSM-IV (Strukturiertes Klinisches Interview) wird in zwei Formen angewendet, SKID-I bzw. SKID-II (Wittchen und Unland 1991).

SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen, SKID-II ist ein Diagnoseverfahren für Persönlichkeitsstörungen.

Die Kriterien des DSM-IV (APA 1994) sind Grundlagen von SKID und DIPS und sehen eine Beurteilung durch Experten vor. Das diagnostische Vorgehen ist durch vorformulierte Fragen, die in ihrer Reihenfolge festgelegt sind, durchstrukturiert.

Das CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ermöglicht die Diagnosestellung nach ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (Wittchen et al. 1998; APA 1994). Vorformulierte Fragen, deren Reihenfolge ebenfalls vorgegeben ist und die ausschließliche Kodierung der Patientenantworten, vereinfachen die Anwendung des Interviews. Das CIDI eignet sich daher auch für trainierte Laien (Studenten und Weiterbildungskandidaten) (Hiller und Rief 1998).

Das SDS (Somatoform Disorders Schedule), als Spezialversion des CIDI, erlaubt die Diagnosestellung speziell für somatoforme Störungen. Es werden sowohl die Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV berücksichtigt (Rief und Hiller 1998; WHO 1993, APA 1994). Vorteile der Interviews liegen in der genauen Durchstrukturierung der Befragung durch vorformulierte Fragen. Nachteile sind im hohen Zeitaufwand und in der geringen klinischen Flexibilität zu sehen.

SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ist ein weiteres grundlegendes Erfassungsinstrument für psychopathologisch-psychiatrische Störungen im Erwachsenenalter (van Göllick-Bailer et al. 1995). Es handelt sich um ein Untersuchungsverfahren, das klinisch psychiatrische Erfahrung voraussetzt; der Behandler muss entscheiden, ob und in welcher Ausprägung ein Symptom während des zu beurteilenden Zeitraums vorlag.

In der nachfolgenden Tabelle 5 sind relevante Fremdbeurteilungsskalen zur Erfassung somatoformer Syndrome dargestellt.

**Tabelle 5 Übersicht der Fremdbeurteilungsskalen**

Fremdbeurteilungsfragebögen	Autor, Jahr	Itemanzahl (IAZ) / Diagnosechecklisten (DCL)	Ziel	Negativfaktoren siehe Anmerkungen
<b>IDCL für ICD-10 und SCL</b>	Hiller et al. 1996	31 DCL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Störungsdiagnostik nach ICD-10</li> </ul>	A, B, D, E, H
<b>IDCL für DSM-IV</b>	Hiller et al. 1997 b	32 DCL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Störungsdiagnostik nach DSM-IV</li> </ul>	A, B, D, E, H
<b>DIPS</b>	Margraf et al. 1994	Semistrukturiertes standardisiertes Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>Störungsdiagnostik nach ICD-10 und DSM-IV</li> <li>Informationen für die Planung und Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen</li> </ul>	B, E, H
<b>SKID für DSM-IV (SKID-I, SKID-II)</b>	Wittchen und Unland 1991		<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosestellung nach DSM-IV</li> </ul>	A, B, D, E, H
<b>CIDI</b>	Wittchen et al. 1998		<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10</li> </ul>	B, E, H
<b>SDS</b> Spezialversion des CIDI	Rief und Hiller 1998		<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10</li> </ul>	B, E, H
<b>SCAN</b>	van Gülick-Bailer et al. 1995		<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10</li> <li>Erlangen von international vergleichbaren Daten</li> </ul>	B, E, H

Anmerkungen:

**Negativfaktoren früher verwandter Fragebögen**

- A Zu viele Items
- B Nur Symptomanzahl wird berücksichtigt, andere Lebensbereiche nicht
- C Nur Hypochondrie-Evaluation
- D Nur Diagnoseerhebung nach DSM-IV oder nach ICD-10
- E Nur Expertenbeurteilung (Fremdbeurteilungsskala)
- F Nur Patientenbeurteilung (Selbstbeurteilungsskala)
- G Zu unspezifisch
- H Keine Verlaufsbeurteilung

**2.6.2. Selbstbeurteilungsverfahren**

Ausgewählte Fragebogenverfahren für den Einsatz zur Selbstbeurteilung des Betroffenen sind die am meisten verbreiteten Untersuchungsmethoden, die im Vergleich zu Fremdbeurteilungsskalen direkter die Meinung des Patienten wiedergeben. Ferner sind sie geringfügiger einer Verfälschung der Testergebnisse durch die unbewusste Erwartung des Diagnostikers im Hinblick auf die untersuchte Behandlungstechnik unterworfen. Ein weiterer Vorteil ist der geringere Zeitaufwand des Untersuchers.

Man unterteilt die Selbstbeurteilungsverfahren in störungsgruppenbezogene und störungsgruppenübergreifende Fragebögen (Stieglitz und Freyberger 2001). Während sich die

ersteren auf die Merkmale von ganz bestimmten psychischen Erkrankungen, wie z.B. somatoforme Störungen beziehen, werden mit den zuletzt genannten Fragebogenverfahren Merkmalsbereiche erfasst, die mit verschiedenen seelischen Störungen einhergehen. Im Folgenden soll auf einige gebräuchliche Instrumente bei somatoformen Störungen und deren Handhabung näher eingegangen werden.

### **2.6.2.1. Störungsgruppenübergreifende Selbstbeurteilungsverfahren**

#### **Symptom-Checkliste (SCL-90-R)**

Als störungsgruppenübergreifendes Instrument misst die SCL-90-R (Derogatis und Cleary 1977, Franke 1995) die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen (CIPS 1996). Damit ergänzt sie in idealer Weise Verfahren zur Messung sowohl der zeitlich extrem variablen Befindlichkeit als auch der zeitlich überdauernden Persönlichkeitsstruktur.

Die heute verwendete Version der Symptom-Checkliste (Derogatis und Cleary 1977) besteht aus 90 Items, von denen 83 in der Auswertung von neun Symptomfaktoren bzw. Skalen zusammengefasst werden. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. 7 Items, die bei Bedarf zusätzlich ausgewertet werden können, gehen mit den 83 Items ebenfalls in die Berechnung von drei globalen Kennwerten (GSI, PSDI und PST) ein, die Auskunft über das Antwortverhalten geben. Dabei misst der GSI (Global Severity Index) grundsätzlich die psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt die Anzahl der Symptome, bei denen Leidensdruck vorliegt, an.

Die SCL-90-R ist in der Lage, zwischen Gesunden und Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen wie z.B. Angststörung und Anorexia nervosa zu differenzieren (Rief und Fichter 1992); auch eine Verlaufsbeurteilung ist möglich (Brähler et al. 2002). Patienten mit somatoformen Störungen lassen sich nur schwer von der Gruppe mit Depressionen, im Vergleich zu den Angststörungen, differenzieren (Rief et al. 1992 b).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die SCL-90-R nicht geeignet ist, Personen mit somatoformen Störungen von Personen mit anderen psychischen Störungen signifikant voneinander zu trennen (Rief et al. 1992 b).

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt zehn bis fünfzehn Minuten.

### **Freiburger Beschwerdeliste (FBL-R)**

Die FBL-R (Fahrenberg 1994) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung aktueller, chronischer und somatischer Beschwerden und findet Einsatz bei der ärztlichen und psychologischen Anamneseerhebung und Diagnostik. Diesem Fragebogen liegen 78 Items mit einer 5-stufiger Antwortskala entsprechend bestimmter Organsysteme zugrunde. Sie dient der Inventarisierung körperlicher Beschwerden aus den verschiedensten Funktionsbereichen.

Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von 9 Subskalen, die unterschiedliche Beschwerdebereiche abdecken.

Das Verfahren ist als reliabel und valide anzusehen (Stieglitz und Freyberger 2001). Mit dieser Untersuchung können körperliche Beschwerden und Befindungsstörungen erfasst werden, jedoch werden somatoforme Störungen nicht spezifisch mit FBL-R diagnostiziert (Fentzahn 2002).

Die Bearbeitungsdauer der FBL-R beträgt etwa 10 bis 15 Minuten.

### **Gießener Beschwerdebogen (GBB)**

Der Gießener Beschwerdebogen (Brähler 1978) dient der Erfassung des körperlichen Beschwerdebildes bei Patienten mit somatoformen und psychosomatischen Erkrankungen als auch zur Abschätzung subjektiver körperlicher Beschwerden bei organmedizinischen Patienten.

57 Items erfassen körperliche Beschwerden in den Bereichen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden, die mit einer 5-stufigen Antwortskala beantwortet werden. Ferner sollen Patienten selbstkritisch einschätzen, welche Ursache ihrer Beschwerdesymptomatik (körperlich oder seelisch) zugrunde liegen könnte. Im Jahr 1992 wurde eine Version für Kinder und Jugendliche publiziert (GGB-KJ) (vgl. Prehler et al. 1992, Roth 1999). Forschungsinteressen an einer gekürzten Version, die in klinischen Studien mit geringerem Zeitaufwand verwendet werden kann, führten 1995 zu dem aus 24 Items bestehendem GBB-24.

Das GBB-Verfahren zeigt mittlere bis hohe Realibilitätskoeffizienten und eine gute Konstruktvalidität (Brähler et al. 2002).

"Die Beschwerdenliste ist anhand von Lehrbüchern und Krankengeschichten zusammengestellt und vermischt körperliche und affektive Symptome, so dass nicht die Diagnosekriterien somatoformer Störungen berücksichtigt werden" (Fentzahn 2002, S. 21).

Die Dauer für die Bearbeitung des Fragebogens beträgt 5 bis 10 Minuten.

## **2.6.2.2. Störungsgruppenbezogene Selbstbeurteilungsverfahren**

### **Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)**

Dieses Instrument ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Ausprägung und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, von denen vermutet wird, dass sie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Somatisierungsstörungen eine entscheidende Rolle spielen (Hiller et al. 1997 a, Rief 1998).

Der Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG) umfasst fünf relevante Dimensionen:

- Faktor 1:     Katastrophisierende Bewertung (20 Items)  
              z.B.: Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht erkanntes Magengeschwür.
- Faktor 2:     Intoleranz von körperlichen Beschwerden (7 Items)  
              z.B.: Wenn an meinen körperlichen Empfindungen etwas nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort.
- Faktor 3:     Körperliche Schwäche (9 Items)  
              z.B.: Ich bin körperlich nicht mehr stark belastbar, da meine Leistungsfähigkeit allmählich nachlässt.
- Faktor 4:     Vegetative Missempfindungen (6 Items)  
              z.B.: Ich habe oft Herzklopfen, da mein Kreislauf besonders empfindlich ist.
- Faktor 5:     Gesundheitsverhalten (4 Items)  
              z.B.: Ich achte darauf, mich gesund zu ernähren.

(Hiller und Rief 1998)

Der Fragebogen besteht aus 53 Items in Form von Selbstaussagen, die mit einer 5-stufigen Antwortskala beantwortet werden können. Entsprechend der Kodierung der einzelnen Items (0 bis 3) werden anschließend für die 5 Skalen Summenscores ermittelt.

Bei Patienten mit einem Somatisierungssyndrom wurden spezifisch erhöhte Werte bei Faktor 1 und 2 gefunden (Hiller und Rief 1998), "während sich die klinische Kontrollgruppe und die gesunden Personen in ihren Mittelwerten nicht voneinander unterschieden" (Hiller und Rief 1998, S. 28). Dies bedeutet deduktiv, dass es sich bei den relevanten Dimensionen (Faktor 1 und 2) tatsächlich um charakteristische Erkennungszeichen somatoformer Störungen handelt.

Der Summenscore der ersten drei der fünf Skalen war nach Therapie rückläufig (Hiller und Rief 1998), was belegt, "dass die erfassten Kognitionen veränderungssensitiv zu sein scheinen" (Fentzahn 2002, S. 27).

### **Screening für somatoforme Störungen (SOMS)**

siehe Kapitel 3.3.4.

### **Whiteley-Index (WI)**

siehe Kapitel 3.3.1.

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind relevante Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung somatoformer Syndrome dargestellt.

Tabelle 6

## Übersicht der Selbstbeurteilungsskalen

Selbstbeurteilungsfragebögen	Autor, Jahr	Itemanzahl (IAZ) / Diagnosechecklisten (DCL)	Ziel	Negativfaktoren siehe Anmerkungen
SCL-90-R	Derogatis und Cleary 1977	90 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messung des Schweregrades</li> <li>Veränderungs- und Verlaufsdagnostik</li> </ul>	A, F, G
FBL-R	Fahrenberg 1994	78 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventarisierung körperlicher Beschwerden aus verschiedenen Funktionsbereichen</li> </ul>	A, F, G
GBB	Brähler 1978	57 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messung des Schweregrades</li> <li>Veränderungs- und Verlaufsdagnostik</li> </ul>	A, F, G
FKG	Hiller et al. 1997 b	53 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Messung des Schweregrades</li> <li>Veränderungs- und Verlaufsdagnostik</li> <li>Erfassung zentraler assoziierter Merkmale (kognitive Aspekte wie Bewertungen)</li> </ul>	F
SOMS-7T	Rief et al. 1992 a	53 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorscreening für somatoforme Störungen nach DSM-IV und ICD-10</li> </ul>	B, F
WI	Pilowsky 1967	14 IAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypochondrie-screeningverfahren nach DSM-IV und ICD-10</li> </ul>	B, C, F

Anmerkungen:

**Negativfaktoren früher verwandter Fragebögen**

- A Zu viele Items
- B Nur Symptomanzahl wird berücksichtigt, andere Lebensbereiche nicht
- C Nur Hypochondrie-Evaluation
- D Nur Diagnoseerhebung nach DSM-IV oder nach ICD-10
- E Nur Expertenbeurteilung (Fremdbeurteilungsskala)
- F Nur Patientenbeurteilung (Selbstbeurteilungsskala)
- G Zu unspezifisch
- H Keine Verlaufsbeurteilung

**2.7. Unzulänglichkeiten bisheriger Verfahren**

Spezifische Skalen für die Einschätzung der Schwierigkeit somatoformer Störungen sind noch selten. Die unlängst angewendeten Instrumente bei somatoformen Störungen wurden größtenteils nicht entwickelt, um Veränderungen zu messen.

Die derzeit benutzten Messverfahren für somatoforme Störungen verstricken sich oft durch ihre Aspezifität. Unterschiedlichste Negativfaktoren, wie aus Tabelle 5 und 6 zu entnehmen, relativieren gewonnene Untersuchungsergebnisse.



Deren Methoden sind entweder nicht an den Klassifikationssystemen ICD-10 / DSM-IV (WHO 1993, APA 1994) orientiert und somit kaum kompatibel (Hiller und Janka 2003), zu unspezifisch, zu aufwendig oder nicht zur Verlauf- und Schweregradbeurteilung geeignet und nur zum Teil in der Lage, adäquat Veränderungen zu messen.

So führen hohe Itemanzahlen nicht zur Spezifizierung eines Testergebnisses, sondern zu langen Bearbeitungszeiten verbunden mit Konzentrationsschwäche und Lustlosigkeit der Patienten. Dabei besteht die Gefahr hoher Drop-Out-Raten oder aber von Wear-Out-Erscheinungen, die negative Auswirkungen nach sich ziehen. Häufig sinkt dabei die Teilnahmemotivation des Patienten soweit ab, dass die Befragung bzw. das Interview abgebrochen wird.

Ferner werden nur Krankheitssymptome aufgelistet bzw. durchgezählt. Auflistungen, wie oft bestimmte körperliche Beschwerden auftreten ohne jedoch Augenmerk auf die unmittelbare Ursache und die sich daraus ergebenden Einschränkungen in den verschiedensten Lebensbereichen zu richten, führen nicht zu validen Resultaten.

Nur die Ergebnisse des SOMS-7T sind bisher vergleichbar (Rief und Hiller 2003). Dennoch stellt auch SOMS-7T keine gut geeignete Skala zur Messung des Therapieerfolges für somatoforme Störungen dar. Bis heute sind die störungsrelevanten Bereiche für somatoforme Störungen als auch die Ziele des therapeutischen Eingreifens nicht in einer Schweregradskala zusammengefügt, wie es von einigen Autoren vorgeschlagen wird (Rief und Sharpe 2004).

## **2.8. Bisheriger Wissensstand und vorliegende Erkenntnisse über QUISS**

QUISS (Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome), ein neues Instrument zur Erfassung somatoformer Störungen, fokussiert die spezifisch erkennbaren und verhaltensbezogenen Bereiche somatoformer Störungen. Die Skala vereinigt gemeinsame somatoforme Beschwerden in Anlehnung an DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (WHO 1993), die in beiden Systemen in Anzahl, Schwere und Frequenz vorherrschen.

Bisherige Analysen zu den testtheoretischen Gütekriterien durch Fentzahn (2002) führten dazu, dass QUISS als ein zuverlässiges, untersucherunabhängiges und messgenaues Messinstrument von hoher Praktikabilität angesehen werden kann.

Fentzahn (2002) konnte belegen, dass QUISS gute statistische Kennwerte als auch die Testgütekriterien (Reliabilität, Validität, Objektivität, Praktikabilität, Akzeptanz) erfüllt und deutliche Zusammenhänge mit bereits etablierten und validierten Fragebögen aufzeigt. Ferner ist QUISS geeignet, Patienten mit somatoformen Störungen von anderen psychischen

Störungen (Depressionen) zu differenzieren und auch unterschiedliche Aspekte des Schweregrades somatoformer Störungen messgenau zu erfassen.

## **2.9. Gütekriterien wissenschaftlicher Testverfahren**

Gütekriterien entscheiden, inwieweit die gemachten Aussagen wissenschaftlicher Arbeiten Aussagefähigkeit besitzen. Dabei werden nachstehende Hauptkriterien an die psychometrischen Messinstrumente gestellt:

### **2.9.1. Validität**

"Die Validität eines Testes gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem dieser Test dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das (die) er messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich misst" (Lienert 1989, Seite 16). Hierbei lassen sich bestimmte Validitätsarten unterscheiden: inhaltliche Validität, kriterienbezogene Validität sowie Konstruktvalidität.

Inhaltliche Validität setzt voraus, dass der Inhalt der Items das zu erfassende Zielmerkmal genau definiert (Fisseni 1990) und das zu messende Merkmal beinhaltet. Die Ermittlung der inhaltlichen Validität beurteilt Häcker et al. (1998) als den wichtigsten Aspekt der Testevaluation.

Die Kriteriumsvalidität kann nicht direkt gemessen, sondern muss über Kriterien erschlossen werden (z.B. Aggression über elektrische Provokation). Wird der gewonnene Testwert zu einem Kriteriumswert in Beziehung gesetzt, so liegt die kriteriumsbezogene Validität vor.

Bei der Konstruktvalidität steht die theoretische Klärung einer Hypothese (Variable, Testergebnis) im Vordergrund, die sich auf ein Konstrukt (z.B. Agoraphobie) bezieht. Bestätigt sich die Hypothese, so ist das fragliche Messinstrument (z.B. Agoraphobieskala) gültig und gibt an, welche psychologische Bedeutung ein Messwert bzw. eine Variable hat.

### **2.9.2. Reliabilität**

Unter Reliabilität versteht man die Zuverlässigkeit mit der eine Skala ein Merkmal misst. Diese soll frei von Zufallsfehlern (Peter und Churchill 1986) sein und bei Wiederholung eines Experimentes unter gleichen Rahmenbedingungen das gleiche Messergebnis erzielen.

Es existieren verschiedene methodische Zugänge, um die Reliabilität eines Testes zu messen:

- Paralleltest-Reliabilität
- Retest-Reliabilität (Retest-Korrelation)
- Innere Konsistenz
- Split-Half-Reliabilität

Bei der Paralleltest-Reliabilität wird überprüft, ob ein vergleichbares Messverfahren identische Ergebnisse liefert.

Die Retest-Reliabilität ist ein Wiederholungsverfahren, bei dem ein Test zweimal durchgeführt wird. Dabei wird die Zuverlässigkeit der Ergebnisse anhand der Abweichungen zwischen den Ergebnissen des ersten und des zweiten Tests gemessen.

Die interne Konsistenz stellt ein sehr wichtiges Verfahren zur Schätzung der Reliabilität dar und zeigt den inneren Zusammenhang der Items eines Fragebogens an. Weiterhin gibt sie eine Beurteilung über die Messgenauigkeit ab und lässt ein Urteil darüber zu, innerhalb welcher Grenzen der Messfehler des Testergebnisses liegt (Lienert und Raatz 1998). Die interne Konsistenz eines Fragebogens kann mit dem Alpha-Koeffizienten nach Cronbach ausgedrückt werden. Als Maße der internen Konsistenz stellt Cronbachs alpha eine Schätzung der Reliabilität dar. Dabei wird jedes Item eines Fragebogens als eigenständige Messung, die das gleiche Testmerkmal erfassen soll wie der Gesamttest, aufgefasst (Fentzahn 2002). Die mittlere quadratische Abweichung der einzelnen Items vom Mittelwert (Varianz) wird bei der Erhebung des Alpha-Koeffizienten mit der Gesamtabweichung der Skala in Relation gesetzt. Je genauer die ermittelten Werte der einzelnen Messungen miteinander korrelieren, desto näher liegt der Alpha-Koeffizient bei 1. Negative unendliche Werte sind theoretisch auch möglich, jedoch gilt, dass akzeptable Werte bei 0,7 liegen, Werte ab 0,8 werden als gut betrachtet (Bortz und Döring 1995).

Ein weiteres Messinstrument ist die Split-Half-Reliabilität, eine Vereinfachung des Paralleltestverfahrens. Voraussetzung der Anwendung dieser Methode ist die Homogenität der Items, d.h., alle Items müssen das gleiche Merkmal erfassen. Dabei wird eine bestehende Skala in zwei vergleichbare Hälften gesplittet. Somit werden zwei Einteilungen mit jeweils der Hälfte der Items erzeugt. Je mehr die Items beider Einteilungen ein spezifisches Merkmal erfassen, desto höher ist die zu erwartende Korrelation und damit die Reliabilität der Skala.

### **2.9.3. Objektivität**

Unter Objektivität (Vorurteilslosigkeit) eines Testes versteht man den Grad, in dem Auswertungen eines Testes immer zu denselben Ergebnissen führen und bei standardisierten Bedingungen (Test und Testsituation) vom Untersucher unabhängig sind (Lienert 1989, Lienert und Raatz 1998). Der Korrelationskoeffizient kann als Maß der Objektivität für das Ausmaß der Übereinstimmung herangezogen werden.

Man unterscheidet drei verschiedene Arten der Objektivität eines Messinstrumentes:

1. Durchführungsobjektivität

Die Durchführungsobjektivität bezieht sich auf die Konstanz der Untersuchungsbedingungen (äußere Bedingungen, Anweisungen) und muss eine maximale Standardisierung der Untersuchungssituation gewährleisten. Die Durchführungsobjektivität ist dann beeinträchtigt, wenn zwei Beurteiler (Rater) bei Verwendung desselben Messinstruments unterschiedliche Antworten vom Befragten erhalten. Mit Übereinstimmung des Antwortverhaltens bei Befragung durch unterschiedliche, von einander unabhängige Untersucher (Interrater-Reliabilität) erfolgt die Auswertung qualitativer Verfahren, deren Ergebnispaare anschließend korreliert werden (Lienert und Raatz 1998).

2. Auswertungsobjektivität

Die Auswertungsobjektivität bezieht sich auf Fehler, die bei der Umsetzung der Testergebnisse in Zahlenwerte auftreten können. Fehler können einerseits bei der Codierung der Testergebnisse zu numerischen Werten, andererseits auch bei der Dateneingabe auftreten und die Auswertungsobjektivität stark verzerren.

3. Interpretationsobjektivität

"Die Interpretationsobjektivität bezieht sich auf den Grad der Unabhängigkeit der Interpretation der ausgewerteten Testergebnisse von der Person des interpretierenden Testbenutzers. Vollkommene Interpretationsobjektivität liegt vor, wenn gleiche Auswertungsergebnisse gleich interpretiert werden" (Grotjahn 2000, S. 6). Eine hohe Interpretationsobjektivität ist gegeben, wenn die Testergebnisse von verschiedenen Diagnostikern in gleicher Weise ausgelegt werden (Lienert und Raatz 1998).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein Erhebungsverfahren objektiv sein (ohne äußere Einflüsse), mit hoher Messgenauigkeit (Reliabilität) behaftet und das erfassen muss, was gemessen werden soll (Validität).

## **2.10. Fragestellung und Ziel der vorliegenden Arbeit**

QUISS, die neue Skala zur Messung des medikamentösen und psychotherapeutischen Therapieerfolges, soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden. Ziel ist es nachzuweisen, inwieweit QUISS als ein geeignetes und zuverlässiges Verfahren zur Erfassung des Schweregrades somatoformer Störungen eingesetzt werden kann. Es wird als ein komplexes, mehrdimensionales Messinstrument kritisch geprüft und auf seine Kompatibilität mit dem

Klassifikationssystem ICD-10 (WHO 1993) als auch mit dem DSM-IV (APA 1994) untersucht. Um spezifischer und sensitiver den Schweregrad somatoformer Störungen zu erfassen und um krankheitsspezifischere Informationen über die Erkrankung und die Befindlichkeit des Patienten zu gewinnen, ist die weitere Evaluierung des QUISS nötig.

