

# Somatoforme Störungen und Möglichkeiten der Veränderungsmessung somatischer Symptome im Rahmen dieser Störungen

Hans-Peter Volz\*, Werneck, Siegfried Kasper, Wien, und Hans-Jürgen Möller, München

Somatoforme Störungen sind häufig und können zu beträchtlichen diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten führen. Während im DSM-IV-R und in der ICD-10 ein Kerncharakteristikum dieser Störung ist, dass es keine organische Ursache für die geklagten Beschwerden geben darf, wurde dies im DSM-5 geändert; dort kommt es nun vor allem auf den affektiven Gehalt der Beschwerden an.

Ein ungelöstes Problem ist die Behandlung dieser Störungen. Neben verhaltenstherapeutischen Ansätzen wurden eine ganze Reihe von Psychopharmaka auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei dieser Störungsgruppe untersucht. Allerdings gibt es keinen Konsens, welches Instrument als Hauptwirksamkeitsparameter verwendet werden sollte