Es sollte darüber hinaus ein Fragebogen entstehen, der nicht nur die momentanen Beschwerden bzw. Einschränkungen des Patienten in der Lebenssituation erfasst, sondern auch als Messinstrument im Hinblick auf die patientenorientierte Medizin dient. Unterschiedliche Zeitpunkte der Diagnostik und Therapiemaßnahmen sollten mit einfließen, um so besser die Belastung der Patienten abzuschätzen zu können. Die psychometrischen Kriterien sollten erneut auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Durch die erstmalige Untersuchung der Test-Retest- und der Interrater-Reliabilität sollen neue Informationen über die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Durchführungsobjektivität des Forschungsinstrumentes in Erfahrung gebracht werden.

Zusammenfassend gesagt:

Es existieren keine geeigneten Skalen, um Schweregrade somatoformer Störungen zu erfassen. Da mit Ausnahme des SOMS bisher keine Skalen an dem Konzept der somatoformen Störungen validiert sind, wurde an der Universität Göttingen ein neuer Fragebogen zur Messung des Schweregrades somatoformer Störungen (QUISS) entwickelt. "Die durchgeführten Untersuchungen zu den testtheoretischen Gütekriterien des Quantifizierungs-Inventars für somatoforme Syndrome QUISS ergeben das Bild eines zuverlässigen, untersucherunabhängigen und messgenauen Fragebogens von hoher Praktikabilität" (Fentzahn 2002, S. 97).

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist es, QUISS zur weiteren Evaluation an einem größeren Patientenkollektiv einzusetzen. Als Nebenziel sollen die psychometrischen Werte Interrater-Reliabilität und die Test-Retest-Reliabilität bestimmt werden. Somit muss der Nachweis erbracht werden, dass QUISS ein objektives, messgenaues (reliabel) und valides Erhebungsverfahren für somatoforme Störungen ist.

### 3. Material und Methoden

#### 3.1. Patientenauswahl

Von November 2003 bis einschließlich März 2005 wurden ambulante und stationäre Patienten untersucht, die unter körperlichen Beschwerden litten, für die jedoch keine organpathologische Ursache gefunden werden konnte. Diese Patientengruppe (96 Personen) wurde aus vier verschiedenen Kliniken der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in besagtem Zeitraum rekrutiert. Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war, dass die Patienten die Kriterien für eine bestehende somatoforme Störung nach DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (F45.0, F45.1, F45.3, F45.4, F45.8) (WHO 1993) erfüllten und nicht jünger als 18 bzw. älter als 75 Jahre waren. Patienten, die unter Hypochondrie oder einer körperdysmorphen Störung litten, wurden ausgeschlossen, da nach DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (WHO 1993) diese Krankheitsbilder nicht direkt vergleichbar sind. Mangelnde deutsche Sprachkenntnisse, Medikamentenabhängigkeit, Psychosen und bipolare Störungen waren weitere Ausschlusskriterien. Insgesamt konnten 6 Patienten nicht an der Befragung teilnehmen.

Demgegenüber waren im Untersuchungskollektiv Patienten mit tolerierter Komorbidität eingeschlossen, also Patienten, die zusätzlich an Depressionen und Angststörungen erkrankt waren, wie in Tabelle 7 dargestellt.

**Tabelle 7: Gewinnung der Untersuchungsgruppen mit somatoformen Störungen**

<b>Somatoforme Störungen (n= 96)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
- Somatisierungsstörung	35	36,5
- undifferenzierte somatoforme Störung (F45.1)	50	52,1
<b>Depressive Störung (n= 35)</b>		
- leicht	3	8,6
- mittel	14	40
- schwer	10	28,6
<b>Panikstörung (n= 5)</b>		
- mit Agoraphobie	3	60
- ohne Agoraphobie	2	40
96 Patienten insgesamt	96 Patienten (entsprechen 100%)	
35 Patienten mit Depressionen, 5 Patienten mit Panikstörungen	40 Patienten (entsprechen 41,7%)	

Von den 96 Untersuchten mit einer somatoformen Störung litten 41,7% (n= 40) zusätzlich an einer anderen psychischen Krankheit. Die Diagnose einer undifferenzierten somatoformen Störung (F45.1) ließ sich bei 52,1% der Patienten (n= 50) stellen.

### **3.2. Untersuchungsmethodik**

Nach einer ausführlichen Aufklärung über die Zielgruppe und den Hintergrund der Befragung gaben die Patienten ihr Einverständnis, an den mehrfachen psychiatrischen Interviews durch den jeweiligen Untersucher teilzunehmen. Nur acht Patienten (ausschließlich Männer) lehnten die Befragung durch das Interview ab. Die Teilnahme erfolgte freiwillig ohne finanzielle Aufwandsentschädigung. Die Anonymität des Patienten wurde durch Verschlüsselung in Zahlen bei der Dateneingabe gewährleistet.

Die Untersuchungsteilnehmer wurden gebeten den SOMS-7T, den WI und die Patientenversion des QUISS bis zum vereinbarten Untersuchungstermin selbständig und an demselben Tag zu bearbeiten. Die Interviews erfolgten an drei verschiedenen Tagen, deren Zeitunterschied 24 Stunden nicht überschreiten sollte. Der Therapeut befragte den Patienten mit der Therapeutenversion des QUISS, ohne dass der Untersucher die Patientenversion des Fragebogens kannte und vereinbarte mit dem Patienten einen erneuten Interviewtermin, um die Retest-Version des QUISS durchzuführen. Ein letzter Interviewtermin wurde mit dem Patienten abgesprochen, um die Interrater-Reliabilität des Messinstrumentes durch einen Zweituntersucher zeitnah und unabhängig vom Erstuntersucher zu erheben. Hierbei gab die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes an, in welchem Ausmaß die Ergebnisse, die mit dem Instrument erhoben wurden, vom Anwender des Instrumentes unabhängig waren.

Die Befunderhebung anhand des standardisierten Interviews erfolgte durch vorformulierte Fragen, deren Reihenfolge vorgegeben war. Im Anschluss an die Befragung wurde der behandelnde Arzt gebeten, anhand des CGI (Clinical Global Impression) den Schweregrad der Erkrankung des Befragten zu beurteilen. Diesem wurden dabei jegliche Informationen über die Ergebnisse der Patientenbefragung enthalten, um eine Verfälschung des Testergebnisses durch den Beurteiler zu vermeiden. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität wurde an 25 Patienten mit somatoformen Störungen erhoben.

### **3.3. Untersuchungsinstrumente**

#### **3.3.1. Whiteley-Index (WI)**

Der Whiteley-Index (WI) (Pilowsky 1967, Rief et al. 1994) eignet sich ausgezeichnet als Screeningverfahren zur Erfassung einer hypochondrischen Störung nach DSM-IV (APA 1994) oder ICD-10 (WHO 1993), zur Bestimmung des Schweregrades hypochondrischer

Beschwerden und zur Evaluation von Therapieverläufen. Das störungsgruppenbezogene Selbstbeurteilungsverfahren besteht aus 14 Items, die mit 'ja' oder 'nein' beantwortet werden, erfasst zentrale, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Merkmale, welche besonders für Personen mit unklaren körperlichen Beschwerden charakteristisch sind. Durch drei spezielle Skalen werden relevante Dimensionen wie Krankheitsängste, Krankheitsüberzeugungen und somatischen Beschwerden differenziert.

Die moderaten Korrelationen des WI mit den Skalen der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) belegen die Brauchbarkeit des WI als klinisch valides Verfahren und zeigen die Zusammenhänge der mit dem WI erfassten hypochondrischen Merkmale mit Angst und Somatisierung. Die Befunde belegen zudem die Brauchbarkeit des WI zur Unterscheidung zwischen hypochondrischen und nicht-hypochondrischen Patienten (Pilowsky 1967). Ab einem Gesamtscore von acht wird empfohlen, die Diagnose einer hypochondrischen Störung zu stellen (Rief et al. 1994). Die Bearbeitungsdauer für den Patienten dauert nur wenige Minuten und wird als hoch zeitökonomisch eingestuft (Brähler et al. 2002).

### **3.3.2. QUISS (Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome)**

Als zuverlässiges Instrument zur Erfassung des Schweregrades somatoformer Störungen und deren Verlaufsbeurteilung wurde QUISS eingesetzt.

Mit dem Fragebogen lassen sich Informationen über die psychische Verfassung, die kognitiven Prozesse, die vielfältigen Einschränkungen im alltäglichen Leben und über die aktuellen psychiatrischen Symptome des Patienten gewinnen. Es ermöglicht Diagnosen nach DSM-IV (APA 1994) und auch nach ICD-10 (WHO 1993). QUISS liegt sowohl als Selbstbeurteilungsversion (PF) als auch als Fremdbeurteilungsversion (TF) durch einen Experten vor und erfasst den Zeitraum der letzten 7 Tage.

Die Ausgangsversionen des QUISS (PF/TF) bestand aus 22 Items. Der heute aktuelle Fragebogen besteht aus insgesamt 19 Items (siehe Anhang), wobei zu beachten ist, dass Item 2 sich in die Unterpunkte a und b aufteilt.

QUISS kann von den meisten Patienten innerhalb von 15-20 Minuten beantwortet werden. Auf einer 5-stufigen Antwortskala (0-4 Punkte) wird angegeben, welche unterschiedlichen relevanten Dimensionen von leicht (1 Punkt) bis schwer (4 Punkte) für den Betroffenen zutreffend sind. Dabei kann mit der niedrigsten Antwortkategorie auch ein Nichtvorhandensein des Merkmals angegeben werden, während mit der höchsten Antwortkategorie die maximale Merkmalsausprägung mitgeteilt wird. Das Item '2' besteht aus einer Beschwerdeliste, die 41 Symptome enthält, welche in der letzten Woche das Empfinden



des Betroffenen beeinträchtigt haben. Dieses Item ist in der Kliniker- und Patientenversion unterschiedlich. Die Auswertung erfolgt durch Addieren der angegebenen Beschwerden (Item 2a) sowie der betroffenen Beschwerdebereiche (Item 2b).

Die Gesamtscores der Patienten- (PF) und der Therapeutenfragebögen (TF) errechnen sich aus dem Summenscore der 18 Items und den Items 2a und 2b.

Die bisherigen psychometrischen Daten der Fentzahn-Studie (2002) belegen, dass "das Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome QUISS gute statistische Kennwerte" (Fentzahn 2002, S. 100) zeigt und die Testgütekriterien (Reliabilität, Validität, Objektivität, Praktikabilität, Akzeptanz) erfüllt werden.

### **3.3.3. Messinstrument zur globalen Erfolgsmessung:**

#### **CGI (Clinical Global Impression)**

Der klinische Gesamteindruck (CIPS 1996) wird bei Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen zur Schweregradabschätzung der Krankheit eingesetzt.

Vorteile des CGI (Clinical Global Impression, NIMH 1970) sind in der Kürze und Einfachheit der Anwendung für den jeweiligen Experten zu sehen (CIPS 1996). Weiterhin ist die Interpretation der Skala aufgrund der Augenscheinvalidität sehr einfach. Nachteilig ist, dass nicht genau beurteilt werden kann, welche Kriterien einer psychischen Störung sich gebessert haben. Die Beurteilung durch den Diagnostiker bezieht sich auf die letzte Woche vor dem jeweiligen Untersuchungstermin. Durch spezielle Skalen werden relevante Dimensionen wie 'Schweregrad der Krankheit' und 'Zustandsänderung' des Patienten innerhalb der vergangenen sieben Tage differenziert. Auf einer Punkteskala von eins bis sieben wird angegeben, ob der Patient zu den 'extrem schwer Kranken (7 Punkte)' gehört oder 'überhaupt nicht krank (1 Punkt)' ist. Die Daten zur Validität und Reliabilität dieses Verfahrens können als zufriedenstellend beurteilt werden (vgl. CIPS, 1996).

### **3.3.4. Screening für somatoforme Störungen (SOMS)**

SOMS (Rief et al. 1992 a, 1997), ein störungsgruppenbezogenes Selbstbeurteilungs-verfahren in zwei Versionen, dient der Erleichterung der Klassifikation, der Quantifizierung sowie der Verlaufsbeschreibung von Personen mit somatoformen Störungen. Man verwendet ihn zum 'Vorscreening' der Kriterien der Somatisierungssyndrome nach ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) (Hiller und Rief 1998), um eine etwaige vorliegende somatoforme Störung zu bestätigen. In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass SOMS Patienten mit somatoformen Störungen identifizieren (Rief et al. 1992 a, Fentzahn 2002) und von anderen

psychischen Störungen differenzieren kann (Hiller und Rief 1998), was durch die Bestätigung der SOMS-Diagnosen in 73% durch das SKID-Verfahren (Strukturiertes Klinisches Interview) belegt werden konnte (Rief et al. 1992 a).

Es existieren zwei verschiedene Varianten, die zum einen den Zeitraum der letzten zwei Jahre (SOMS-2J), zum anderen die vergangenen sieben Tage (SOMS-7T) berücksichtigen (Rief und Hiller 2003). Die zuletzt genannte Version ist eine Zusatzversion des SOMS, besteht aus 53 Items entsprechend DSM-IV und ICD-10 (APA 1994, WHO 1993) und eignet sich zu Veränderungsmessungen. Im Vergleich zu dem SOMS-2J, welcher der Statusdiagnostik dient und nur mit 'ja' oder 'nein' beantwortet werden kann, liegt hier eine fünfstufige Antwortskala (von 'gar nicht vorhanden' über 'leicht', 'mittelschwer' zu 'schwer') vor. Die Auswertung erfolgt anhand eines Summenscores und der Symptomanzahl.

Die psychometrischen Ergebnisse der Test-Retest-Reliabilität nach 72 Stunden betragen für die Gesamtzahl der angegebenen körperlichen Beschwerden 0,87 (Rief et al. 1995 b), für die interne Konsistenz des Beschwerdenindex  $r = 0.88$  (Rief et al. 1997).

Allen gemachten Angaben nach zu urteilen, kann die Sensitivität und die Spezifität des SOMS als sehr gut angesehen werden. Die Gütekriterien des Fragebogens wurden detailliert und mit sehr gutem Erfolg untersucht (Hiller und Rief 1998).

### **3.4. Angewandte Verfahren und Methoden der psychometrischen Prüfung des QUISS**

Alle verwendeten Testinstrumente sollen die testtheoretischen Gütekriterien erfüllen, die bereits ausführlich in Kapitel 2.9. erörtert wurden.

Zur Messung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) des QUISS wurde die interne Konsistenz durch den Koeffizient Cronbachs alpha ermittelt.

Ein weiteres Zuverlässigkeitskriterium, das Test-Retest-Verfahren, welches Abweichungen zwischen den Ergebnissen des ersten und zweiten Tests misst, wurde angewendet.

Die Objektivität des Fragebogens, also die Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Untersucher, konnte durch die Strukturierung des Interviews durch vorformulierte Fragen und durch deren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gewährleistet werden. Die Durchführungsobjektivität wurde bei 25 Patienten mit der Interrater-Reliabilität, die Interpretationsobjektivität durch die Befragung verschiedener Untersucher gewährleistet.

Die inhaltliche Genauigkeit (Validität) des QUISS, ein wichtiger Aspekt der Testevaluation (Häcker et al. 1998), wurde mit der Expertenbefragung sichergestellt.

QUISS wurde mit den Fragebögen SOMS, WI und CGI als Validierungsvariablen verglichen und im Verlauf die korrelativen Zusammenhänge der verschiedenen Skalen bei Patienten mit

somatoformen Störungen mit dem Spearman-Korrelationskoeffizienten erfasst. Auf den Pearson'schen Korrelationskoeffizient wurde verzichtet, da er nur anwendbar ist, wenn beide Variablen metrisch skaliert sind.

In Tabelle 8 ist zur uniformierten Datenauswertung noch einmal die grundsätzliche Interpretationsmöglichkeit des Korrelationskoeffizienten  $r$  dargestellt.

**Tabelle 8: Interpretationsmöglichkeit für den Korrelationskoeffizienten  $r$**

Wert von $r$	Interpretation
$0 < r \leq 0,2$	sehr geringe Korrelation
$0,2 < r \leq 0,5$	geringe Korrelation
$0,5 < r \leq 0,7$	mittlere Korrelation
$0,7 < r \leq 0,9$	hohe Korrelation
$0,9 < r \leq 1$	sehr hohe Korrelation

Die Qualität der verwendeten Skala wurde mit der Reliabilitäts- und Itemanalyse sowohl für QUISS-PF und -TF garantiert und konnte auch nach Itemelimination bei beiden Fragebögen weiterhin sichergestellt werden.

Itemschwierigkeit und Itemtrennschärfe sind Parameter zur empirischen Analyse der Itemeigenschaften. Zur Testentwicklung wurde der Schwierigkeitsindex herangezogen, der zwischen schwierigen bzw. leichten Items differenziert. Ein niedriger Wert kennzeichnet dabei ein schwieriges Item, ein hoher Wert eine leichte Merkmalsausprägung.

Nach Klapprott (1975) sollte ein brauchbares Item einen Schwierigkeitsindex von  $p = 0,2-0,8$  besitzen. Die ideale Itemschwierigkeit liegt bei  $p = 0,5$

Mit der Itemanalyse und Itemselektion nach der Klassischen Testtheorie wurde überprüft, ob die Testfragen der Testabsicht entsprechen. Die Itemselektion soll gewährleisten, dass die verbleibenden Items trennscharf (z.B. Trennschärfe  $> 0,5$ ) sind und die Itemschwierigkeiten Normalverteilungen aufweisen. Itemausschlusskriterien sind in dieser Untersuchung ein Schwierigkeitsindex über  $p = 0,8$  bzw. unter  $p = 0,2$ .

Durch die Itemelimination wird keine Verbesserung der Reliabilität der Gesamtskala erreicht, obwohl Cronbachs alpha bei Itemausschluss gesteigert wird. Ursache dafür ist, dass eine Reliabilitätsverbesserung nur durch eine Testverlängerung möglich ist.

Weiterhin wurden Mittelwerte für die verschiedenen hier angewendeten Fragebogenverfahren bei Patienten mit somatoformen Störungen aufgelistet (Tabelle 28).

### **Statische Auswertungsverfahren**

Alle statischen Prozeduren und Auswertungen der Daten erfolgten mit Unterstützung der Standardsoftware STATISTICA (Version 5.5).

Zur Validierung des QUISS (PF/TF) wurde das Modul 'Reliabilitäts- und Itemanalyse', zur Berechnung von Cronbachs alpha und der Itemkennwerte, verwandt. Die Item-Korrelation der beiden QUISS-Versionen wurde aus dem Inventar erhoben. Mit Hilfe des Moduls 'nichtparametrische Verfahren' wurden die Spearman-Korrelationen für Interrater und Test-Retest-Reliabilität kalkuliert und auf die angewandten Skalen und Gruppen bezogen.

## 4. Ergebnisse

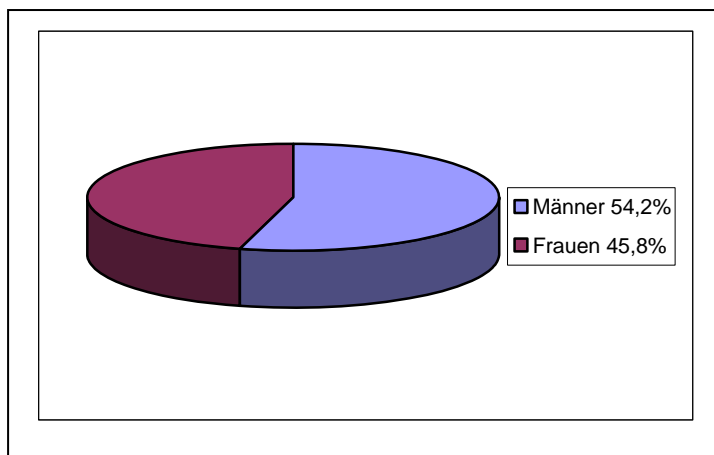
### 4.1. Allgemeine Daten der Patientengruppe

Im nachfolgenden Abschnitt werden Angaben zur Patientengruppe mit somatoformen Störungen gemacht.

#### Alters- und Geschlechtsverteilung

In der Zeit zwischen November 2003 und März 2005 wurden insgesamt 96 Patienten mit somatoformen Störungen im Rahmen unserer Untersuchung befragt. Das Patientenkollektiv bestand zu 45,8% aus weiblichen (44) und zu 54,2% aus männlichen Patienten (52) (siehe Abbildung 1). Zum Zeitpunkt der Befragung waren 88 Patienten in stationärer Behandlung und 8 Patienten wurden ambulant betreut. Der Altersdurchschnitt der somatoformen Patienten lag zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 50 Jahren. Über die Hälfte dieser Patienten befand sich in der Altersgruppe der 40- bis 45-Jährigen (siehe Tabelle 9).

**Abbildung 1: Geschlechtsverteilung der Interviewteilnehmer, n= 96**



**Tabelle 9: Altersverteilung der Patienten mit somatoformen Störungen**

**n= 96**

Alter	Häufigkeit	Prozent
20 <= x < 30	4	4,2
30 <= x < 40	19	19,7
40 <= x < 50	27	28,1
50 <= x < 60	20	20,8
60 <= x < 70	24	25,0
70 <= x < 80	2	2,1

In Tabelle 10 ist nach ICD-10 (WHO 1993) die Verteilung der verschiedenen Diagnosen der Patientengruppe mit somatoformen Störungen aufgelistet. Es wurden bei zwei Patienten zwei somatoforme Störungen diagnostiziert.

**Tabelle 10: Diagnosenverteilung der Patienten mit somatoformen Störungen nach ICD-10, n= 96**

<b>ICD-10 Diagnose</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>Somatisierungsstörung (F45.0)</b>	35	36,5
<b>undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)</b>	50	52,1
<b>somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (F45.30)</b>	5	5,2
<b>somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltrakts (F45.31)</b>	1	1,0
<b>somatoforme Schmerzstörung (F45.4)</b>	6	6,25
<b>nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen (F45.9)</b>	1	1,0

In der Patientenstichprobe fand sich neben dem vollständigen Bild einer Somatisierungsstörung bei 40 Patienten eine zusätzliche psychische Störung (n= 35 Depression, n= 5 Panikstörungen). Die Diagnosenverteilung nach ICD-10 (WHO 1993) ist in Tabelle 11 aufgeführt. Bei 2,08% der Untersuchten (n= 2) wurde neben der somatoformen Störung sowohl eine depressive als auch eine Panikstörung diagnostiziert. Von den Untersuchten, die zusätzlich an einer depressiven Störung erkrankt sind, waren 42,9% der Befragten Frauen und 57,1% der Untersuchungsteilnehmer Männer. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die erhobenen Diagnosen nach ICD-10 (WHO 1993) bei den depressiven Patienten.

**Tabelle 11: Diagnosen- und Geschlechtsverteilung der Patientenstichprobe mit somatoformen Störungen und zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen**

ICD-10 Diagnose	Geschlechtsverteilung	Häufigkeit der Diagnosen (n= %)
<b>Somatoforme Störungen</b>		96 = 100%
Somatisierungsstörung (F45.0)		35 = 36,5%
Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)		50 = 52,1%
Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (F45.30)		5 = 5,2%
Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (F45.31)		1 = 1%
Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)		6 = 6,25%
Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9)		1 = 1%
<b>zusätzliche depressive Störung</b>		35 = 36,4%
Mittelgradige depressive Episode (F32.1)		14 = 40%
Schwere depressive Symptome ohne psychotische Symptome (F32.2)		10 = 28,6%
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)		1 = 2,9%
Leichte depressive Episode (F32.0)		3 = 8,6%
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)		4 = 11,4%
Dysthymia (F34.1)		2 = 5,7%
Bipolar affektive Störung (F31)		1 = 2,9%
<b>zusätzliche Panikstörung</b>		5 = 5,2%
Panikstörung ohne Agoraphobie		2 = 40%
Panikstörung mit Agoraphobie		3 = 60%
<b>zusätzlich Panikstörung und Depressionen</b>		2 = 2,08%
	Männer / Frauen 54,2% / 45,8%	
	Männer / Frauen 57,1% / 42,8%	
	Männer / Frauen 40% / 60%	
	Männer / Frauen 100% / 0%	

Unter einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) litten 40% der Patienten. Eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) konnte hingegen nur bei 28,6% Patienten diagnostiziert werden (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12: Diagnosenverteilung der depressiven Patienten nach ICD-10**  
n= 35

ICD-10 Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Mittelgradige depressive Episode (F32.1)	14	40
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)	10	28,6
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0)	1	2,9
Leichte depressive Episode (F32.0)	3	8,6
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)	4	11,4
Dysthymia (F34.1)	2	5,7
Bipolare affektive Störung (F31)	1	2,9

Zum Untersuchungszeitpunkt konnte bei 5,2% der Patienten (5) neben somatoformen Störungen auch Panikstörungen diagnostiziert werden. Die Altersverteilung der Patienten ist in Tabelle 13 dargestellt. Das durchschnittliche Lebensalter lag bei +/- 50 Jahren.

**Tabelle 13: Altersverteilung der Patienten mit zusätzlich diagnostizierter Panikstörung, n= 5**

Alter	Häufigkeit	Prozent
20 <= x < 30	1	20
30 <= x < 40	-	-
40 <= x < 50	1	20
50 <= x < 60	3	60
60 <= x < 70	-	-
70 <= x < 80	-	-



Die Patienten die unter einer Panikstörung mit Agoraphobie litten, bildeten in dem Patientenkollektiv mit 60% den größeren Anteil, was der nachfolgenden Tabelle 14 zu entnehmen ist.

**Tabelle 14: Panikstörungen - Diagnosenverteilung nach ICD-10, n= 5**

ICD-10-Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Panikstörung ohne Agoraphobie (F41.0)	2	40
Panikstörung mit Agoraphobie (F40.01)	3	60

#### 4.2. Item- und Reliabilitätsanalyse

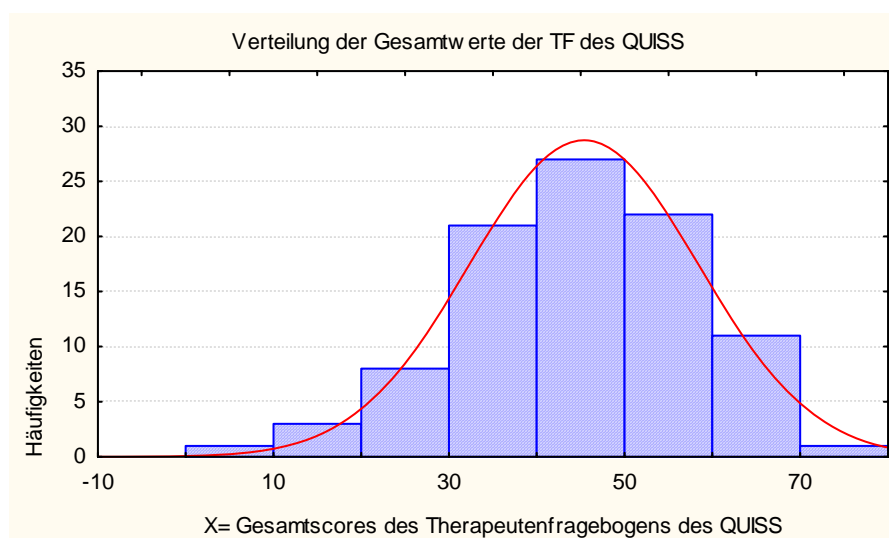
In den nachstehenden Ausführungen soll die Qualität der Skala (QUISS-PF, -TF) überprüft und ungeeignete Items herausgefiltert werden.

##### 4.2.1. Gesamtsummenscore des QUISS

##### 4.2.1.1. Therapeutenversion (TF) des QUISS

Die Abbildung 2 verdeutlicht die Häufigkeitsverteilung anhand von 94 Fragebögen für den Gesamtwert der Therapeutenversion (TF) des QUISS bei Patienten mit somatoformen Störungen.

**Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung für den Gesamtwert der Therapeutenversion des QUISS, n= 94**



Die Werte der deskriptiven Statistik der Therapeutenversion des QUISS zeigt die nachfolgende Tabelle.

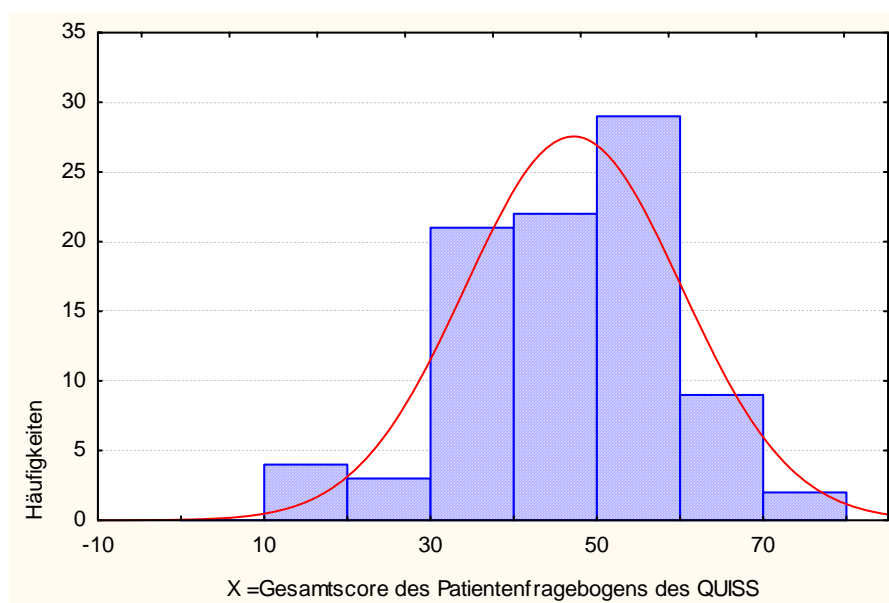
**Tabelle 15: Deskriptive Statistik der Therapeutenversion des QUISS**

<b>Mittelwert</b>	45,4
<b>Median</b>	46,0
<b>Standardabweichung</b>	13,0
<b>Varianz</b>	170
<b>Minimum</b>	9,00
<b>Maximum</b>	75,0

#### 4.2.1.2. Patientenversion (PF) des QUISS

Die Häufigkeitsverteilung der Gesamtwerte des QUISS-PF ist Abbildung 3 zu entnehmen. In die Auswertung gingen Daten von 90 Patienten mit somatoformen Störungen ein.

**Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung für den Gesamtwert der Patientenversion des QUISS, n= 90**



Die Tabelle 16 zeigt die deskriptive Statistik der Patientenversion des QUISS.

**Tabelle 16: Deskriptive Statistik der Patientenversion des QUISS**

<b>Mittelwert</b>	47,2
<b>Median</b>	45,5
<b>Standardabweichung</b>	13,0
<b>Varianz</b>	169,8
<b>Minimum</b>	12,0
<b>Maximum</b>	75,0

#### **4.2.2. Häufigkeitsverteilung der Items der Therapeutenversion (TF) des QUISS**

Die Häufigkeitsverteilungen der Items 1-19 der Therapeutenversion wurden anhand von 94 vollständig ausgefüllten Therapeutenfragebögen graphisch dargestellt. Die Itemanalyse ergab eine Tendenz in der Fragenbeantwortung in Richtung höherer Schweregrade, was auf den hohen Leidensdruck der Untersuchungsteilnehmer zurückzuführen ist.

In Abbildung 4 ist die Häufigkeitsverteilung für die erste QUISS-Frage dargestellt. Da das Patientengut angesichts einer erwähnten Selektion in Richtung eines ausgeprägteren Schweregrades der somatoformen Störung ausgesucht wurde, war nicht zu erwarten, dass ein Untersuchungsteilnehmer seinen Gesundheitszustand als 'sehr gut' bezeichnet und so die Antwortkategorie 0 wählt. Die häufigste Angabe über das eigene Befinden und den momentanen Gesundheitszustand wurde mit der Aussage 'mittelmäßig' getroffen.

**Abbildung 4: Verteilung Item 1 (TF): Gesundheitszustand**

**A= Antwort**

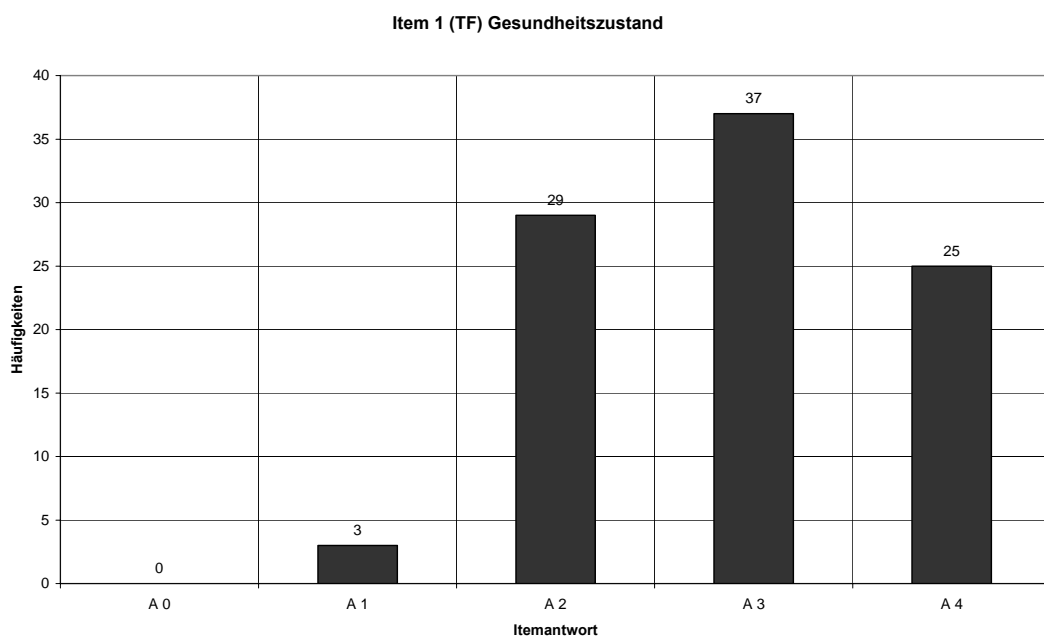
**0= sehr gut**

**1= gut**

**2= mittelmäßig**

**3= schlecht**

**4= sehr schlecht**

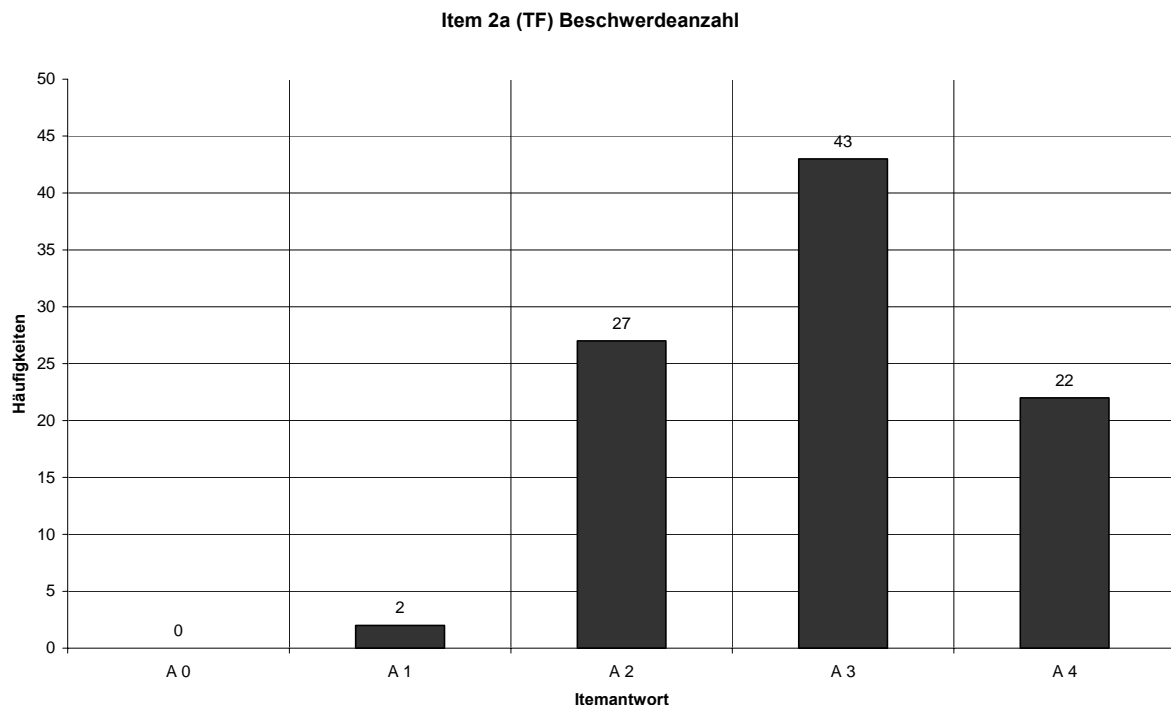


In den folgenden Abbildungen der Häufigkeitsverteilungen der Items 2a bis 6 erkennt man, dass die Patienten eine hohe Tendenz zeigen, nicht die niedrigste Antwortkategorie der 5-stufigen Skala zu wählen. Ursachen sind im Schweregrad der somatoformen Störungen und in der hohen Merkmalsausprägung und damit in dem enormen Leidensdruck zu suchen.

In Grafik 5 (Beschwerdeanzahl des Patienten) wird deutlich, dass die Mehrzahl der Befragten 7-12 Beschwerden zum Untersuchungszeitpunkt angaben. Nur wenige Patienten wurden von weniger als 2 Symptomen geplagt.

**Abbildung 5: Verteilung Item 2a (TF): Anzahl der Beschwerden**  
**A= Antwort**

- 0= keine**
- 1= 1-2**
- 2= 3-6**
- 3= 7-12**
- 4= mehr als 12**



Die meisten Patienten haben körperliche Symptome aus 4-5 verschiedenen Beschwerdebereichen angegeben, die sich ausschließlich auf die Beschwerdenliste beziehen. Dabei waren verschiedene Körperregionen, wie z.B. gastrointestinale oder kardiale Bereiche, betroffen.

**Abbildung 6: Verteilung Item 2b (TF): Anzahl der Beschwerdebereiche**  
**A= Antwort**

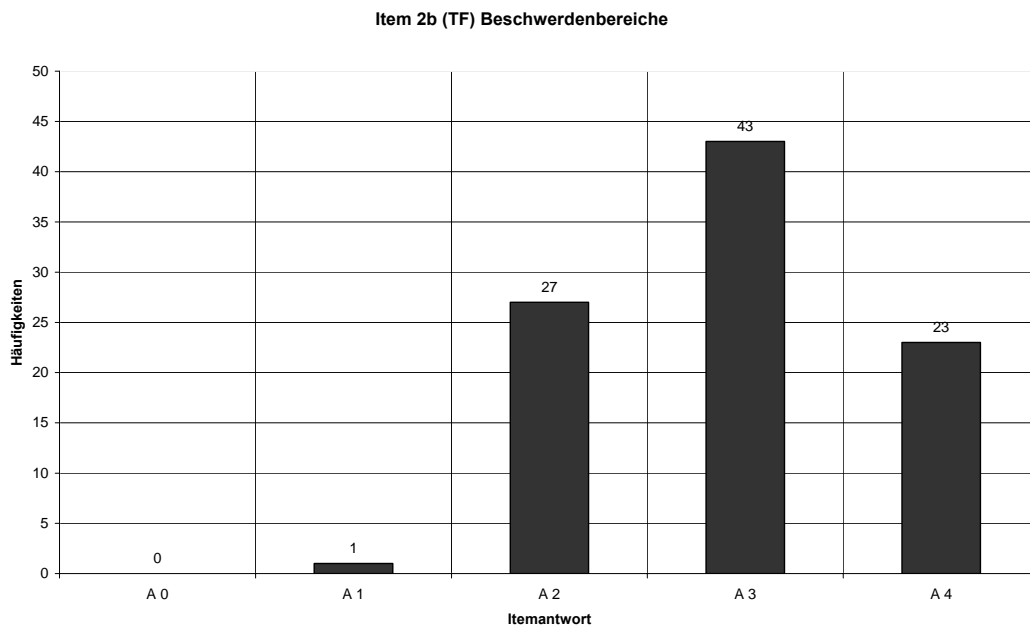
**0= keine Beschwerden**

**1= 1 Bereich**

**2= 2-3 Bereiche**

**3= 4-5 Bereiche**

**4 = 6 Bereiche**



Die Mehrzahl der Patienten berichtet, häufig und größtenteils 'ständig' von Beschwerden geplagt zu sein. Auffallend wenig Patienten gaben an, 'selten' von Beschwerden geplagt zu werden.

**Abbildung 7: Verteilung Item 3 (TF): Häufigkeit der Beschwerden**

**A= Antwort**

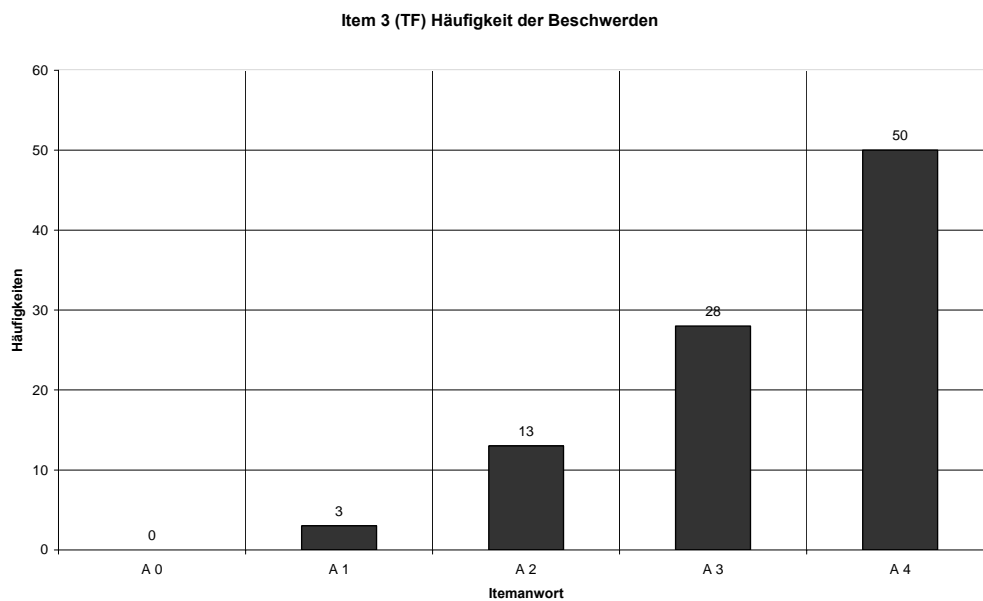
**0= gar nicht**

**1= selten**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**



Die Grafik in Abbildung 8 macht deutlich, dass die Intensität der Beschwerden größtenteils mit der Antwort 'stark' beurteilt wurde. Nur ausgesprochen wenige Patienten klagten über 'leichte' Beschwerden.

**Abbildung 8: Verteilung 4 (TF): Stärke der Beschwerden**

**A= Antwort**

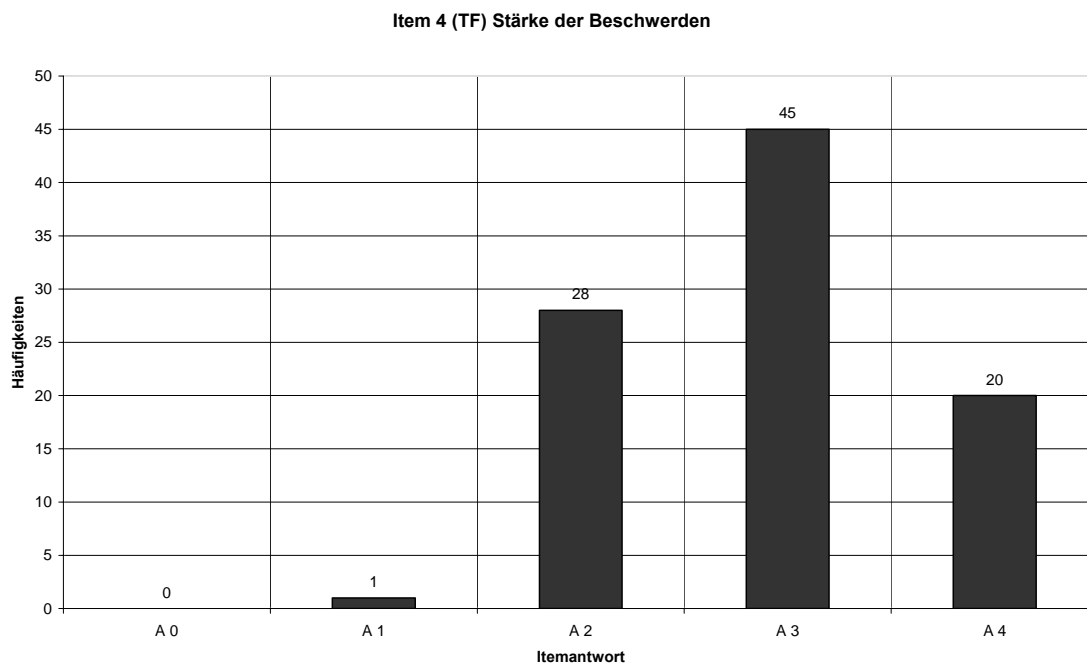
**0= keine Beschwerden**

**1= leicht**

**2= mäßig**

**3= stark**

**4= sehr stark**





Alle Patienten fühlten sich aufgrund der Erkrankung in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Die meisten Patienten gaben eine 'starke' Beeinträchtigung im täglichen Leben durch die Symptombelastung an (Abbildung 9)

**Abbildung 9: Verteilung Item 5 (TF): Einschränkung der Lebensqualität**

**A= Antwort**

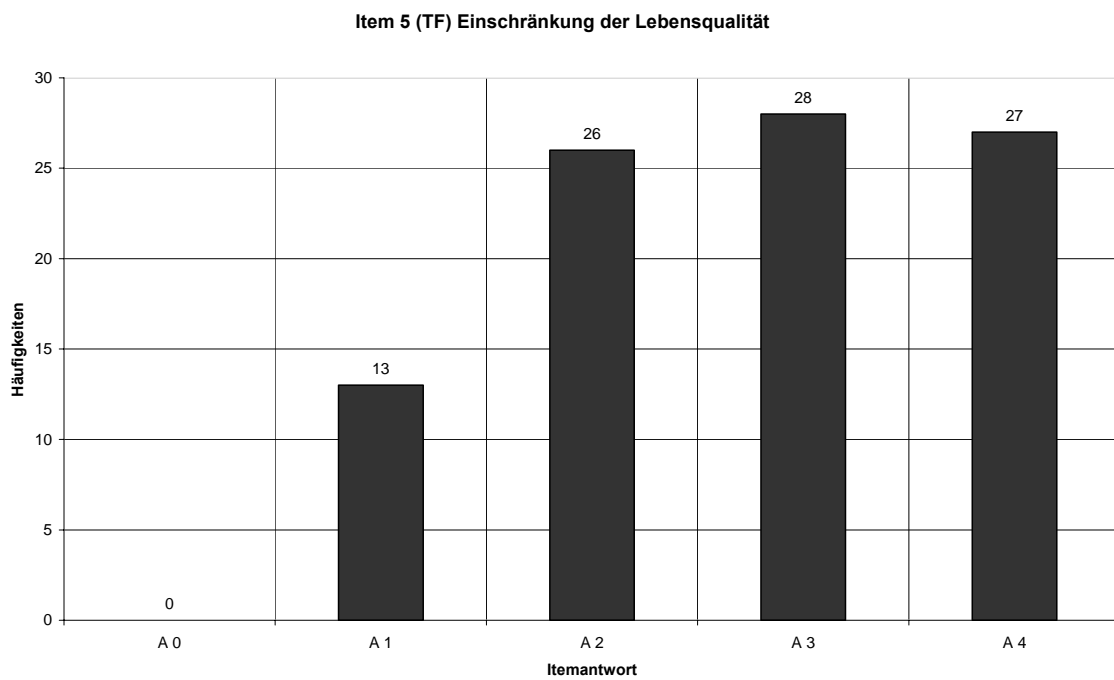
**0= gar nicht**

**1= leicht**

**2= mäßig**

**3= stark**

**4= sehr stark**



Die meisten Untersuchungsteilnehmer waren an mehr als 3 Tagen pro Woche durch ihre Beschwerden so eingeschränkt, dass der alltägliche Tagesablauf nicht oder nur unzureichend bewältigt werden konnte. Über die Hälfte der Patienten berichtete, 'an keinem Tag' in einer Woche so stark beeinträchtigt gewesen zu sein, dass normale Tätigkeiten nicht mehr absolviert werden konnten.

**Abbildung 10: Verteilung Item 6 (TF): Tage Arbeitsunfähigkeit**  
**A= Antwort**

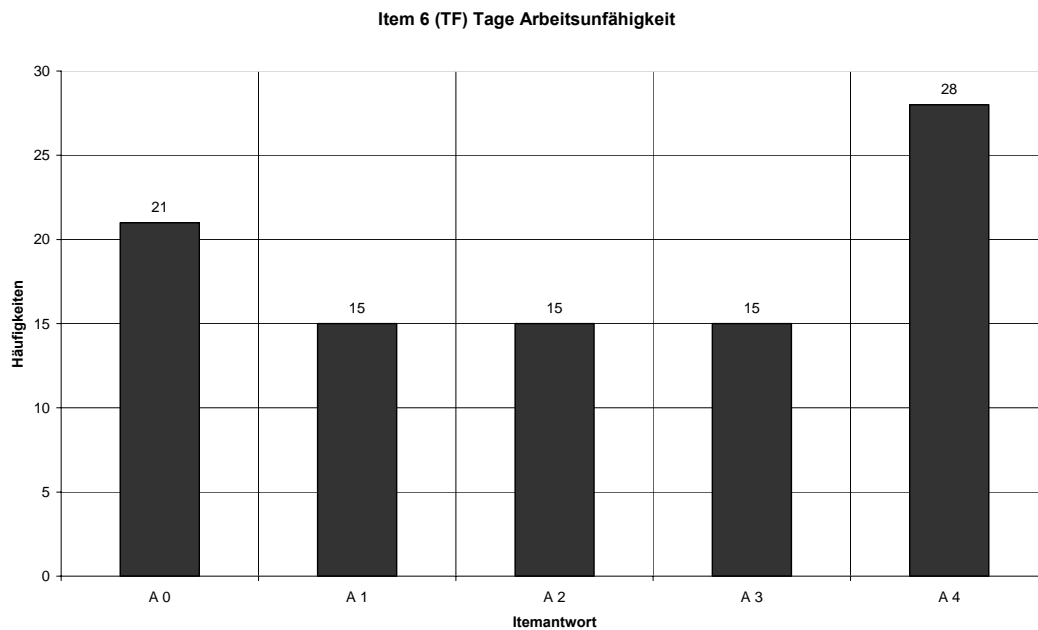
**0= an keinem Tag**

**1= an 1 Tag**

**2= an 2-3 Tagen**

**3= an 4-5 Tagen**

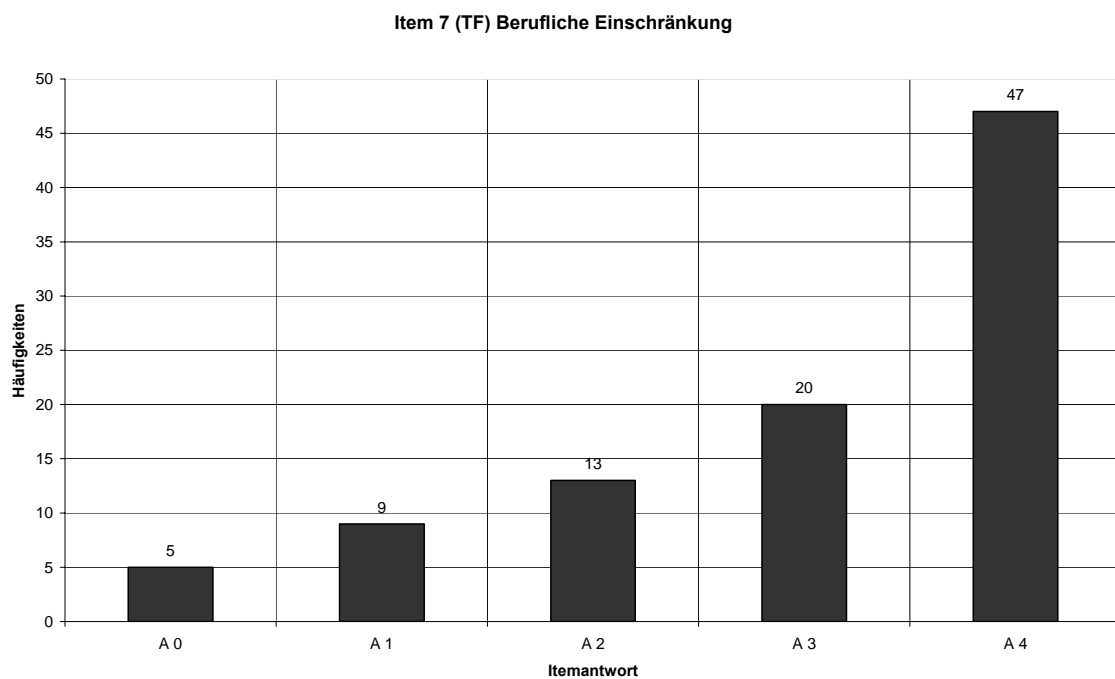
**4= an 6 oder mehr Tagen**



Wie aus Abbildung 11 erkennbar, waren zum Untersuchungszeitpunkt viele Patienten aufgrund ihres hohen Leidensdruckes arbeitsunfähig. Andere wurden während ihres stationären Krankenhausaufenthalts für einige Wochen krankgeschrieben.

**Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung des Item 7 (TF): Berufliche Einschränkung  
A= Antwort**

- 0= keine Einschränkung**
- 1= leichte Einschränkung**
- 2= mittlere Einschränkung**
- 3= starke Einschränkung**
- 4= maximale Einschränkung**



Von den meisten Untersuchungsteilnehmern wird aufgrund ihrer Erkrankung eine 'starke Einschränkung' im sozialen Bereich oder in der Freizeit angegeben.

**Abbildung 12: Verteilung Item 8 (TF): Soziale Einschränkung**

**A= Antwort**

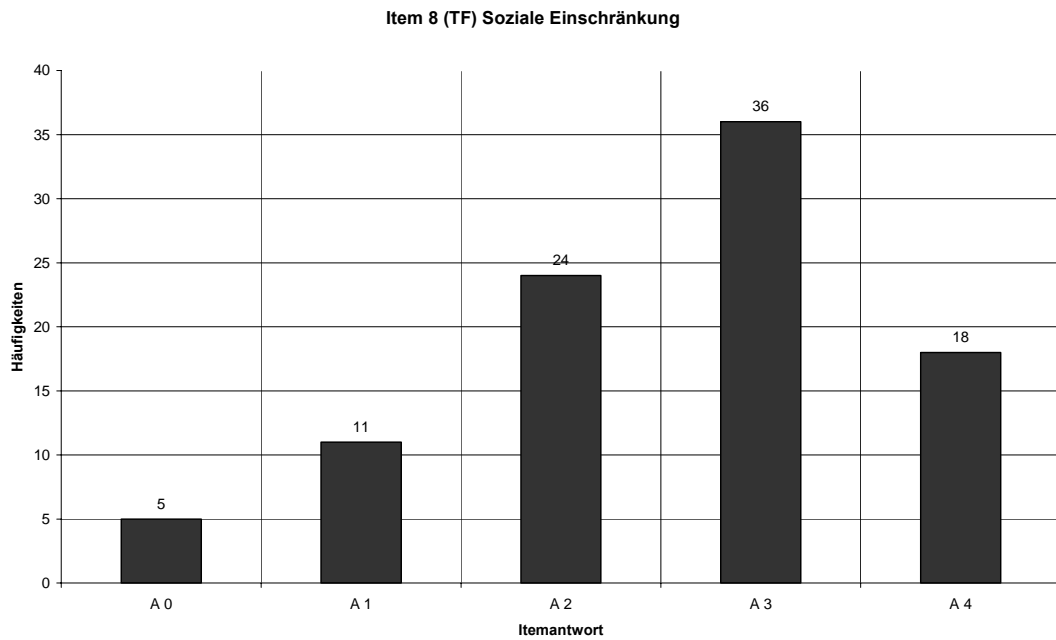
**0= keine Einschränkung**

**1= leichte Einschränkung**

**2= mittlere Einschränkung**

**3= starke Einschränkung**

**4= maximale Einschränkung**



Die meisten Betroffenen bestätigten, dass die Familie und das familiäre Miteinander durch die Erkrankung eine 'starke' Einschränkung erfährt. Ursächlich kann ein längeres Bestehen von Beschwerden, ein 'chronischer' Verlauf, eine erhöhte Frustrationstoleranz und das Krankheitsverhalten des Betroffenen sein, dass durch die Familie missverstanden wird und so schnell intrafamiliäre Konflikte aufkommen lässt. Nur wenige Patienten geben an, dass die Familie nur eine 'leichte Einschränkung' durch die Erkrankung erlebt.

**Abbildung 13: Verteilung Item 9 (TF): Familiäre Einschränkung**

**A= Antwort**

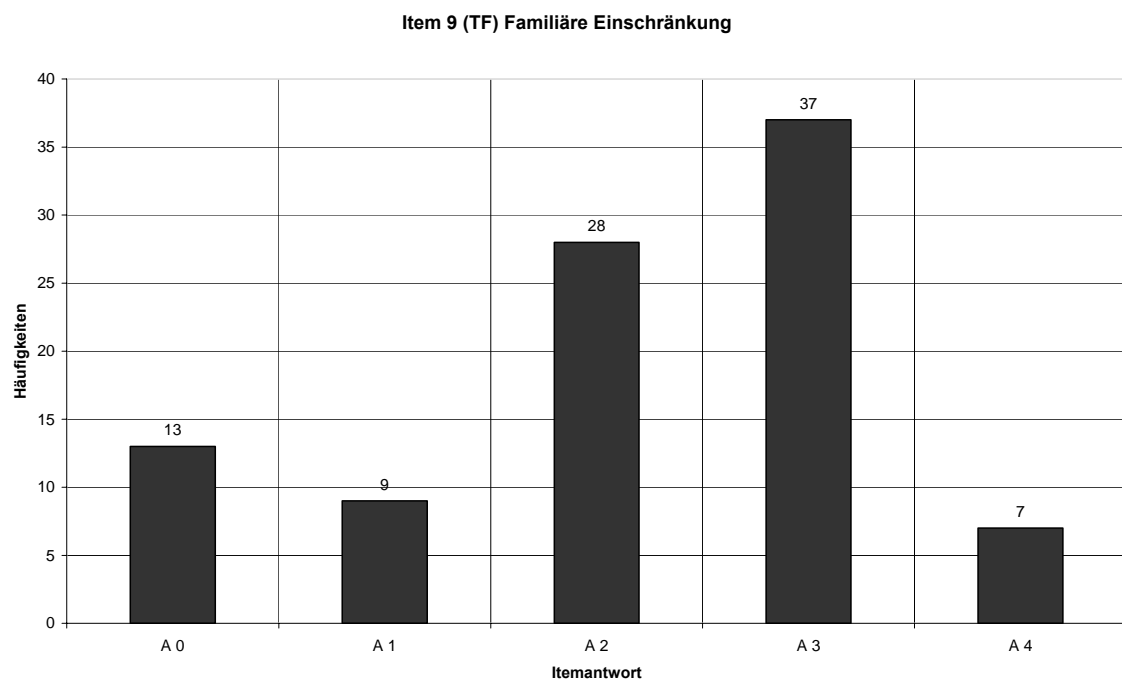
**0= keine Einschränkung**

**1= leichte Einschränkung**

**2= mittlere Einschränkung**

**3= starke Einschränkung**

**4= maximale Einschränkung**



Die meisten Untersuchungsteilnehmer wurden nicht von hypochondrischen Beschwerden in ihrem Krankheitsverlauf geplagt. Die Frequenzverteilung des Items 10 in Abbildung 14 zeigt eine recht gleichmäßige Verteilung der Antwortbereiche.

**Abbildung 14: Verteilung Item 10 (TF): Hypochondrische Befürchtung**  
**A= Antwort**

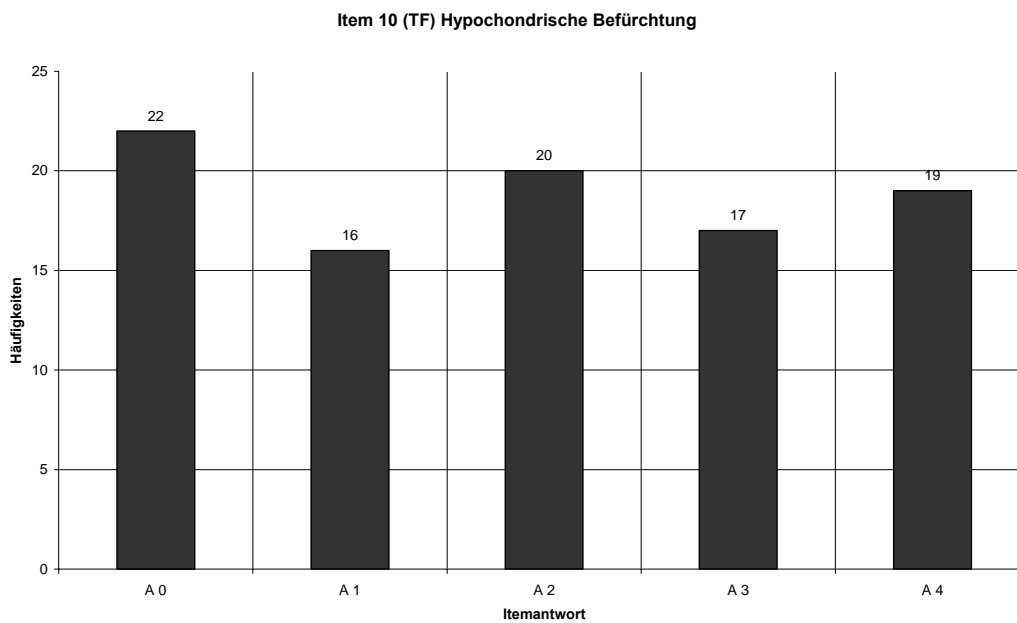
**0= trifft überhaupt nicht zu**

**1= trifft kaum zu**

**2= trifft teilweise zu**

**3= trifft überwiegend zu**

**4= trifft ausgesprochen zu**



Das Item 11, Forderung nach weiterer somatischer Diagnostik, wurde während des Interviews mit der 5-stufigen Antwortskala am häufigsten mit der Aussage 'trifft teilweise zu' beantwortet (Abbildung 15). Erstaunlicherweise hatten verhältnismäßig viele Patienten keinen Wunsch nach weiteren Untersuchungen und Abklärungen des klinischen Befundes.

**Abbildung 15: Verteilung Item 11 (TF): Wunsch nach Diagnostik**

**A= Antwort**

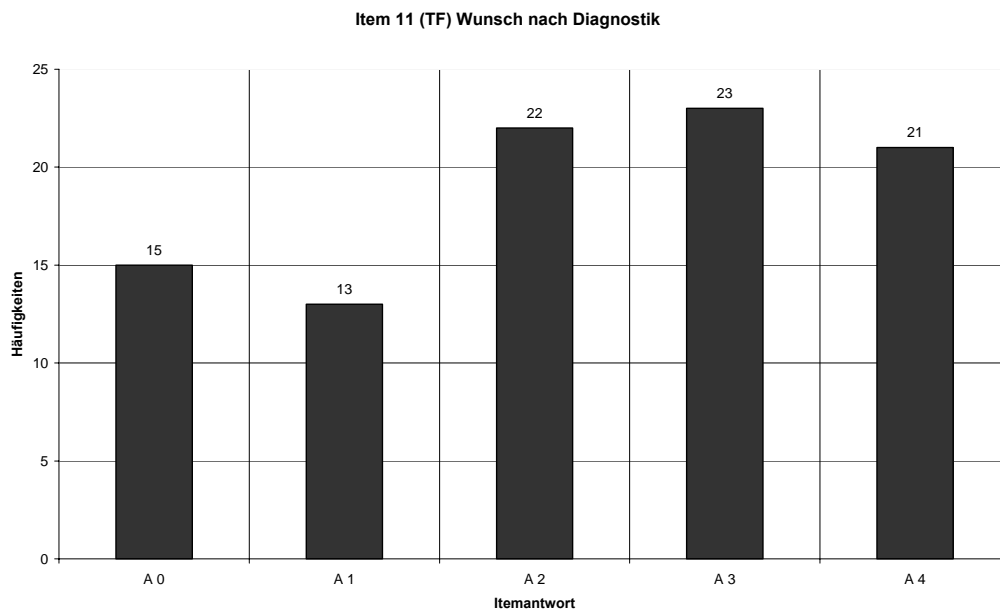
**0= trifft überhaupt nicht zu**

**1= trifft kaum zu**

**2= trifft teilweise zu**

**3= trifft überwiegend zu**

**4= trifft ausgesprochen zu**



Die Grafik in Abbildung 16 verdeutlicht, dass die Mehrzahl der Patienten die weitere ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt und einfordert, um dem täglichen Leidensdruck entgegenzuwirken. Durch die bestehenden Ängste oder die Vorstellung, an einer ernsthaften körperlichen Erkrankung zu leiden, ist ein häufiger Arztwechsel in der Vorgeschichte für Patienten mit somatoformen Störungen typisch. Häufig werden sie durch ihre Krankenrolle in ihren Beziehungen abhängig und verlangen immer mehr ärztliche Unterstützung. Beruhigung wird deshalb ständig bei Ärzten gesucht und manchmal zum hauptsächlichen Lebensinhalt.

**Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung des Items 12 (TF): Wunsch nach weiterer ärztlicher Betreuung**

**A= Antwort**

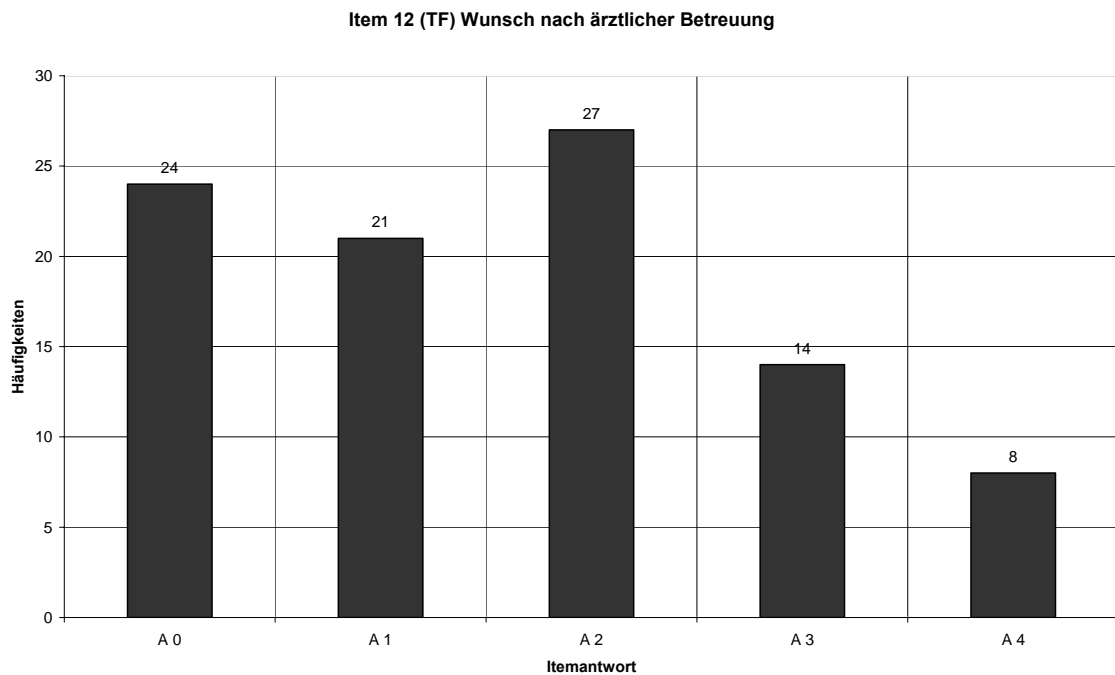
**0= gar nicht**

**1= selten**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**





Die Verteilung der Antworten des Items 13 (investierte Zeit in medizinischen Behandlungen) zeigt ein relativ gleichmäßiges Bild. Die meisten Patienten haben pro Woche 1-3 Stunden mit medizinischen Behandlungen zugebracht.

**Abbildung 17: Verteilung Item 13 (TF): Zeit in medizinischen Behandlungen (in Stunden)**

**A= Antwort**

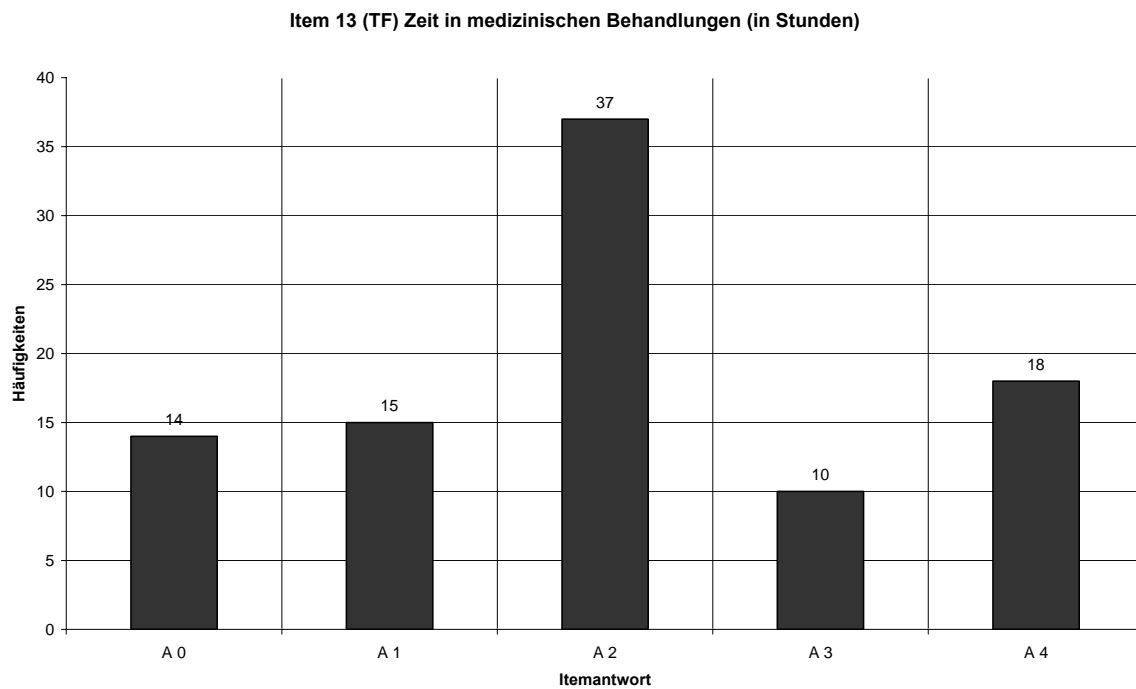
**0= gar keine**

**1= 0-1 h**

**2= 1-3 h**

**3= 3-6 h**

**4= mehr als 6 Stunden**



Die Grafik in Abbildung 18 lässt erkennen, dass nur wenige Patienten vollstes Zutrauen in die ärztliche Diagnose haben. Nur eine geringe Anzahl der Betroffenen glaubt ihrem Arzt, wenn er ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis besteht.

**Abbildung 18: Verteilung Item 14 (TF): Vertrauen in die ärztliche Diagnose**  
**A= Antwort**

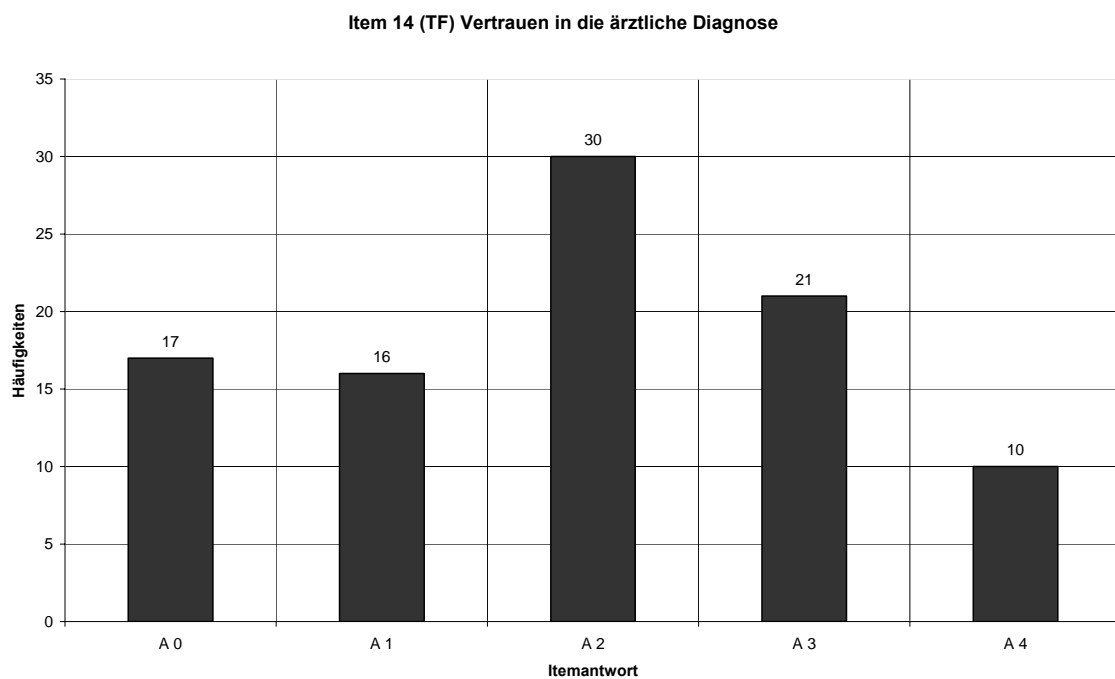
**0= trifft überhaupt nicht zu**

**1= trifft kaum zu**

**2= trifft teilweise zu**

**3= trifft überwiegend zu**

**4= trifft ausgesprochen zu**



Über die Hälfte der Betroffenen gab an, im täglichen Leben nicht auf die Hilfe von dritten Personen angewiesen zu sein. Aus Abbildung 19 geht weiterhin hervor, dass auf der 5-stufigen Antwortskala die Antwortkategorie 3 'häufig' zahlreich vertreten ist.

**Abbildung 19: Verteilung Item 15 (TF): Hilfsbedürftigkeit**

**A= Antwort**

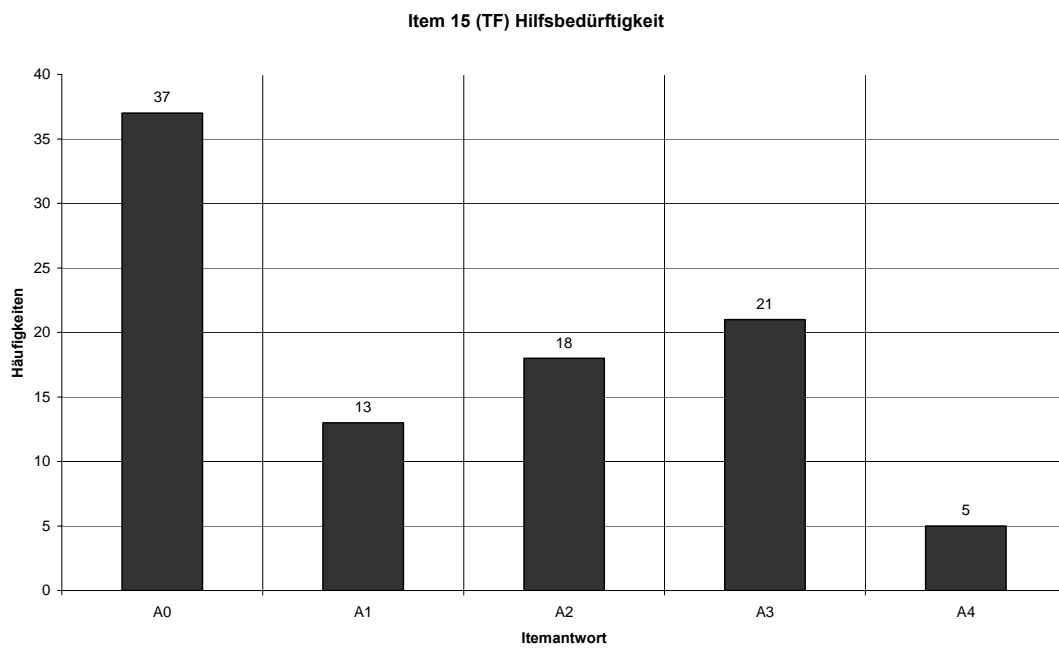
**0= gar nicht**

**1= selten**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**



Aus Abbildung 20 geht hervor, dass die Mehrzahl der Patienten keine körperlichen Veränderungen in den vergangenen 7 Tagen an sich bemerkt haben. Die befragten Patienten beantworteten Item 16 'Körperbeobachtung' mit der Aussage 'gar nicht' zu 65%.

**Abbildung 20: Verteilung Item 16 (TF): Körperbeobachtung**  
**A= Antwort**

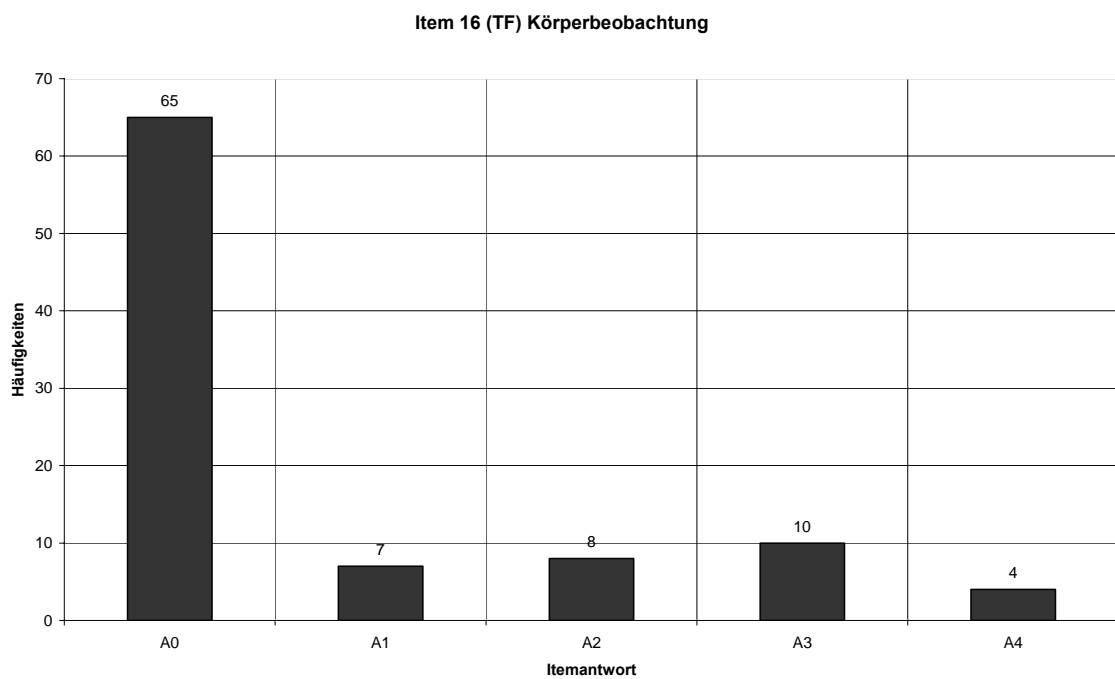
**0= gar nicht**

**1= selten**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**



Wie aus nachfolgender Abbildung ersichtlich ist, bestätigt über die Hälfte der Betroffenen, dass andere Leute ihre Beschwerden und den bestehenden Leidensdruck ernst nehmen. Wenige Patienten geben an, 'ständig' von ihrer Umwelt nicht ernst genommen zu werden.

**Abbildung 21: Verteilung Item 17 (TF): Akzeptanz der Beschwerden durch die Umwelt**

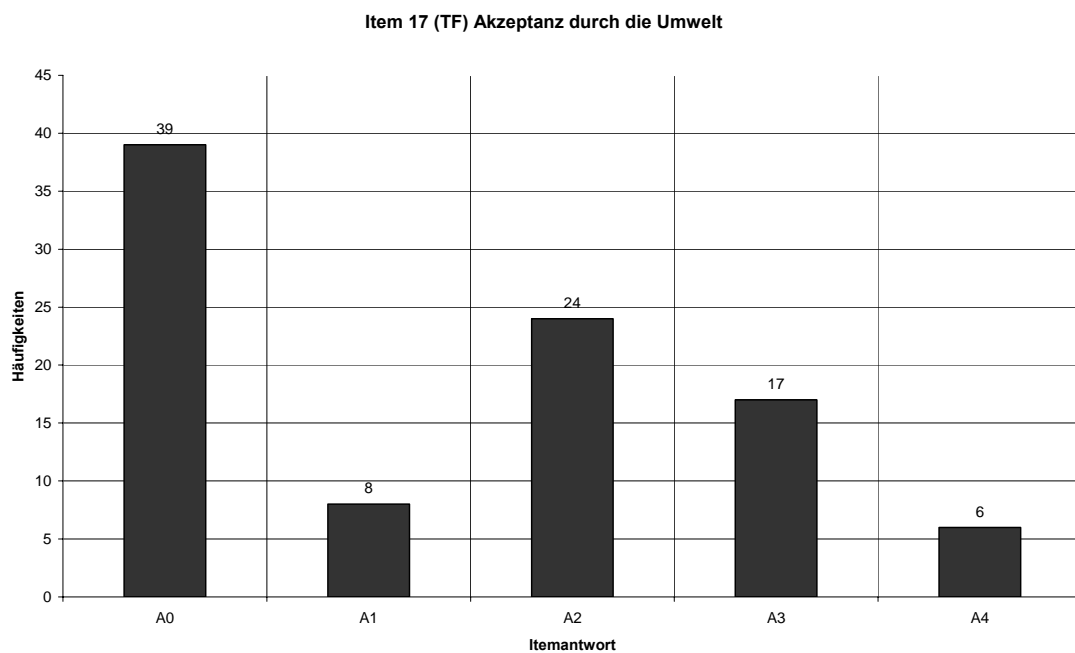
**A= Antwort**

**1= gar nicht**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**



Die meisten Patienten mit somatoformen Störungen leben in häufiger bzw. ständiger Angst und Sorge um ihre eigene Gesundheit (Abbildung 22).

**Abbildung 22: Verteilung Item 18 (TF): Gesundheits Sorgen**

**A= Antwort**

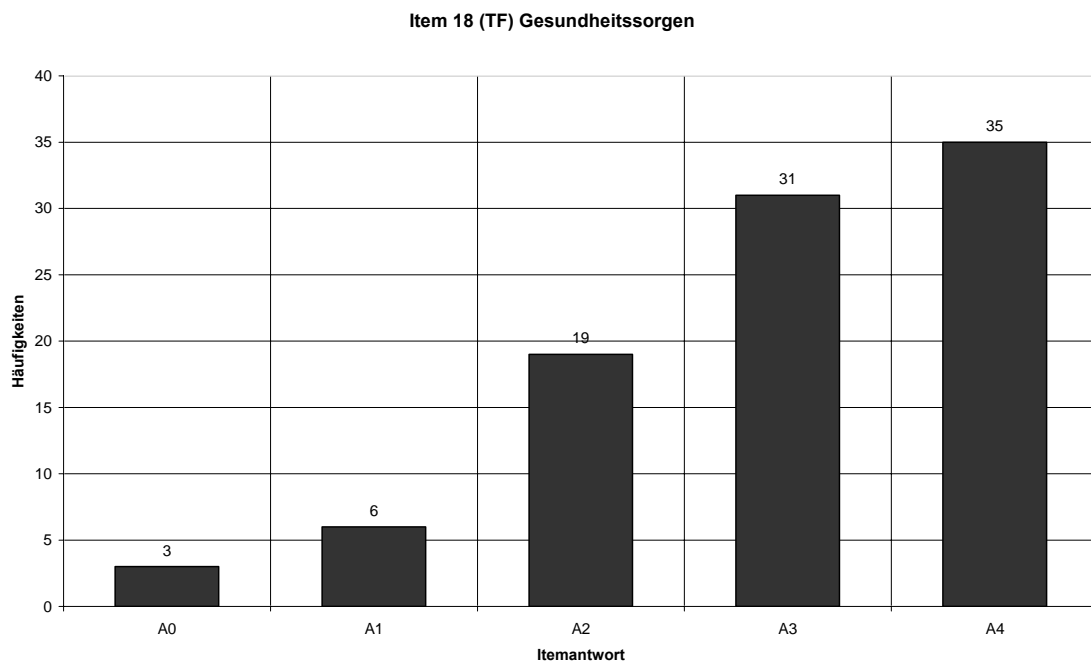
**0= gar nicht**

**1= selten**

**2= manchmal**

**3= häufig**

**4= ständig**



In der Abbildung 23 wird deutlich, dass die Mehrzahl der Patientengruppe entweder während dem Untersuchungszeitraum medikamentös versorgt wird oder keine Medikamente zur Beschwerdelinderung benötigt.

**Abbildung 23: Verteilung Item 19 (TF): Medikation**  
**A= Antwort**

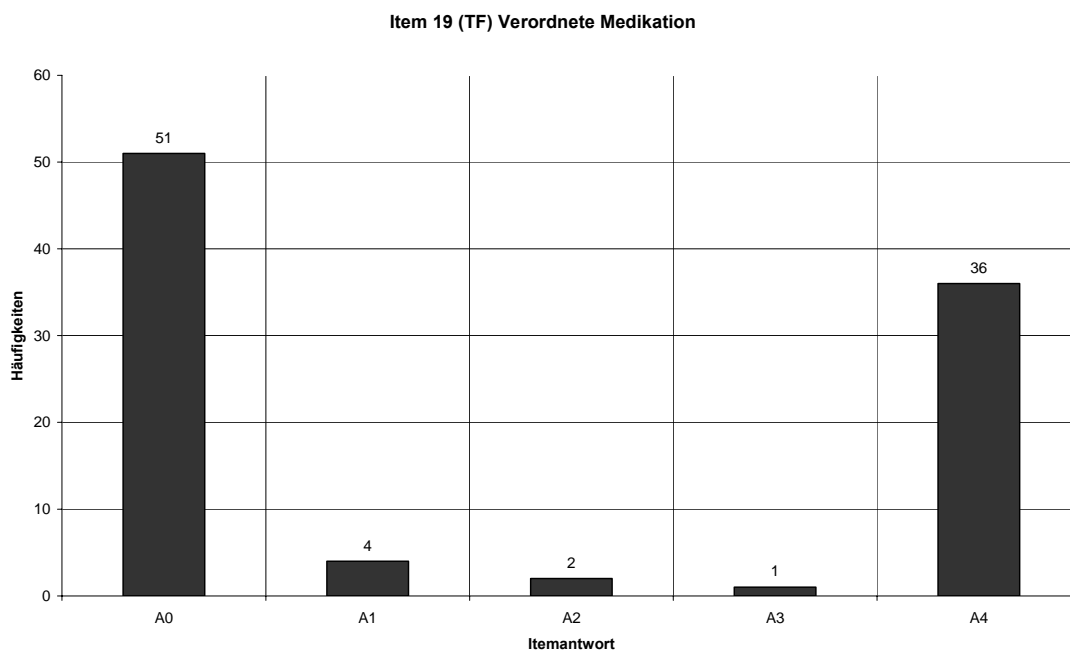
**0= gar nicht**

**1= an 1 Tag**

**2= an 2-3 Tagen**

**3= an 4-5 Tagen**

**4= an 6 oder mehr Tagen**



#### **4.2.2.1. Itemschwierigkeiten, Itemmittelwerte und Standardabweichungen des QUISS (TF)**

Die hier ermittelten Itemschwierigkeiten zeigen die gewünschte Streuung um den Wert  $p=0,498$ . Das Item 16 'Körperbeobachtung' fällt jedoch durch eine geringe Itemschwierigkeit (0,17) auf. Weiterhin liegt bei Item 16, wie der Tabelle 17 zu entnehmen ist, ein geringer Mittelwert (0,73) vor. Aufgrund des unerwünscht niedrigen Schwierigkeitsindex wird das Item 16 aus dem Fragebogen eliminiert.

**Tabelle 17: Itemschwierigkeiten, Itemmittelwerte und Standardabweichungen der Therapeutenversion (TF)**

	<b>Item</b>	<b>Item-schwierigkeit</b>	<b>Item-mittelwert</b>	<b>Standard-abweichung</b>
<b>TF 1:</b>	Gesundheitszustand	0,67	2,89	0,84
<b>TF 2a:</b>	Beschwerdeanzahl	0,51	2,90	0,78
<b>TF 2b:</b>	Anzahl der Beschwerdenbereiche	0,52	2,94	0,76
<b>TF 3:</b>	Häufigkeit der Beschwerden	0,59	3,33	0,83
<b>TF4:</b>	Stärke der Beschwerden	0,56	2,89	0,74
<b>TF 5:</b>	Einschränkung der Lebensqualität	0,61	2,73	1,03
<b>TF 6:</b>	Tage der Arbeitsunfähigkeit	0,60	2,17	1,59
<b>TF 7:</b>	Berufliche Einschränkung	0,39	3,01	1,23
<b>TF 8:</b>	Gesellschaftliche Einschränkung	0,70	2,54	1,10
<b>TF 9:</b>	Familiäre Einschränkung	0,56	2,17	1,15
<b>TF 10:</b>	Hypochondrische Befürchtung	0,43	1,95	1,45
<b>TF11:</b>	Wunsch nach weiterer Diagnostik	0,37	2,23	1,37
<b>TF 12:</b>	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	0,48	1,59	1,26
<b>TF 13:</b>	Zeit in medizinischen Behandlungen	0,41	2,03	1,28
<b>TF 14:</b>	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	0,61	1,90	1,24
<b>TF 15:</b>	Hilfsbedürftigkeit	0,53	1,40	1,35
<b>TF 16:</b>	Körperbeobachtung	0,17	0,73	1,24
<b>TF 17:</b>	Akzeptanz der Beschwerden	0,47	1,39	1,35
<b>TF 18:</b>	Gesundheitssorgen	0,52	2,95	1,06
<b>TF19:</b>	Verordnete Medikation	0,27	1,65	1,92

#### **4.2.3. Häufigkeitsverteilung der Items der Patientenversion (PF) des QUISS**

Bei der Patientenversion (PF) konnte eine der QUISS- Therapeutenversion sehr ähnliche Häufigkeitsverteilung der einzelnen Items festgestellt werden. Aus diesem Grund wird in den folgenden Ausführungen auf die graphische Darbietung jedes einzelnen Items der Patientenversion verzichtet.

Die Analyse der intraindividuellen Messunterschiede für den Gesamtsummenscore zwischen der Therapeuten- und der Patientenversion des QUISS ergab einen Spearman-Korrelationskoeffizient von  $r = 0,88$  ( $p < 0,0001$ ), was auf einen hohen korrelativen Zusammenhang schließen lässt.

In Tabelle 18 sind für jedes einzelne Item die Itemschwierigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen aufgezeigt. Hier fällt das Item 16 durch eine höhere Itemschwierigkeit (0,32) und höheren Itemmittelwert (1,54) als im QUISS-TF auf. Es wurde auch dieser



Fragebogenversion entfernt, denn es macht bei den miteinander verknüpften Fragebögen (QUISS-PF/-TF) keinen Sinn, eine Frage nur in einer Version zu eliminieren (keine Vergleichsmöglichkeit).

**Tabelle 18: Itemschwierigkeiten, Itemmittelwerte und Standardabweichungen der Patientenversion (PF) und Korrelation mit der Therapeutenversion (TF)**

Item		Item-schwierigkeit	Item-mittelwert	Standard-abweichung	Korrelation mit TF
PF 1:	Gesundheitszustand	0,63	2,88	0,88	0,79
PF 2a:	Beschwerdeanzahl	0,34	2,80	0,93	0,81
PF 2b:	Anzahl Beschwerdenbereiche	0,37	2,88	0,82	0,88
PF 3:	Häufigkeit der Beschwerden	0,51	3,13	0,81	0,65
PF 4:	Stärke der Beschwerden	0,58	2,84	0,73	0,72
PF 5:	Einschränkung der Lebensqualität	0,63	2,76	0,89	0,68
PF 6:	Tage der Arbeitsunfähigkeit	0,54	2,11	1,49	0,75
PF 7:	Berufliche Einschränkung	0,58	2,86	1,14	0,61
PF 8:	Soziale Einschränkung	0,76	2,56	1,10	0,79
PF 9:	Familiäre Einschränkung	0,60	2,30	1,23	0,70
PF 10:	Hypochondrische Befürchtung	0,56	2,12	1,33	0,77
PF 11:	Wunsch nach weiterer Diagnostik	0,44	2,03	1,34	0,69
PF 12:	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	0,51	2,06	1,29	0,64
PF 13:	Zeit in medizinischen Behandlungen	0,40	2,13	1,37	0,71
PF 14:	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	0,45	2,01	1,18	0,63
PF 15:	Hilfsbedürftigkeit	0,53	1,40	1,24	0,79
PF 16:	Körperbeobachtung	0,32	1,54	1,44	0,47
PF 17:	Akzeptanz der Beschwerden	0,56	1,70	1,26	0,54
PF 18:	Gesundheitssorgen	0,62	3,04	0,98	0,75
PF 19:	Verordnete Medikation	0,20	2,02	1,83	0,71

#### 4.2.4. Cronbachs alpha der Therapeutenversion (TF) des QUISS bei Ausschluss

Die Datenerhebung für die Reliabilitäts- und Itemanalyse der Therapeutenversion erfolgte an 94 Patienten. Für die Gesamtskala der Therapeutenversion (TF) des QUISS konnte ein Cronbachs alpha von 0,87 errechnet werden (siehe Tabelle 19).

In Tabelle 19 sind die Ergebnisse der Reliabilitäts- und Itemanalyse der QUISS Therapeutenversion dargestellt.

In den ersten beiden Spalten ist angegeben, wie sich der Mittelwert und die Varianz der Skala (also der Summe dieser Items) veränderten, wenn das entsprechende Item nicht mit in die Skala aufgenommen werden würde. In der dritten Spalte ist die Standardabweichung bei Ausschluss ohne das entsprechende Item aufgeführt. Die Itemschwierigkeit, das multiple R-Quadrat für jedes Item sowie Cronbachs alpha bei Ausschluss, ist in den darauf folgenden

Spalten angegeben. Das quadrierte multiple R, Maßzahl für den Zusammenhang zwischen allen abhängigen Variablen (Kriterium) und unabhängigen Variablen (Prädiktoren), gibt hier an, wie stark sich beide Variablen statistisch gegenseitig bedingen und wechselseitig erklären.

Bei Elimination des Item 16 aufgrund der geringen Itemschwierigkeit (0,17) erhöht sich im Mittel Cronbachs alpha von 0,87 auf 0,88. Man sollte jedoch beachten, dass durch Verringerung der Itemanzahl die Zuverlässigkeit der Skala schwinden kann.

Wie Tabelle 19 zu entnehmen ist liegen die errechneten Werte für das quadrierte multiple R zwischen 0,24 und 0,72, was als gut zu betrachten ist. Der Mittelwert der Korrelationsmatrix liegt bei 0,29.

**Tabelle 19: Ergebnisse der Reliabilitäts- und Itemanalyse der Therapeutenversion (TF) des QUISS**

	Item	Mittelwert bei Ausschluss	Varianz bei Ausschluss	Standardabweichung bei Ausschluss	Itemschwierigkeit	Quadr. multp. R	Cronbachs $\alpha$ bei Ausschluss
TF 1:	Gesundheitszustand	42,6	154	12,4	0,67	0,63	0,86
TF 2a:	Beschwerdeanzahl	42,6	157	12,5	0,51	0,57	0,86
TF 2b:	Anzahl der Beschwerdenbereiche	42,6	157	12,5	0,52	0,58	0,86
TF 3:	Häufigkeit der Beschwerden	42,2	155	12,5	0,59	0,57	0,86
TF4:	Stärke der Beschwerden	42,7	157	12,5	0,56	0,52	0,86
TF 5:	Einschränkung der Lebensqualität	42,8	152	12,3	0,61	0,72	0,86
TF 6:	Tage der Arbeitsunfähigkeit	43,4	143	12,0	0,60	0,56	0,86
TF 7:	Berufliche Einschränkung	42,5	155	12,4	0,39	0,36	0,87
TF 8:	Gesellschaftliche Einschränkung	43,0	148	12,2	0,70	0,71	0,86
TF 9:	Familiäre Einschränkung	43,4	151	12,3	0,56	0,46	0,86
TF 10:	Hypochondrische Befürchtung	43,6	150	12,3	0,43	0,47	0,87
TF 11:	Wunsch nach weiterer Diagnostik	43,3	154	12,4	0,37	0,41	0,87
TF 12:	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	44,0	151	12,3	0,48	0,49	0,86
TF 13:	Zeit in medizinischen Behandlungen	43,5	153	12,4	0,41	0,35	0,87
TF 14:	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	43,6	148	12,2	0,61	0,57	0,86
TF 15:	Hilfsbedürftigkeit	44,1	149	12,2	0,53	0,51	0,86
TF 16:	Körperbeobachtung	44,8	161	12,7	0,17	0,24	0,88
TF 17:	Akzeptanz der Beschwerden	44,2	151	12,3	0,47	0,39	0,86
TF 18:	Gesundheitssorgen	42,6	153	12,4	0,52	0,48	0,86
TF 19:	Verordnete Medikation	43,9	151	12,3	0,27	0,33	0,88

#### **4.2.5. Cronbachs alpha der Patientenversion (PF) des QUISS bei Ausschluss**

Für die Reliabilitäts- und Itemanalyse wurden 90 Patienten mit somatoformen Störungen rekrutiert. Für die Gesamtskala konnte ein Cronbachs alpha von 0,88 für die Patientenversion errechnet werden. Der Tabelle 20 sind die wichtigsten Daten der Statistik für QUISS-PF zu entnehmen. Die Anordnung und Aussage der Spalten entspricht den Angaben in Kapitel 4.2.4. Wie in der Therapeutenversion hat das Item 16 eine wesentlich geringere Itemschwierigkeit (0,32) als die anderen Items. Auffällig wurde Item 19, das nur einen Wert von 0,20 für die Itemschwierigkeit aufweisen konnte. Bei Elimination dieser Items aus der Skala bliebe Cronbachs alpha unverändert 0,88 (Item 16), während sich Item 19 nur unwesentlich erhöhen würde. Deshalb wird Item 19 nicht eliminiert.

Die errechneten Werte für das quadrierte multiple R sind zwischen 0,28 und 0,79 angesiedelt, was als gut zu bezeichnen ist.

Für die Patientenversion des QUISS liegt der Mittelwert der Korrelationsmatrix bei 0,30.

**Tabelle 20: Ergebnisse der Reliabilitäts- und Itemanalyse der Patientenversion (PF) des QUISS**

Item		Mittelwert bei Ausschluss	Varianz bei Ausschluss	Standardabweichung bei Ausschluss	Itemschwierigkeit	Quadr. multp. R	Cronbachs $\alpha$ bei Ausschluss
PF 1:	Gesundheitszustand	44,4	154	12,4	0,63	0,64	0,87
PF 2a:	Beschwerdeanzahl	44,5	160	12,6	0,34	0,74	0,88
PF 2b:	Anzahl Beschwerdenbereiche	44,4	160	12,7	0,37	0,75	0,87
PF 3:	Häufigkeit der Beschwerden	44,1	158	12,6	0,51	0,56	0,87
PF 4:	Stärke der Beschwerden	44,4	158	12,6	0,58	0,63	0,87
PF 5:	Einschränkung der Lebensqualität	44,5	154	12,4	0,63	0,70	0,87
PF 6:	Tage der Arbeitsunfähigkeit	45,1	147	12,1	0,54	0,60	0,87
PF 7:	Berufliche Einschränkung	44,4	151	12,3	0,58	0,55	0,87
PF 8:	Soziale Einschränkung	44,7	147	12,1	0,76	0,79	0,86
PF 9:	Familiäre Einschränkung	45,0	149	12,2	0,60	0,61	0,87
PF 10:	Hyocondrische Befürchtung	45,1	149	12,2	0,56	0,59	0,87
PF 11:	Wunsch nach weiterer Diagnostik	45,2	153	12,4	0,44	0,49	0,87
PF 12:	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	45,2	151	12,3	0,51	0,51	0,87
PF 13:	Zeit in medizinischen Behandlungen	45,1	154	12,4	0,40	0,33	0,87
PF 14:	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	45,3	154	12,4	0,45	0,45	0,87
PF 15:	Hilfsbedürftigkeit	45,9	151	12,3	0,53	0,48	0,87
PF 16:	Körperbeobachtung	45,8	156	12,5	0,32	0,28	0,88
PF 17:	Akzeptanz der Beschwerden	45,6	150	12,3	0,56	0,46	0,87
PF 18:	Gesundheitssorgen	44,2	153	12,4	0,62	0,54	0,87
PF 19:	Verordnete Medikation	45,2	156	12,5	0,20	0,35	0,89

#### 4.2.6. Eliminierung von Items

Aufgrund der geringen Itemschwierigkeit ( $<0,2$ ) wurde Item 16 (Körperbeobachtung) aus QUISS eliminiert. Die Itemschwierigkeit für QUISS-TF beträgt 0,17, für den Patientenfragebogen (PF) 0,32.

Die Reliabilität lässt sich bei Ausschluss des Items 16 in der TF-Fragebogenversionen auf 0,88 steigern, in der PF-Version bleibt sie unverändert (0,88).

#### 4.2.7. Reliabilitäts- und Itemanalyse nach Itemselektion

Da Item 16 ausgeschlossen wird, taucht es in der Itemliste und den nachfolgenden Berechnungen nicht mehr auf. In Tabelle 22 sind die Ergebnisse der Untersuchung nach Itemausschluss für die Therapeutenversion dargestellt, für die ein Cronbachs alpha von 0,88 ermittelt werden konnte. Der Mittelwert der Korrelationsmatrix liegt bei 0,31 und damit im Vergleich höher zu der unveränderten Fassung der Therapeutenversion des QUISS (0,29).

Die Resultate der Patientenversion des QUISS sind in Tabelle 24 aufgeführt. Für Cronbachs alpha konnte ein Wert von 0,88 ermittelt werden. Der Mittelwert der Korrelationsmatrix ergab ebenfalls wie im QUISS-TF einen Wert von 0,31.

Die deskriptiven Statistiken der QUISS-TF- und PF-Versionen nach Itemselektion sind den Tabellen 21 und 23 zu entnehmen.

**Tabelle 21: Deskriptive Statistik nach Itemselektion für die Therapeutenversion (TF) des QUISS**

Deskriptive Statistik nach Itemselektion						
	Gült. n	Mittelwert	Minimum	Maximum	Varianz	Standardabweichung
TF-SC	94	43,7	0	71	201,7	14,2

**Tabelle 22: Ergebnisse der Reliabilitäts- und Itemanalyse der Therapeutenversion (TF) des QUISS nach Itemelimination**

Item		Mittelwert bei Ausschluss	Varianz bei Ausschluss	Standardabweichung bei Ausschluss	Itemschwierigkeit bei Ausschluss	Quadr. Multiples R	Cronbachs $\alpha$ bei Ausschluss
<b>TF 1</b>	Gesundheitszustand	41,91	147,37	12,14	0,66	0,62	0,87
<b>TF 2a</b>	Beschwerdeanzahl	41,91	150,94	12,29	0,50	0,56	0,87
<b>TF 2b</b>	Anzahl der Beschwerdenbereiche	41,88	150,99	12,29	0,51	0,58	0,87
<b>TF 3</b>	Häufigkeit der Beschwerden	41,48	148,29	12,18	0,60	0,57	0,87
<b>TF4</b>	Stärke der Beschwerden	41,94	150,10	12,25	0,57	0,51	0,87
<b>TF 5</b>	Einschränkung der Lebensqualität	42,08	144,93	12,04	0,62	0,72	0,87
<b>TF 6</b>	Tage der Arbeitsunfähigkeit	42,63	136,25	11,67	0,61	0,56	0,86
<b>TF 7</b>	Berufliche Einschränkung	41,78	148,30	12,18	0,39	0,36	0,87
<b>TF 8</b>	Gesellschaftliche Einschränkung	42,29	141,39	11,89	0,71	0,71	0,86
<b>TF 9</b>	Familiäre Einschränkung	42,63	144,36	12,02	0,57	0,46	0,87
<b>TF 10</b>	Hypochondrische Befürchtung	42,87	144,05	12,00	0,43	0,47	0,87
<b>TF11</b>	Wunsch nach weiterer Diagnostik	42,60	146,91	12,12	0,37	0,41	0,87
<b>TF 12</b>	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	43,24	145,66	12,07	0,46	0,43	0,87
<b>TF 13</b>	Zeit in medizinischen Behandlungen	42,81	146,65	12,11	0,41	0,35	0,87
<b>TF 14</b>	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	42,91	141,50	11,90	0,61	0,57	0,86
<b>TF 15</b>	Hilfsbedürftigkeit	43,41	142,05	11,92	0,54	0,49	0,87
<b>TF 17</b>	Akzeptanz der Beschwerden	43,44	143,84	11,99	0,47	0,39	0,87
<b>TF 18</b>	Gesundheits Sorgen	41,87	146,52	12,10	0,52	0,48	0,87
<b>TF19</b>	Verordnete Medikation	43,20	144,83	12,03	0,28	0,33	0,88

**Tabelle 23: Deskriptive Statistik nach Itemselektion für die Patientenversion (PF) des QUISS**

Deskriptive Statistik nach Itemselektion						
	Gült. n	Mittelwert	Minimum	Maximum	Varianz	Standardabweichung
<b>PF-SC</b>	90	42,8	96	71	270,5	16,4

**Tabelle 24: Ergebnisse der Reliabilitäts- und Itemanalyse der Patientenversion (PF) des QUISS nach der Itemelimination**

	Item	Mittelwert bei Ausschluss	Varianz bei Ausschluss	Standardabweichung bei Ausschluss	Itemschwierigkeit bei Ausschluss	Quadr. Multiples R	Cronbachs $\alpha$ bei Ausschluss
<b>PF 1</b>	Gesundheitszustand	42,9	141	11,9	0,63	0,64	0,87
<b>PF 2a</b>	Beschwerdeanzahl	42,9	147	12,1	0,34	0,74	0,88
<b>PF 2b</b>	Anzahl Beschwerdenbereiche	42,9	148	12,1	0,37	0,75	0,88
<b>PF 3</b>	Häufigkeit der Beschwerden	42,6	145	12,0	0,52	0,56	0,87
<b>PF 4</b>	Stärke der Beschwerden	42,9	145	12,0	0,59	0,63	0,87
<b>PF 5</b>	Einschränkung der Lebensqualität	43,0	141	11,9	0,65	0,70	0,87
<b>PF 6</b>	Tage der Arbeitsunfähigkeit	43,6	134	11,6	0,56	0,60	0,87
<b>PF 7</b>	Berufliche Einschränkung	42,9	139	11,8	0,58	0,54	0,87
<b>PF 8</b>	Soziale Einschränkung	43,2	135	11,6	0,77	0,79	0,86
<b>PF 9</b>	Familiäre Einschränkung	43,4	137	11,7	0,61	0,61	0,87
<b>PF 10</b>	Hochchondrische Befürchtung	43,6	137	11,7	0,54	0,56	0,87
<b>PF 11</b>	Wunsch nach weiterer Diagnostik	43,7	140	11,8	0,44	0,49	0,87
<b>PF 12</b>	Wunsch nach ärztlicher Betreuung	43,7	139	11,8	0,50	0,50	0,87
<b>PF 13</b>	Zeit in medizinischen Behandlungen	43,6	141	11,9	0,39	0,32	0,88
<b>PF 14</b>	Vertrauen in die ärztliche Diagnose	43,7	142	11,9	0,45	0,44	0,87
<b>PF 15</b>	Hilfsbedürftigkeit	44,3	138	11,8	0,54	0,47	0,87
<b>PF 17</b>	Akzeptanz der Beschwerden	44,1	138	11,7	0,55	0,44	0,87
<b>PF 18</b>	Gesundheits Sorgen	42,7	140	11,8	0,63	0,51	0,87
<b>PF 19</b>	Verordnete Medikation	43,7	144	12,0	0,19	0,35	0,89

In der nachfolgenden Tabelle 25 ist die Korrelationsmatrix des Therapeutenfragebogens nach Itemelimination (Item 16) dargestellt.

**Tabelle 25: Korrelationsmatrix der Items des QUISS-TF unter Ausschluss von Item 16**

Korrelationsmatrix des TF des QUISS unter Ausschluss von Item 16																			
	TF1	TF2a	TF2b	TF3	TF4	TF5	TF6	TF7	TF8	TF9	TF10	TF11	TF12	TF13	TF14	TF15	TF17	TF18	TF19
TF 1	1	0,25	0,34	0,58	0,58	0,63	0,44	0,34	0,6	0,39	0,21	0,19	0,46	0,24	0,4	0,34	0,32	0,48	0,25
TF 2a	0,25	1	0,64	0,22	0,23	0,23	0,24	0,23	0,36	0,38	0,35	0,21	0,29	0,33	0,37	0,42	0,2	0,26	0,14
TF 2b	0,34	0,64	1	0,19	0,22	0,28	0,25	0,13	0,34	0,38	0,3	0,24	0,38	0,27	0,31	0,4	0,35	0,08	0,27
TF 3	0,58	0,22	0,19	1	0,54	0,61	0,55	0,23	0,58	0,33	0,2	0,27	0,29	0,34	0,37	0,31	0,26	0,44	0,13
TF 4	0,58	0,23	0,22	0,54	1	0,6	0,4	0,22	0,52	0,28	0,2	0,26	0,32	0,25	0,31	0,33	0,18	0,37	0,29
TF 5	0,63	0,23	0,28	0,61	0,6	1	0,58	0,36	0,73	0,49	0,09	0,08	0,24	0,16	0,28	0,51	0,31	0,4	0,15
TF 6	0,44	0,24	0,25	0,55	0,4	0,58	1	0,4	0,65	0,38	0,13	0,09	0,2	0,35	0,32	0,46	0,36	0,42	0,23
TF 7	0,34	0,23	0,13	0,23	0,22	0,36	0,4	1	0,49	0,4	0,14	0,02	0,07	0,2	0,24	0,25	0,25	0,37	-0,04
TF 8	0,6	0,36	0,34	0,58	0,52	0,73	0,65	0,49	1	0,55	0,17	0,1	0,22	0,32	0,35	0,48	0,35	0,47	0,25
TF 9	0,39	0,38	0,38	0,33	0,28	0,49	0,38	0,4	0,55	1	0,28	0,19	0,18	0,31	0,29	0,41	0,37	0,34	0,1
TF 10	0,21	0,35	0,3	0,2	0,2	0,09	0,13	0,14	0,17	0,28	1	0,48	0,23	0,21	0,59	0,16	0,29	0,3	0,17
TF 11	0,19	0,21	0,24	0,27	0,26	0,08	0,09	0,02	0,1	0,19	0,48	1	0,4	0,17	0,44	0,08	0,25	0,22	0,19
TF 12	0,46	0,29	0,38	0,29	0,32	0,24	0,2	0,07	0,22	0,18	0,23	0,4	1	0,2	0,34	0,32	0,18	0,34	0,24
TF 13	0,24	0,33	0,27	0,34	0,25	0,16	0,35	0,2	0,32	0,31	0,21	0,17	0,2	1	0,39	0,16	0,27	0,34	0
TF 14	0,4	0,37	0,31	0,37	0,31	0,28	0,32	0,24	0,35	0,29	0,59	0,44	0,34	0,39	1	0,24	0,48	0,41	0,17
TF 15	0,34	0,42	0,4	0,31	0,33	0,51	0,46	0,25	0,48	0,41	0,16	0,08	0,32	0,16	0,24	1	0,3	0,19	0,35
TF 17	0,32	0,2	0,35	0,26	0,18	0,31	0,36	0,25	0,35	0,37	0,29	0,25	0,18	0,27	0,48	0,3	1	0,18	0,09
TF 18	0,48	0,26	0,08	0,44	0,37	0,4	0,42	0,37	0,47	0,34	0,3	0,22	0,34	0,34	0,41	0,19	0,18	1	0,02
TF 19	0,25	0,14	0,27	0,13	0,29	0,15	0,23	-0,04	0,25	0,1	0,17	0,19	0,24	0	0,17	0,35	0,09	0,02	1

#### 4.3. Objektivität des QUISS

Eindeutige Intervieweranweisungen und die Verständlichkeit des Fragebogens (QUISS) konnten eine hohe Durchführungsobjektivität bei der Patientenbefragung durch Vermeidung von Interviewer- und Reihenfolgeeffekten sichern.

Eine hohe Auswertungsobjektivität wurde durch die Vermeidung von offenen Fragen und die einfache Umwandlung der verbalen Antwortmöglichkeiten in ein Antwortschema erreicht.

Die Auswertungsobjektivität wurde mit Hilfe der Spearman-Rangkorrelation ermittelt und ergab eine signifikante Korrelation zwischen den Ergebnissen der Interrater- und Test-Retest-Version des Therapeutenfragebogens ( $r = 0,87$ ;  $p < 0,05$ ).

Im QUISS ist die Interpretationsobjektivität gegeben, da hier der Interpretationsspielraum der Untersucher eingegrenzt und die Interpretation vor dem Hintergrund eines explizierten theoretischen Modells erfolgt ist.

Die Interrater-Reliabilität wurde an 25 Patienten mit somatoformen Störungen durch zwei Untersucher unabhängig und zeitnah voneinander erhoben.



Für die Spearmans-Rangkorrelation zwischen der Interrater- und der Therapeuten-Version des QUISS konnte ein Korrelationskoeffizient von  $r= 0,89$  ( $p<0,05$ ) ermittelt werden. Das Ergebnis belegt eine gute Interrater-Reliabilität des QUISS bei der Einschätzung von Patienten mit somatoformen Störungen durch die Interviewer.

#### 4.4. Spearman-Korrelation des QUISS-PF mit dem Summenscore des QUISS-TF

Jedes einzelne Item der Patientenversion (PF) des QUISS wurde mit dem Summenscore der Therapeutenversion (TF) korreliert, was in Tabelle 26 dargestellt ist. Alle Korrelationskoeffizienten sind in einem engen Bereich zwischen 0,61 und 0,88 angesiedelt, was auf einen hohen korrelativen Zusammenhang zurückzuführen ist. Für Item 16 konnte nur eine geringe Korrelation ( $r= 0,47$ ;  $p<0,05$ ) zwischen den Variablen innerhalb der Gruppe der somatoformen Stichprobe gefunden werden.

**Tabelle 26: Signifikante Spearman-Korrelation einzelner Items des QUISS-PF mit dem Summenscore des QUISS-TF**

Item	Spearman-Korrelation
PF1: Gesundheitszustand	0,79
PF2a:Beschwerdeanzahl	0,81
PF2b:Anzahl der Beschwerdenbereiche	0,88
PF3:Häufigkeit der Beschwerden	0,65
PF4: Stärke der Beschwerden	0,72
PF5:Einschränkung der Lebensqualität	0,68
PF6:Tage der Arbeitsunfähigkeit	0,75
PF7:Berufliche Einschränkung	0,61
PF8:Gesellschaftliche Einschränkung	0,79
PF9:Familiäre Einschränkung	0,70
PF10:Hypochondrische Befürchtung	0,77
PF11:Wunsch nach weiterer Diagnostik	0,69
PF12:Wunsch nach ärztlicher Betreuung	0,64
PF13:Zeit in medizinischen Behandlungen	0,71
PF14:Vertrauen in die ärztliche Diagnose	0,63
PF15: Hilfsbedürftigkeit	0,79
PF16: Körperbeobachtung	0,47
PF17: Akzeptanz der Beschwerden	0,54
PF18: Gesundheitssorgen	0,75
PF19: Verordnete Medikation	0,71

Die Spearman-Korrelationen sind signifikant ab  $p<0,05$

#### 4.5. Akzeptanz des QUISS durch den Patienten

Nach jedem Interview wurden die Untersuchten (96) zur Praktikabilität des Fragebogens befragt. Insgesamt zeigte sich eine gute Akzeptanz des Fragebogens durch die Patienten. Die Zeitdauer für das Interview durch den Experten war sehr variabel; sie betrug durchschnittlich 15 Minuten.

#### 4.6. Externe Validität des QUISS

Der Patientenfragebogen des QUISS liegt von 90, der Therapeutenfragebogen von 94 Patienten zur Datenerhebung vor. SOMS, ein Screening-Fragebogenverfahren für somatoforme Störungen, konnte von 57 Patienten und der Whiteley-Index (WI), ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von hypochondrischen Ängsten und Überzeugungen, von 57 Untersuchten erhoben werden. Zur Auswertung stand ebenfalls der Clinical Global Impression (CGI) von 88 Patienten zur Verfügung. Die Tabelle 27 präsentiert die die Spearman-Korrelationen zwischen den verschiedensten Variablen innerhalb der Gruppe der somatoformen Stichprobe und anderen Fragebogenverfahren. Wie erwartet konnte die höchste Korrelation von  $r = 0,88$ ;  $p < 0,0001$  zwischen der Therapeuten- und der Patientenversion des QUISS gefunden werden. Eine mittlere Korrelation von  $r = 0,54$  bzw.  $0,46$ ;  $p < 0,05$  konnte für den Zusammenhang zwischen QUISS (TF / PF) und SOMS herausgearbeitet werden. Die verbleibenden Korrelationskoeffizienten liegen in einer engen Spanne zwischen  $0,37$  und  $0,49$ , sind also nur gering miteinander korreliert (Tabelle 27). Behandelnde Ärzte und Interviewer stimmten in ihrer Bewertung des Patienten (CGI) mäßig überein ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,0001$ ). Eine mittlere Korrelation konnte sowohl zwischen QUISS-PF und CGI ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,0001$ ) als auch zwischen dem störungsunspezifischen Hypochondriefragebogen (WI) und QUISS (TF/PF) ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,05$  bzw.  $0,44$ ;  $p < 0,01$ ) herausgearbeitet werden.

**Tabelle 27: Spearman-Korrelationen der verschiedenen Skalen bei Patienten mit somatoformen Störungen**

Validität-Korrelation mit anderen Skalen inklusive Item 16					
	WI	SOMS	TF	PF	CGI
TF	0,37*	0,54*	-	0,88****	0,49****
PF	0,44**	0,46*	0,88****	-	0,47****
SOMS	0,41****	-	0,54*	0,46*	0,18°
WI	-	0,41****	0,37*	0,44**	0,02°

Anmwerkung: \*\*\*\* =  $p < 0,0001$  \* =  $p < 0,05$   
 \*\*\* =  $p < 0,001$  ° = nicht signifikant  
 \*\* =  $p < 0,01$

In Tabelle 28 sind Mittelwerte für die verschiedenen Fragebogenverfahren bei Patienten mit somatoformen Störungen aufgelistet. Die Probandenstichprobe erreichte in der Patientenversion des QUISS im Mittel  $47,2 \pm 13$  von maximal 76 Punkten, der Therapeutenversion  $45,4 \pm 13,1$  Punkte. Dies entspricht Durchschnittswerten im oberen Mittelbereich. Entsprechend erreichten die untersuchten Patienten im SOMS-7T einen Mittelwert von  $52,3 \pm 7,2$  von 84 maximal erreichbaren Punkten und sind somit ebenfalls im Mittelbereich angesiedelt. Die Ergebnisse des Whiteley-Index waren mit  $20,7 \pm 2,9$  von maximal 28 Punkten im oberen Bereich.

**Tabelle 28: Mittelwerte für die verschiedenen Fragebogenverfahren bei Patienten mit somatoformen Störungen; SC= Summenscore**

Deskriptive Statistik			
	Maximale Punktzahl	Standardabweichung	Mittelwerte
<b>PF-SC</b> 90 Fragebögen	76	13,0	47,2
<b>TF-SC</b> 94 Fragebögen	76	13,1	45,4
<b>WI-SC</b> 57 Fragebögen	28	2,9	20,7
<b>SOMS-SC</b> 57 Fragebögen	84	7,17	52,3

## 5. Diskussion

Die sozioökonomische Bedeutung somatoformer Störungen, einer Erkrankung, die sich in der Darbietung dauerhafter und häufig wechselnder körperlicher Beschwerden ohne objektivierbare Untersuchungsbefunde charakterisiert, ist immens und hat einigen Untersuchungen zufolge einen wesentlichen Anteil an den Ausgaben der Gesundheitssysteme (Hiller et al. 2003, Stahl 2003).

Da die Patienten eine psychische Genese in den meisten Fällen nicht als Erklärung in Betracht ziehen und oftmals sogar ablehnen, befinden sie sich in der Regel nicht in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer, sondern eher in allgemeinärztlicher Behandlung oder in der von somatischen Fachärzten wie Internisten, Neurologen, HNO-Ärzten oder auch Homöopathen (Escobar et al. 1987 b, 2002). Daraus ergeben sich nicht adäquate Therapieansätze mit konservativen (z.B. Physiotherapie, Massagen, etc.) oder pharmakologischen Mitteln, die den Leidensdruck und die Symptome meistens nur geringfügig beeinflussen. Zudem führt dies über längere Dauer zu einer potentiellen Verstärkung des Störungsverhaltens und abnehmendem Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit. Betroffene erfahren hierdurch zunehmend weniger Verständnis durch ihr ratloses, überfordertes soziales Umfeld. Einschränkungen in Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität ziehen nicht selten ein Rentenbegehren nach sich.

Die Einführung des Konzepts der somatoformen Störungen im DSM-III (APA 1980) begann zunächst zögerlich, in den letzten Jahren aber zunehmend, da das Interesse für psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsstudien in diesem Bereich zugenommen hat. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind in der Behandlung somatoformer Störungen empfohlen. Mit zunehmender Anzahl positiver Studien steigt auch die empirische Evidenz für die Wirksamkeit bestimmter psychopharmakologischer Substanzen. Mehrere Pharmaka befinden sich aktuell in der klinischen Prüfung.

Die Zuverlässigkeit von Daten aus solchen klinisch-pharmakologischen und psychotherapeutischen Prüfungen ist jedoch in erheblichem Maß durch die Auswahl geeigneter primärer Zielparameter mitbestimmt. Zurückliegende Untersuchungen haben unterschiedliche, in ihrer Spezifität für somatoforme Störungen zweifelhafte Skalen zur Ermittlung des Schweregrades bzw. des Verlaufs somatoformer Störungen verwendet (Hiller und Janca 2003). In den meisten Fällen sind dies zum einen Instrumente, die eine Vielzahl von Beschwerden messen, die nur in geringem Masse deckungsgleich mit den diagnostischen Kriterien dieser Störungsgruppe sind oder die zum anderen diese nur unvollständig abbilden, also nicht kompatibel mit den Klassifikationssystemen ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) sind (Hiller und Janca 2003).

Insbesondere steht momentan noch keine Schweregradskala zur Verfügung, die neben der reinen Anzahl und Ausprägung somatoformer Symptome, Störungs- bzw. Schweregradspezifische Domänen somatoformer Störungen erfasst, wie dies von anderen Arbeitsgruppen zur Messung des Therapieerfolges vorgeschlagen wurde (Rief und Sharpe 2004). Für die Zuverlässigkeit von Behandlungsstudien liegt es nahe, dass das alleinige Aufzählen von vorhandenen Symptomen und deren Ausprägung über einen definierten Zeitraum nicht ausreicht, um Schwere und Veränderung der Störung zu erfassen. Hierzu gehören vielmehr zusätzliche störungsspezifische Variablen, die bestimmte Domänen von Wahrnehmung, Kognition und störungsspezifischen Verhalten gemeinsam mit durch diese Domänen und Symptome beeinflusste Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen umfassen.

Das Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome, QUISS, stellt eine neue Schweregradskala für somatoforme Störungen dar, die diese Kriterien bzw. Domänen mit einbezieht und als geeignetes Untersuchungsinstrument für Therapie- und Verlaufsuntersuchung etabliert würde. In der Weiterführung der Arbeit von Fentzahn (unveröffentlichte Dissertation 2002) wurden in der vorliegenden Arbeit zusätzliche Untersuchungen zur Reliabilität und Objektivität des QUISS durchgeführt. Bereits von Fentzahn (2002) konnte gezeigt werden, dass diese neue Skala Patienten mit einer somatoformen Störung von Vergleichsgruppen mit einer Major Depression und (mit Einschränkungen) einer Panikstörung unterscheiden kann. Die bereits hier erfolgte Erfassung von Daten mit einer Selbst- und einer Fremdrating-Skala (Patienten- und Therapeutenfassung, QUISS-PF und QUISS-TF) wurde gewählt, um in dieser Patientengruppe erfahrungsgemäß häufige Tendenzen der Symptom-Aggravierung und Dissimulation zu sondieren.

In der initialen Fassung des QUISS (22 Items) wurden 3 Items aufgrund niedriger Reliabilität eliminiert und mit der Faktorenanalyse die Homogenität der Skala bestätigt (Fentzahn 2002).

Die gute Akzeptanz und einfache Anwendung der Skala zeigte sich schon in der Pilotstudie (Fentzahn 2002). QUISS ist für den Patienten gut verständlich, erfordert eine Bearbeitungszeit von etwa 20 Minuten und unterscheidet sich daher schon hier von einigen häufig bei diesem Störungsbild angewendeten Messinstrumenten, wie zum Beispiel die SCL-90-R (Derogatis und Cleary 1977). Längere Bearbeitungszeiten könnten möglicherweise ein Compliance-Problem bei Untersuchungen darstellen, da hier weitere Anforderungen, insbesondere aber Geduld, dem Patienten abverlangt werden.

In dieser Arbeit wurden insgesamt 96 Patienten mit einer somatoformen Störung untersucht. Im Vergleich zu epidemiologischen Untersuchungen zeigte sich in der Untersuchungsgruppe nicht das zu erwartende Geschlechtsverhältnis mit einem Überwiegen weiblicher Probanden

(Escobar et al. 1989, Golding et al. 1991, Swartz et al. 1991, Tomasson et al. 1991, Rief 1998). Desgleichen ist die Geschlechterverteilung in der Untersuchungsgruppe (54% Männer) nicht mit den erwartungsgemäßen Prävalenzzahlen somatoformer Störungen in der deutschen Bevölkerung deckungsgleich (Wittchen 1988), die ebenfalls einen deutlich höheren Anteil von erkrankten Frauen zeigen. Ein Grund hierfür ist möglicherweise die Tatsache, dass das Kollektiv der Probanden mit somatoformen Störungen zu über 90% aus stationär behandelten Patienten bestand, somit einem gewissen Selektionsprozess unterlag und nicht in gleicher Weise repräsentativ war wie in größeren epidemiologischen Untersuchungen.

Der verhältnismäßig hohe Anteil von Patienten mit einer ausgeprägten Somatisierungsstörung (36,5%) spricht zudem dafür, dass die Untersuchungsgruppe im Mittel deutlicher erkrankt war als normal verteilte Kollektive mit somatoformen Störungen (Henningsen et al. 2002). Das Alter der Probanden war durchschnittlich jedoch nur geringfügig höher als bei vergleichbaren Studien (z.B. Rief et al. 1995 b). Allerdings waren nur 4% der Probanden jünger als 30 Jahre, was sich nicht unbedingt mit epidemiologischen Untersuchungen deckt (Wittchen et al. 1998), jedoch darauf hinweisen könnte, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung, in der sich zum Zeitpunkt der Interviews 92% der Probanden befanden, im Störungsverlauf erst relativ spät, also nach langer Erkrankungsdauer, stattfindet.

Während bei der Fentzahn-Studie (2002) in den beiden Vergleichsgruppen (Major Depression, Panikstörung mit und ohne Agoraphobie) zur Minimierung von Selektionseffekten keine weiteren Achse-I Störungen erlaubt waren, sind in dieser Untersuchung keine Vergleichsgruppen angelegt. Patienten mit somatoformen und komorbiden Achse-I Störungen wurden eingeschlossen. Die Prävalenz einzelner Störungsbilder (36% Depression, 5% Panikstörung) entsprach den Erwartungen und ähnelt anderen Studien in diesem Bereich (Schepank 1987, Swartz et al. 1987, 1991, Bass und Murphy 1991, Rief et al. 1995 b). Rief und Hiller (1998) sprechen von über 60% Major Depressionen als Komorbidität bei Patienten mit somatoformen Störungen. Möglicherweise ist die geringere Prävalenz in dieser Untersuchungsgruppe aber auch durch Selektionseffekte zu erklären und es kann angenommen werden, dass Patienten mit einer ausgeprägten begleitenden Depression evtl. auch vorrangig unter dieser Diagnose stationär behandelt werden. Eine deutliche höhere Prävalenz komorbider depressiver Störungen wie von Möller et al. (1996) angenommen wurde, zeigte sich allerdings in dieser Untersuchung nicht.

Neben der Erfassung einer größeren Anzahl von Patienten mit somatoformen Störungen wurden in dieser Studie weitere Objektivitäts- und Reliabilitätsprüfungen durchgeführt sowie eine externe Validierung mit etablierten Skalen.

Die insbesondere im deutschsprachigen Raum etablierte Skala zur Erfassung des Schweregrades somatoformer Störungen SOMS-7T (Rief und Hiller 2003) wurde bei 57 Patienten angewendet. Da SOMS-7T lediglich Anzahl und Ausprägung einzelner den Klassifikationssystemen entsprechenden somatoformer Symptome erfasst, gingen wir nicht davon aus, dass die Ergebnisse mit QUISS sehr hoch korrelieren. Dies bestätigte sich jedoch nur teilweise. Einerseits sind die korrelativen Übereinstimmungen beider Skalen durchaus hoch, was für eine vergleichbar gute Anwendbarkeit wie beim etablierten SOMS-7T bei Patienten mit somatoformen Störungen spricht. Andererseits zeigte sich aber, dass es im Vergleich zum SOMS-7T höhere Übereinstimmungen des QUISS mit dem klinischen Gesamteindruck (CGI) gibt, was dafür sprechen könnte, dass QUISS den Schweregrad der Störung besser abbildet. Dies entspricht letztlich auch der postulierten Rationale zur Entwicklung dieser Skala, dass störungsspezifische Domänen im Wahrnehmungs-, Kognitions- und Verhaltensbereich einen wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung des Störungsbildes haben.

Zur Abgrenzung des Erkrankungsbildes von Patienten mit einer somatoformen Störung von denen mit einer hypochondrischen Störung wurden 57 Probanden der Untersuchungsgruppe mit dem für die Hypochondrie spezifischen Whiteley-Index befragt. Zwar sind hypochondrische Befürchtungen bei Patienten mit einer somatoformen Störung recht häufig zu sehen, doch trifft dies auch für Betroffene mit einer Panikstörung zu, bei denen Ängste, an einer organischen Grunderkrankung als Ursache für die Symptome zu leiden, typisch sind. Erwartungsgemäß sind hypochondrische Symptome, die mit dem Whiteley-Index erfasst wurden, nicht gering; doch ist innerhalb der Patientengruppe mit somatoformen Störungen die Korrelation mit den störungsspezifischen Skalen SOMS-7T und QUISS nur mäßig und überschneiden sich noch weniger mit dem klinischen Gesamteindruck (CGI). Dies unterstützt zudem die externe Validität des QUISS und zeigt diesbezüglich eine gute Unterscheidungsfähigkeit.

Die erhobenen Mittelwerte der beiden QUISS-Versionen zeigen, dass man auf eine deutliche Schwere der somatoformen Störung schließen kann. Die Werte der Therapeuten- und der Patientenversion unterschieden sich nicht signifikant ( $45,4 \pm 13,1$  vs.  $47,2 \pm 13,0$  bei maximal möglichen 76 Punkten). Die ermittelten Werte des SOMS-7T waren im oberen mittleren Bereich verteilt ( $52,3 \pm 7,2$  bei maximal möglichen 84 Punkten), was ebenfalls einem deutlichen Schweregrad der somatoformen Störung entspricht. Diesbezüglich kann gesagt werden, dass beide Messinstrumente die Schwere der Störung anhand dieser Zahlen zumindest in etwa gleich gut abbilden. Aufgrund der höheren Korrelationen mit dem CGI ist

QUISS aber scheinbar besser geeignet, den Schweregrad zu erfassen. Mit  $20,7 \pm 2,9$  von maximal möglichen 28 Punkten ergaben sich verhältnismäßig hohe Werte auf dem Hypochondrie-Inventar Whiteley-Index. Die geringe Streuung weist darauf hin, dass ein hoher Anteil an Probanden hier Werte im oberen Bereich angegeben hat. Dennoch ist, obwohl hypochondrische Befürchtungen in dieser Patientengruppe frequent sind, keine hohe Korrelation zwischen Werten im Whiteley-Index und dem Schweregrad der somatoformen Störung aufgrund QUISS und CGI zu erkennen gewesen, was erneut für eine geringe Spezifität dieser Skala bei somatoformen Störungen spricht.

Bei 25 sukzessiv rekrutierten Patienten wurde eine Messwiederholung innerhalb eines angebrachten Zeitintervalls (Test-Retest-Reliabilitätsprüfung) durchgeführt, die biometrisch zufriedenstellende Ergebnisse lieferte und damit für eine gute Konstanz der gemessenen Merkmale durch QUISS spricht (Lienert und Raatz 1998). Die Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen etablierten Messinstrumenten zur Schweregradbestimmung psychischer Störungen. Ebenso zeigten sich gute Übereinstimmungen zwischen Ergebnissen, die zeitgleich durch zwei unabhängige, klinisch erfahrene Bewerter für die Therapeutenfassung von QUISS erhoben werden konnten (Interrater-Reliabilität), was für eine zufriedenstellende Unabhängigkeit der Testergebnisse von Merkmalen des Interviewers spricht und ebenfalls biometrischen Standards genügt.

Die Messergebnisse, die von Klinikern (QUISS-TF) und von Patienten (QUISS-PF) erhoben wurden, zeigen eine sehr hohe Übereinstimmung, was die angenommene Hypothese einer relevanten Aggravierungs- oder Dissimulationstendenz der Patienten nicht unterstützt, die aus der klinischen Erfahrung oft zu erkennen ist. Trotzdem ist die Verwendung einer therapeuten- und einer patientengestützten Version der Skala zu favorisieren, da in individuellen, einzelnen Merkmalen auftretende Differenzen zusätzliche Informationen über das Störungsbild liefern und Veränderungen solcher Differenzen im (Behandlungs-) Verlauf therapierelevant sein können. Zudem erhöht die Verwendung beider Skalen möglicherweise die Zuverlässigkeit der Daten in einer wissenschaftlichen Verlaufs- oder Therapiestudie.

Das Item 16 (Körperbeobachtung) wurde aufgrund einer sehr niedrigen Itemschwierigkeit aus dem Fragebogen eliminiert. Ein Großteil der Patienten hat für das Item 16 die niedrigste Merkmalsausprägung angegeben, was zu erwarten war, da kein organisches Korrelat bei diesem Krankheitsbild vorliegt. Item 19 wurde auch durch eine niedrige Itemschwierigkeit auffällig (0,27 bzw. 0,20), jedoch erfolgte keine Elimination.

Nach der Itemanalyse besteht nun die revidierte Fassung des QUISS aus 18 Items. Das Quantifizierungs-Interview für somatoforme Syndrome (QUISS) orientiert sich an ICD-10 /



DSM-IV (hohe Spezifität; WHO 1993, APA 1994), ist als Therapeuten- und Patientenfragebogen verfügbar, besitzt eine angemessene Länge, ist einfach anzuwenden und gut zur Schweregrad- und Verlaufsbeurteilung geeignet.

Durch Anwendung des QUISS in wissenschaftlichen Untersuchungen und im therapeutischen Prozess sind bestimmte Vorteile evident. Durch Einbringen unterschiedlicher Skalen, die zum einen Anzahl und Schwere der Symptome, zum anderen eher den Schwerpunkt auf die Erfassung von Merkmalen der Lebensqualität, der Kognition und störungsrelevanter Verhaltensweisen legen, besteht nun mit QUISS ein integratives Instrument, das eine größere Anzahl spezifischer Merkmale somatoformer Störungen im Vergleich zu bisherigen Schweregradskalen umfasst. So vermindert QUISS nicht nur einen Alpha-Fehler durch Erhebung einer zu hohen Anzahl von Zielvariablen, sondern bildet wahrscheinlich den tatsächlichen Schweregrad der Störung auch präziser ab. Durch seine unkomplizierte und wenig zeitintensive Anwendung ist QUISS auch bezüglich der Probanden-Compliance vorteilhaft.

Weitere Untersuchungen, die die Vorteile dieses Messinstruments weiter etablieren können, sind Untersuchungen an größeren Patientenkollektiven und an weiteren psychiatrischen Störungsbildern, die in mehr oder weniger großer Ausprägung Überschneidungen mit somatoformen Störungen aufweisen (z.B. andere Angststörungen, Konversionsstörungen, bestimmte Persönlichkeitsstörungen). Zuverlässigkeit und Praktikabilität des QUISS sind in Zukunft an Patienten mit somatoformen Störungen über psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlungsverläufe zu zeigen. Zudem wäre eine Untersuchung an einem größeren Kollektiv ohne begleitende Achse-I-Komorbiditäten erstrebenswert, was zwar nicht der klinischen Realität entspricht, jedoch eine noch spezifischere Interpretation der Messergebnisse durch QUISS ermöglichen könnte.

QUISS könnte zukünftig ein nützliches Instrument zur Erfassung des Schweregrades von somatoformen Störungen sein. Insbesondere durch die Inkorporation verschiedener störungsrelevanter Domänen und die gleichzeitige Erfassung von Anzahl und Ausprägung von somatoformen Symptomen in Übereinstimmung mit DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (WHO 1993), scheint die Skala Vorteile vor anderen etablierten Skalen zu besitzen. QUISS eignet sich möglicherweise besonders zur Anwendung in wissenschaftlichen und klinischen Studien und kann genutzt werden, um Schweregrad, Verlauf und Therapieeffekte unter klinischen Fragestellungen operationalisiert zu erheben.

## 6. Zusammenfassung

Somatoforme Störungen sind eine Gruppe von psychiatrischen Störungsbildern, die einen wesentlichen Anteil an den Gesundheitskosten haben und deren Verläufe ohne adäquate Behandlung zumeist chronisch sind. Überflüssige und unsachgemäße somatische Therapien führen oft zu einer Verstärkung des Beschwerdebildes. Eine geeignete Schweregradskala für somatoforme Störungen, die in klinischen Studien angewendet werden könnte und zur Evaluation des Therapieverlaufs geeignet wäre, gab es bislang nicht. Bisher verwendete Instrumente dienen der Symptomerhebung und beziehen nicht störungsrelevante Domänen wie Wahrnehmung sowie Kognition des Verhaltens und der Alltagseinschränkung ein. In Fortführung der Vorarbeiten wurden anhand einer Patientenstichprobe von insgesamt 96 Patienten mit einer somatoformen Störung weitere Objektivitäts- und Reliabilitätsprüfungen des neuartigen Quantifizierungs-Inventars für somatoforme Syndrome 'QUISS' durchgeführt, das in einer jeweils 18 Items umfassenden Patienten- (QUISS-PF) und Therapeutenfassung vorliegt (QUISS-TF). Die psychometrischen Eigenschaften der Skala sind als sehr gut zu bezeichnen. Ergebnisse beider Fassungen korrelierten hoch miteinander ( $r = 0,88$ ;  $p < 0,0001$ ). Interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = 0,87$  für QUISS-TF und  $0,88$  für QUISS-PF), sowie die Interrater- ( $r = 0,87$ ;  $p < 0,05$ ) und Test-Retest-Reliabilität ( $r = 0,89$ ;  $p < 0,05$ ) (erhoben an 25 Patienten) waren sehr zufriedenstellend. Die externe Validierung wurde mit einer etablierten Schweregradskala für somatoforme Störungen durchgeführt (SOMS-7T), das Hypochondrie-Inventar (Whiteley-Index) sowie der klinische Gesamteindruck (CGI) wurden erhoben. QUISS zeigte gute Übereinstimmung mit dem CGI ( $r = 0,47$  bzw.  $0,49$ ;  $p < 0,0001$ ) und der etablierten Skala SOMS-7T ( $r = 0,46$  bzw.  $0,54$ ;  $p < 0,05$ ), die Korrelation mit dem störungsunspezifischen Hypochondriefragebogen war geringer ( $r = 0,44$ ;  $p < 0,01$  bzw.  $0,37$ ;  $p < 0,05$ ).

QUISS erweist sich als geeignetes Instrument zur Schweregrad- und Verlaufsbeurteilung somatoformer Störungen und ist aufgrund seines störungsspezifischen und umfassenden Domänenkonzepts (ICD-10- und DSM-IV- kompatibel; WHO 1993, APA 1994) besonders zur Anwendung in wissenschaftlichen Untersuchungen und für therapeutische Verlaufsbeobachtungen geeignet. In weiteren Untersuchungen sollte QUISS an größeren und anderen Stichproben getestet sowie in klinisch-pharmakologischen und psychotherapeutischen Verlaufs- und Therapiestudien bei somatoformen Störungen eingesetzt werden.

## 7. Anhang

### Anhang I

Fragebogen: Therapeutenversion (TF) des  
QUISS

## Quantifizierungs- Inventar für somatoforme Syndrome (QUISS)

© D. Wedekind, B. Bandelow, E. Fentzahn,  
P. Trümper und E. Rüther

### Therapeutenfragebogen –QUISS-TF

Name:  
Geburtsdatum:  
Diagnose:  
Untersuchungsdatum:  
  
Interviewer:

1. Wie schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand in der letzten Woche ein?

- 0 sehr gut
- 1 gut
- 2 mittelmäßig
- 3 schlecht
- 4 sehr schlecht

2a. Anzahl der Beschwerden des Patienten in der letzten Woche.

- 0 keine
- 1 1-2
- 2 3-6
- 3 7-12
- 4 mehr als 12

2b. Anzahl der Beschwerdebereiche, aus denen der Patient Beschwerden angibt

Gruppe 1: Gastrointestinale Symptome

Gruppe 2: Schmerzsymptome

Gruppe 3: Kardiopulmonale Symptome,

Gruppe 4: Pseudoneurologische Symptome ,

Gruppe 5: Urogenital & Sexualsymptom,

Gruppe 6: Unspezifische Symptome oder Hautsymptome

- 0 keine Beschwerden
- 1 1 Gruppe
- 2 2 – 3 Gruppen
- 3 4 – 5 Gruppen
- 4 6 Gruppen

Wenn der Patient keine Beschwerden angegeben hat, müssen die Fragen 3-18 nicht beantwortet werden!

3. Wie oft hatte der Patient die Beschwerden in der letzten Woche?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

4. Wie stark waren die Beschwerden des Patienten in der letzten Woche?

- 0 keine Beschwerden
- 1 leicht
- 2 mäßig
- 3 stark
- 4 sehr stark

5. Wie stark war die Lebensqualität des Patienten in der letzten Woche durch die Beschwerden eingeschränkt?

- 0 gar nicht
- 1 leicht
- 2 mäßig
- 3 stark
- 4 sehr stark

6. An wie vielen Tagen der letzten Woche war der Patient durch seine Beschwerden so eingeschränkt, dass er seinen normalen Tagesablauf nicht oder unzureichend bewältigen konnte?

- 0 an keinem Tag
- 1 an 1 Tag
- 2 an 2-3 Tagen
- 3 an 4-5 Tagen
- 4 an 6 oder mehr Tagen

7. Einschränkung im beruflichen Bereich, bzw. Hausarbeit (bei Arbeitsunfähigkeit = 4)

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

8. Einschränkung im sozialen Bereich oder in der Freizeit (Gesellschaftliche Veranstaltungen, Sport, etc.)

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

9. Einschränkung im familiären Bereich (Partnerschaft, Kinder)

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

10. Hypochondrische Befürchtungen :

Hat sich der Patient in der letzten Woche Sorgen gemacht, er könne eine ernsthafte Krankheit haben?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

11. Wunsch nach weiterer Diagnostik:

Hatte der Patient den Wunsch, dass mit weiteren Untersuchungsmethoden nach den Ursachen für seine Beschwerden gesucht wird?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

12. Wie oft hätte der Patient in der letzten Woche lieber einen Arzt aufgesucht?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

13. Wieviel Zeit hat der Patient in der letzten Woche mit Arztbesuchen und/oder medizinischen Behandlungen verbracht (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Heilpraktiker)?

- 0 gar nicht
- 1 0-1 Stunden
- 2 1-3 Stunden
- 3 3-6 Stunden
- 4 mehr als 6 Stunden

14. Glaubt der Patient, dass sein Arzt irrt, wenn dieser sagt, es bestehe kein Grund zur Besorgnis?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

15. War der Patient in der letzten Woche aufgrund der Beschwerden auf die Hilfe Dritter (z.B. Angehörige, Freunde) angewiesen?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

16. Hatte der Patient in der letzten Woche das Gefühl, dass andere Leute seine Beschwerden nicht Ernst nahmen?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

17. Gesundheitssorgen:

Wie oft machte sich der Patient in der letzten Woche Sorgen um seine Gesundheit?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

18. Verordnete Medikamente:

Wie oft nahm der Patient in der letzten Woche Medikamente gegen seine Beschwerden ein, die ein Arzt verschrieben hat (ausgenommen Psychopharmaka)?

- 0 an keinem Tag
- 1 an 1 Tag
- 2 an 2-3 Tagen
- 3 an 4-5 Tagen
- 4 an 6 oder mehr Tagen

*Bitte Antwortpunkte zusammenzählen!*

$\Sigma$ : Punkte
-------------------

## Anhang II

Fragebogen: Patientenversion (PF) des  
QUISS

### Quantifizierungs- Inventar für somatoforme Syndrome (QUISS)

© D. Wedekind, B. Bandelow, E. Fentzahn,  
P. Trümper und E. Rüther

#### Patientenfragebogen -QUISS-PF-

Name:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Untersuchungsdatum:

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der letzten Woche einschätzen?

- 0 sehr gut
- 1 gut
- 2 mittelmäßig
- 3 schlecht
- 4 sehr schlecht

2. Kreuzen Sie die Beschwerden an, die in der letzten Woche Ihr Befinden beeinträchtigt haben (Mehrfachnennungen möglich)

- 1. Bauchschmerzen
- 2. Übelkeit
- 3. Erbrechen
- 4. Blähungen
- 5. Durchfall
- 6. Schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge
- 7. Unverträglichkeit von bestimmten Speisen
- 8. Völlegefühl
  
- 9. Kopfschmerzen
- 10. Rückenschmerzen
- 11. Schmerzen in Armen oder Beinen
- 12. Gelenkschmerzen
- 13. Schmerzen beim Wasserlassen
- 14. Schmerzen im After
  
- 15. Kurzatmigkeit, Luftnot
- 16. Brustschmerzen
  
- 17. Gedächtnisverlust
- 18. Halluzinationen
- 19. Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen
- 20. Schluckbeschwerden
- 21. Verlust der Stimme
- 22. Hörverlust, Taubheit
- 23. Sehen von Doppelbildern
- 24. Blindheit

- 25. Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung
- 26. Bewusstseinsverlust
- 27. Anfälle, Krampfanfälle
- 28. Lähmung, Muskelschwäche
- 29. Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Harverhalt
- 30. unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich
- 31. Sexuelle Gleichgültigkeit
- 32. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- 33. Erektions- oder Ejakulationsbeschwerden
- 34. Starke Menstruationsschmerzen
- 35. Unregelmäßige Menstruation
- 36. Sehr starke Menstruationsblutung
- 37. Ungewöhnlicher oder verstärkter vaginaler Ausfluss
- 38. Müdigkeit
- 39. Appetitlosigkeit
- 40. Unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühle
- 41. Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut

Wenn Sie keine der 41 Beschwerden angekreuzt haben, müssen Sie die folgenden Fragen 3-18 nicht beantworten!

3. Wie oft hatten Sie diese Beschwerden in der letzten Woche?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

4. Wie stark waren die Beschwerden in der letzten Woche?

- 0 keine Beschwerden
- 1 leicht
- 2 mäßig
- 3 stark
- 4 sehr stark

5. Wie stark war Ihre Lebensqualität des Patienten in der letzten Woche durch die Beschwerden eingeschränkt?

- 0 gar nicht
- 1 leicht
- 2 mäßig
- 3 stark
- 4 sehr stark

6. An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie durch Ihre gesundheitlichen Beschwerden sobeeinträchtigt, dass Sie Ihren normalen Tagesablauf nicht oder unzureichend bewältigen konnten (z.B. den Tag im Bett verbringen) omatis?

- 0 an keinem Tag
- 1 an 1 Tag
- 2 an 2-3 Tagen
- 3 an 4-5 Tagen
- 4 an 6 oder mehr Tagen

7. Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch die Beschwerden im beruflichen Bereich, bzw. Hausarbeit eingeschränkt (bei Arbeitsunfähigkeit = 4)?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

8. Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch die Beschwerden im sozialen Bereich oder in der Freizeit eingeschränkt (Gesellschaftliche Veranstaltungen, Sport, etc.)?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

9. Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch die Beschwerden im familiären Bereich (Partnerschaft, Kinder) eingeschränkt?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

10. Haben Sie sich in der letzten Woche Sorgen gemacht, dass hinter Ihren Beschwerden eine ernsthafte Krankheit steckt?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

11. Hatten Sie in der letzten Woche den Wunsch, dass Ihr Arzt mit weiteren, neuen Untersuchungsmethoden nach den Ursachen für Ihre Beschwerden sucht?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

12. Wie oft hätten Sie in der letzten Woche den Gedanken, dass es aufgrund Ihrer Beschwerden besser wäre, einen Arzt aufzusuchen?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

13. Wieviel Zeit haben Sie in der letzten Woche mit Arztbesuchen und/oder medizinischen Behandlungen verbracht (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Heilpraktiker)?

- 0 gar keine
- 1 0-1 Stunden
- 2 1-3 Stunden
- 3 3-6 Stunden
- 4 mehr als 6 Stunden

14. Glauben Sie, dass Ihr Arzt irrt, wenn er Ihnen sagt, es bestehe kein Grund zur Besorgnis?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu

15. Waren Sie in der letzten Woche aufgrund Ihrer Beschwerden darauf angewiesen, Hilfe durch Dritte (z.B. Angehörige, Freunde) anzunehmen, um Ihre Aufgaben erledigen zu können?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

16. Hatten Sie in der letzten Woche das Gefühl, dass andere Leute Ihre Beschwerden nicht Ernst genommen haben?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

17. Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?

- 0 gar nicht
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 häufig
- 4 ständig

18. Wie oft haben Sie in der letzten Woche Medikamente gegen Ihre Beschwerden eingenommen, die ein Arzt verschrieben hat (ausgenommen Psychopharmaka)?

- 0 an keinem Tag
- 1 an 1 Tag
- 2 an 2-3 Tagen
- 3 an 4-5 Tagen
- 4 an 6 oder mehr Tagen

**Die Auswertung erfolgt durch denTherapeuten.**

Bitte Frage 2 entsprechend den Fragen 2a & 2b im Therapeutenfragebogen auswerten!

<b>Σ:</b>	<b>Punkte</b>
-----------	---------------

## 8. Literaturverzeichnis

**Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hamer RM** (2006): Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 166, 1512-1518

**Angenendt J, Stieglitz RD, Freyberger HJ**: Diagnostik: dissoziative, somatoforme Störungen. Ess- und Schlafstörungen; in: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ: Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. 2. überarb. und erw. Aufl.; Thieme Verlag, Stuttgart 2001, 441-447

**APA (American Psychiatric Association)**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington DC 1980

**APA (American Psychiatric Association)**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). American Psychiatric Press, Washington DC 1987

**APA (American Psychiatric Association)**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC 1994

**Bandelow B**: Einschränkung der Lebensqualität durch Panikstörung und Agoraphobie. Med. Habil.-Schr. Göttingen 1995

**Barsky AJ** (1996): Hypochondriasis. Medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics* 37, 48-56

**Barsky AJ, Borus JF** (1995): Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 274, 1931-1934

**Barsky AJ, Borus JF** (1999): Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 130, 910-921

**Barsky AJ, Wyshak G** (1990): Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry* 157, 404-409

**Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW** (2001): Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 39, 705-715

**Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW** (2005): Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 62, 903-910

**Bass C, Murphy M** (1991): Somatization disorder in a British teaching hospital. *BJCP* 45, 237-244

**Bass C, Murphy M** (1995): Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 39, 403-427

**Beardslee W, Podorefsky D** (1988): Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *Am J Psychiatry* 145, 63-69

- Bell IR** (1994): Somatization disorder: health care costs in the decade of the brain. *Biol Psychiatry* 35, 81-83
- Bortz J, Döring N**: Forschungsmethoden und Evaluation. Springer Verlag, Berlin 1995
- Brähler E**: Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Med. Habil.-Schr. Gießen 1978
- Brähler E, Scheer JW**: Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Handbuch (2. Aufl.); Verlag Hans Huber, Bern 1995
- Brähler E, Ernsr R, Hettich W, Klein H**: Körperbeschwerden von Kindern im Alter von 8-15 Jahren; in: E. Brähler (Hrsg.): Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Springer Verlag, Berlin 1986, 253-266
- Brähler E, Schumacher J, Brähler C** (2000): [First all-Germany standardization of the brief form of the Gissen Complaints Questionnaire GBB-24]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 14-21
- Brähler E, Schumacher J, Strauß B**: Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe Verlag, Göttingen 2002
- Breuer J, Freud S** (1893): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mitteilung. *Neurol Zentralbl* 12, 4-10
- Bridges KW, Goldberg DP** (1985): Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29, 563-569
- Briquet P**: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Baillière et fils, Paris 1859
- Brown FW, Golding JM, Smith GR Jr.** (1990): Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosom Med* 52, 445-451
- Cadoret RJ, Widmer RB, Throughton EB** (1980): Somatic complaints – harbinger of depression in primary care. *J Affect Disord* 2, 61-70
- Carter RB**: On the Pathology and Treatment of Hysteria. John Churchill, London 1853
- CIPS** (Collegium Internationale Psychiatriae Sclarum) (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. Auflage; Beltz Verlag, Göttingen 1996
- Cohen IH** (1969): Masked depression in the medical patient. *Mod Treat* 6, 688-694
- Costa PT, McCrae RR** (1985): Hypochondriasis, neuroticism, and aging. When are somatic complaints unfounded? *Am Psychol* 40, 19-28
- Creed F, Firth D, Timol M, Metcalfe R, Pollock S** (1990): Somatization and illness behaviour in a neurology ward. *J Psychosom Res* 34, 427-437
- deGruy F, Crider J, Hashimi DK, Dickinsen P, Mullins HC, Troncale J** (1987): Somatization disorder in a university hospital. *J Fam Pract* 25, 579-584



- Derogatis LR, Cleary PA** (1977): Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol* 33, 981-989
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E** (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien. Verlag Hans Huber, Bern 1994
- Ebel H, Podoll K**: Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen; in: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Schattauer Verlag, Stuttgart - New York 1998, 25-38
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J** (1976): The global assessment scale. A procedure for measuring over severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33, 766-771
- Epstein RM, Quill TE, McWhinney IR** (1999): Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med* 159, 215-222
- Escobar JI** (1987): Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry* 38, 174-180
- Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM** (1987 a): Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 44, 713-718
- Escobar JI, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB** (1987 b): Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health* 77, 837-840
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M** (1989): Somatic symptoms index (SSI): A new and abridged somatization construct – Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 177, 140-146
- Escobar JL, Gara M, Waitzkin H, Silver RC, Holman A, Compton W** (1998): DSM-IV hypochondriasis in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 20, 155-159
- Escobar JI, Hoyos-Nervi C, Gara M** (2002): Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. *Environ Health Perspect* 110 (suppl 4), 631-636
- Essau CA, Conradt J, Petermann F** (2000): Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Klin Psychol Psychother* 29, 97-108
- Eysenck HJ, Eysenck MW**: Persönlichkeit und Individualität. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1987
- Fabrega H, Mezzich J, Jacob R, Ulrich R** (1988): Somatoform disorder in a psychiatric setting. Systematic comparisons with depression and anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 176, 431-439

**Fahrenberg J:** Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Hogrefe, Göttingen 1994

**Faller H:** Somatoforme Störungen – neue oder alte Krankheitsbilder?; in: Berufsverband Deutscher Psychologen / Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.): Somatoforme Störungen – Diagnostik und Therapie in der Rehabilitation. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 1999, 32-64

**Fallon BA** (2004): Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 56, 455-460

**Fentzahn E:** Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Messung des Schweregrades somatoformer Störungen: Das Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome. Med. Diss. Göttingen 2002

**Fink P** (1992 a): Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *J Psychosom Res* 36, 125-136

**Fink P** (1992 b): Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res* 36, 439-447

**Fink P** (1992 c): The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 22, 173-180

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

**Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS** (1998): Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosom Med* 60, 503-509

**Fisseni HJ:** Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Hogrefe Verlag, Göttingen 1990

**Folks DB, Feldman MD, Ford CV:** Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering; in: Stoudemire A, Fogel B, Greenberg DB (Hrsg.): *Psychiatric Care of the Medical Patient*. Oxford University Press, New York 2000, 459

**Ford CV** (1986): The somatizing disorders. *Psychosomatics* 27, 327-331, 335-337

**Fritzsche K, Sandholzer H, Brucks U, Campagnolo I, Cierpka M, Deter HC, Harter M, Höger C, Richter R, Schmidt B, Wirsching M** (2000 a): Primary psychosomatic management in general practice. Results of a German nationwide demonstration project of quality assurance. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 94, 127-131

**Fritzsche K, Sandholzer H, Werner J, Brucks U, Cierpka M, Deter HC, Harter M, Hoyer C, Richter R, Schmidt B, Wirsching M** (2000 b): Psychotherapeutic and psychosocial therapy in general practice. Results of demonstration project on quality management in psychosocial primary care. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 240-246

**Goldberg D** (1978): Mental health priorities in a primary care setting. *Ann N Y Acad Sci* 310, 65-68

**Golding JM, Smith GR Jr, Kashner TM** (1991): Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 48, 231-235

**Grotjahn R**: Testtheorie: Grundzüge und Anwendungen in der Praxis; in: Wolff A, Tanzer H (Hrsg.): *Sprache-Kultur-Politik (Materialien Deutsch als Fremdsprache)*. FaDaF, Regensburg 2000, 6

**Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E** (1996): Körperbeschwerden im Alter: Standardisierung des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 bei über 60jährigen. *Z Gerontol Geriatr* 29, 110-118

**Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP** (1997): Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary Care. *Am J Psychiatry* 154, 989-995

**Guze SB** (1975). The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's Syndrome). *Am J Psychiatry* 132, 138-141

**Häcker H, Leutner D, Amelang M** (Hrsg.): Standards für pädagogisches und psychologisches Testen (Dt. Übersetzung der US-amerikanischen Standards for Educational and Psychological Testing; Supplementum 1/1998 der *Diagnostica* und der *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*). Hans Huber Verlag, Bern 1998

**Hagnell O, Rorsman B** (1978): Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. *Neuropsychobiology* 4, 180-187

**Hamilton M** (1959): The assessment of anxiety by rating. *Br J Med Psychol* 32, 50-55

**Hathaway SR, Briggs PF** (1957): Some normative data on new MMPI scales. *J Clin Psychol* 13, 364-368

**Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt C**: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Schattauer, Stuttgart 2002

**Herrmann JM**: Funktionelle Erkrankungen. Übersicht; in: Herrmann JM, Lisker H, Dietze GJ (Hrsg.): *Funktionelle Erkrankungen. Diagnostische Konzepte - Therapeutische Strategien*. Urban und Schwarzenberg, München 1996, 13-35

**Herrmann JM, Lisker H, Dietze GJ**: *Funktionelle Erkrankungen. Diagnostische Konzepte - Therapeutische Strategien*. Urban und Schwarzenberg, München 1996

**Hiller R, Rief W**: Diagnose und Instrumente; in: Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg.): *Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Springer Verlag, Berlin 1998, 15-35

**Hiller W, Janca A** (2003): Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica* 15, 167-179

**Hiller W, Zaudig M, Mombour W**: IDCL. Internationale Diagnosenchecklisten für ICD-10. Verlag Hans Huber, Bern 1995

**Hiller W, Zaudig M, Mombour W**: IDCL – International Diagnostic Checklists for ICD-10 und DSM-IV (Manual and 32 checklists as part of the WHO ICD-10-Checklists package). Hogrefe and Huber Publishers, Seattle 1996

**Hiller W, Rief W, Elefant S, Margraf J, Kroymann R, Leibbrand R, Fichter, MM** (1997 a): Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol* 26, 226-234

**Hiller W, Zaudig M, Mombour W**: IDCL. Internationale Diagnosenchecklisten für DSM-IV. Hogrefe, Göttingen 1997 b

**Hiller W, Fichter MM, Rief W** (2003): A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 54, 369-380

**Jones D, Hall SB** (1963): Significance of somatic complaints in patients suffering from psychotic depression. *Acta Psychother Psychosom* 11, 193-199

**Kapfhammer HP, Gündel H**: Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Thieme, Stuttgart 2001

**Katon W, Kleinman A, Rosen G** (1982 a): Depression and Somatization: a review. Part I. *Am J Med* 72, 127-135

**Katon W, Kleinman A, Rosen G** (1982 b): Depression and Somatization: a review. Part II. *Am J Med* 72, 241-247

**Katon W, Ries RK, Kleinmann A** (1984): The prevalence of somatization in primary care. *Compr Psychiatr* 25, 208- 215

**Katon W, Lin E, von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T** (1991): Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry* 148, 34-40

**Keeley R, Smith M, Miller J** (2000): Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressed family medicine outpatients. *Arch Fam Med* 9, 46-54

**Kellner R** (1985): Functional somatic symptoms and hypochondriasis. A survey of empirical studies. *Arch Gen Psychiatry* 42, 821-833

**Kellner R**: Somatization and Hypochondriasis. Praeger, New York 1986

**Kellner R** (1987): Hypochondriasis and somatization. *JAMA* 258, 2718-2722

- Kellner R, Hernandez J, Pathak D** (1992): Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatisation. *Br J Psychiatry* 160, 525-532
- Kessler LG, Cleary PD, Burke JD Jr.** (1985): Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 42, 583-587
- Kielholz P**: Masked depression. Verlag Hans Huber, Bern 1973
- Kirmayer LJ, Robbins JM** (1991): Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 179, 647-655
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Kapusta MA** (1988): Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry* 145, 950-954
- Klapprott J**: Einführung in die psychologische Methodik. Kohlhammer, Stuttgart 1975
- Kriebel R, Paar GH, Stäcker KH** (1996): Somatisierung. *Psychotherapeut* 41, 201-214
- Kroenke K, Spitzer RL** (1998): Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 60, 150-155
- Kroenke K, Swindle R** (2000): Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 69, 205-215
- Kroenke K, Spitzer RL, de Gruy FV, Hahn SV, Linzer M, Williams JBW, Brody D, Davies M** (1997): Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 54, 352-358
- Kroenke K, Messina N, Benattia I, Graepel J, Musgnung J** (2006): Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious primary care patients with multisomatoform disorder. *J Clin Psychiatry* 67, 72-80
- Küchenhoff J**: Zur Psychodynamik und Psychotherapie von somatoformen Störungen; in: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): Somatoforme Störungen: Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Schattauer Verlag, Stuttgart 1998, 155-167
- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee Y H** (1990): Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences. *J Nerv Ment Dis* 178, 247-252
- Leibbrand R, Hiller W**: Komorbidität somatoformer Störungen; in: Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg.): Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose und Therapie. Springer Verlag, Berlin 1998, 53-67
- Lesse S**: Masked depression. Jason Aronson, New York 1974
- Lesse S** (1979): Behavioral problems masking depression: cultural and clinical survey. *Am J Psychother* 33, 41-53

- Lesse S** (1983): The masked depression syndrome: results of a seventeen-year clinical study. *Am J Psychother* 37, 456-475
- Lidbeck J** (2003): Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 107, 449-456
- Lienert GA**: Testaufbau und Testanalyse (4. Auflage). Psychologie Verlags Union, Weinheim 1989
- Lienert GA, Raatz U**: Testaufbau und Testanalyse (6. Auflage). Psychologie Verlags Union, Weinheim 1998
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O** (1996): Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study. *Nervenarzt* 67, 205-15
- Lipowski ZJ** (1986): Somatization: A borderland between medicine and psychiatry. *CMAJ* 135, 609-614
- Lipowski ZJ** (1987): Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 47, 160-167
- Lipowski ZJ** (1990): Somatization and depression. *Psychosomatics* 31, 13-21
- Liskow B, Othmer E, Penick EC, DeSouza C, Gabrielli W** (1986): Is Briquet's syndrome a heterogeneous disorder? *Am J Psychiatry* 143, 626-629
- Mai FH, Merskey H** (1980): Briquet's Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Arch Gen Psychiatry* 37, 1401-1405
- Margraf J**: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd 1; 2. Auflage; Springer Verlag, Berlin 2003
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A**: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Springer Verlag, Berlin 1994
- Millon T, Davis R**: Disorders of personality. DSM-IV and beyond. 2<sup>nd</sup> edition; Wiley, New York 1996
- Möller HJ, Laux G, Deister A**: Psychiatrie. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1996
- Montgomery SA, Asberg M** (1979): A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 134, 382-389
- Morrison J** (1989): Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 146, 239-241
- Morschitzky H**: Somatoforme Störungen. Springer Verlag, Wien 2000

**Muller T, Mannel M, Murck H, Rahlfs VW** (2004): Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 66, 538-547

**Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA** (2002): Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 59, 115-123

**Nemiah JC** (1982): A reconsideration of psychological specificity in psychosomatic disorders. *Psychother Psychosom* 38, 39-45

**NIMH (National Institute of Mental Health)**: 12-CGI Clinical Global Impression; in: Guy W (ed): EDCEU-assessment in psychopharmacology. Rev. ed. National Institute of Mental Health, Rockville 1970, 217-222

**Orenstein H** (1989): Briquet's syndrome in association with depression and panic: A reconceptualization of Briquet's syndrome. *Am J Psychiatry* 146, 334-338

**Ormel J, van den Brink W, Koeter MWJ, Giel R, van der Meer K, van de Willige G, Wilmink FW** (1990): Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20, 909-923

**Pennebaker JW**: *The Psychology of Physical Symptoms*. Springer Verlag, New York 1982

**Peter JP, Churchill GA Jr** (1986): Relationships among Research Design Choices and Psychometric Properties of Rating Scales. A Meta-Analysis; in: *Journal of Marketing Research* 23, 1-10

**Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL** (1997): Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 42, 245-252

**Pilowsky I** (1967): Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 113, 89-93

**Pini S, Perkonig A, Tansella M, Wittchen HU, Psich D** (1999): Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 56, 37-48

**Platon**: *Timaios, Kritias, Minos, Nomoi* (Sämtliche Werke Band 4, Hrsg. Wolf U). Rowohlt Verlag, Hamburg 1994

**Prehler M, Kupfer J, Brähler E** (1992): The Giessen Symptom Questionnaire for children and adolescents. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42, 71-77

**Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK** (1993): The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 50, 85-94

**Rief W**: *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Verlag Hans Huber, Bern 1995

- Rief W:** Somatoforme Störungen – Ein Überblick; in: Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg.): Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose und Therapie. Springer Verlag, Berlin 1998, 1-14
- Rief W, Fichter MM** (1992): The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology* 25, 128-138
- Rief W, Hiller W:** Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Verlag Hans Huber, Bern 1992
- Rief W, Hiller W:** Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Hogrefe Verlag, Göttingen 1998
- Rief W, Hiller W** (1999): Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 46, 507-518
- Rief W, Hiller W** (2003): A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics* 44, 492-498
- Rief W, Sharpe M** (2004): Somatoform disorders – new approaches to classification, conceptualization, and treatment. *J Psychosom Res* 56, 387-390
- Rief W, Schaefer S, Fichter MM** (1992 a): SOMS - Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica* 38, 228-241
- Rief W, Schaefer S, Hiller W, Fichter MM** (1992 b): Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorder: which came first? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241, 236-240
- Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM** (1994): Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse. *Z Klin Psychol* 23, 34-42
- Rief W, Hiller W, Goebel G, Fichter MM** (1995 a): Zur zeitlichen Stabilität der Angaben hypochondrischer und somatoformer Symptome. *Diagnostica* 41, 172-180
- Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM** (1995 b): A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics* 36, 376-386
- Rief W, Hiller W, Heuser J:** SOMS - Das Screening für somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen. Verlag Hans Huber, Bern 1997
- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM** (2005): The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med* 61, 1505-1515
- Robins LN, Regler DH** (Hrsg): Psychiatric disorders in America (ECA). The Free Press, New York 1991



- Rost K, Kashner TM, Smith RG Jr.** (1994): Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: Improved outcome at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 16, 381-387
- Roth M** (1999): Validierungsstudie zum Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GGB-KJ) bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen. *Diagnostica* 45, 128-137
- Sachsse U:** Trauma, Trauma-Coping und Posttraumatische Belastungsstörung: Theorie und Therapeutische Ansätze. Zitiert nach Inhaltsangabe des Vortrages (gehalten 07.10.1998) in: Tonbandabschrift des Further Fortbildungstages, "Schwere Traumatisierungen - wie bewältigen?"; o. Hrsg., o. Verl., o. O. 1998
- Sack M, Loew T, Scheidt CE** (1998): Diagnostik und Therapie der Somatisierungsstörung und undifferenzierten Somatisierungsstörung - eine Übersicht zur empirischen Literatur. *Z Psychosom Med Psychoanal* 44, 214-232
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I:** Diagnostische Kriterien DSM-IV. Hogrefe Verlag, Göttingen 1998
- Schepank H:** Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer Verlag, Berlin 1987
- Sharpe M, Carson A** (2001): "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 134, 926-930
- Simon GE, Gureje O** (1999): Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry* 56, 90-95
- Simon GE, von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J** (1999): An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341, 1329-1335
- Slater ET, Glithero E** (1965): A follow-up of patients diagnosed as suffering from "hysteria". *J Psychosom Res* 9, 9-13
- Smith GR:** Somatization in the Medical Setting. American Psychiatric Press Inc, Washington DC 1991
- Smith GR** (1992): The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiatry* 14, 265-272
- Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC** (1986): Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 146, 69-72
- Spiegel BM, Kanwal F, Naliboff B, Mayer E** (2005): The impact of somatization on the use of gastrointestinal health-care resources in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 100, 2262-2273

- Stahl SM** (2003): Antidepressants and somatic symptoms: therapeutic actions are expanding beyond affective spectrum disorders to functional somatic syndromes. *J Clin Psychiatry* 64, 745-746
- Stefansson JG, Messina JA, Meyerowitz S** (1976): Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand* 53, 119-138
- Stern J, Murphy M, Bass C** (1993): Personality disorders in patients with somatization disorder. A controlled study. *Br J Psychiatry* 163, 785-789
- Stieglitz RD, Freyberger HJ**: Selbstbeurteilungsverfahren; in: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ: Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage; Thieme Verlag, Stuttgart 2001, 83-84
- Stone J, Sharpe M, Rothwell PM, Warlow CP** (2003): The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74, 591-596
- Swartz M, Blazer D, George L, Landermann R** (1986): Somatoform disorders in a community population. *Am J Psychiatry* 143, 1403-1408
- Swartz M, Hughes D, Blazer D, George L** (1987): Somatization disorder in the community. A study of diagnostic concordance among three diagnostic systems. *J Nerv Ment Dis.* 175, 26-33
- Swartz M, Landerman R, George LK, Blazer DG, JI**: Somatization disorder; in: Robins LN, Regier DA (Eds.). *Psychiatric Disorders in America*. The Free Press, New York 1991, 220-257
- Tagay S**: Traumatische Ereignisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung bei Patienten der Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik. Med. Diss. Duisburg-Essen 2004
- Tomasson K, Kent D, Coryell W** (1991): Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand* 84, 288-293
- Torgersen S** (1986). Genetics of somatoform disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43, 502-505
- Tyrer P**: *The Role of Bodily Feelings in Anxiety*. Oxford University Press, London 1976
- van Gülick-Bailer M, Maurer K, Häfner H**: SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Deutsche Version. Hans Huber Verlag, Bern 1995
- Volz HP, Moller HJ, Reimann I, Stoll KD** (2000): Opipramol for the treatment of somatoform disorders results from a placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 10, 211-217
- Volz HP, Murck H, Kasper S, Moller HJ** (2002): St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 164, 294-300

- Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A** (1988). An epidemiological comparison of pain complaints. *Pain* 32, 173-183
- Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ** (1984): Symptoms and signs: physical disease or illness behaviour? *Br Med J (Clin Res Ed)* 289, 739-741
- Watson CG, Buranen C** (1979): The frequency and identification of false positive conversion reactions. *J Nerv Ment Dis* 167, 243-247
- Wedekind D, Bandelow B, Fentzahn E, Trumper P, Ruther E** (2007): The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, in press
- WHO (World Health Organisation)**: International classification of mental and behavioural disorders (ICD-10). Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva 1993
- Wittchen HU**: Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: Results of the Munich Follow-up study (MFS); in: Hand I, Wittchen HU (Eds.): *Panic and phobias 2: Treatments and variables affecting course and outcome*. Springer Verlag, Berlin 1988, 3-17
- Wittchen HU, Unland H** (1991): Neue Ansätze zur Symptomerfassung und Diagnoseerstellung nach ICD-10 und DSM-III-R: Strukturierte und standardisierte Interviews. *Z Klin Psychol* 4, 321-342
- Wittchen HU, Jacobi F** (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 98. *Bundesgesundheitsblatt* 44, 993-1000
- Wittchen HU, Schramm E, Zaudig M, Spengler P, Rummler R, Mombour W**: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R. Beltz Verlag, Weinheim 1990
- Wittchen HU, Essau CA, Rief W, Fichter MM** (1993): Assessment of somatoform disorders and comorbidity patterns with the CIDI-findings in psychosomatic inpatients. *Int J Meth Psychiatry Res* 3, 87-99
- Wittchen HU, Pfister H, Garczynski E**: CIDI- Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV (der Weltgesundheitsorganisation). Hogrefe, Göttingen 1998
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B** (1999): Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany--initial results of an additional federal survey of "psychiatric disorders". *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 216-222
- Woodruff RA, Murphy GE, Herjanik M** (1967): The natural history of affective disorders. I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission. *J Psychiatr Res* 5, 255-263
- Zhang M, Booth BM, Smith GR Jr.** (1998): Service utilization before and after the prospective payment system by patients with somatization disorder. *J Behav Health Serv Res* 25, 76-82

**Zitman FG, Linssen AC, Edelbroek PM, Van Kempen GM** (1991): Does addition of low-dose flupentixol enhance the analgetic effects of low-dose amitriptyline in somatoform pain disorder? *Pain* 47, 25-30

**Zoccolillo M, Cloninger CR** (1986): Somatization disorder: psychologic symptoms, social disability, and diagnosis. *Compr Psychiatry* 27, 65-73

## **Danksagung**

Hiermit möchte ich allen danken, mit deren Rat und Unterstützung diese Arbeit entstanden ist.

Zunächst gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Bandelow für die Möglichkeit der Durchführung dieser Promotionsarbeit und die Übernahme des Erstgutachtens.

Für die geduldige Betreuung von der Entstehung bis zur Fertigstellung dieser Arbeit gilt mein Dank Herrn Dr. med. Dirk Wedekind.

Danken möchte ich auch dem Stationsteam, das mir die Durchführung der Datenerhebung immer ermöglicht hat und natürlich auch den Patienten, ohne deren Teilnahme die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

## **Lebenslauf**

Am 17. Dezember 1980 wurde ich als Tochter der Hörgeräte-Akustiker Heidemarie Trümper, geb. Riethmüller, und Klaus Trümper in Heiligenstadt geboren.

Von 1987 bis 1991 besuchte ich die Grundschule in Lutter, um im Anschluss an das Lingemann-Gymnasium in Heiligenstadt zu wechseln, wo ich 1999 die Hochschulreife erlangte.

Im Sommersemester 2000 begann ich zunächst mit dem Studium der Zahnmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen. 2001 wechselte ich zum Humanmedizinstudium und legte im September 2002 meine Physikumsprüfung, im September 2003 das erste Staatsexamen ab.

Die Promotion bei Prof. Dr. med. B. Bandelow unter der Betreuung von Dr. med. D. Wedekind an der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen begann ich im November 2003.

Im Mai 2007 habe ich mein Humanmedizinstudium mit dem 3. Staatsexamen erfolgreich beendet.

Patricia Trümper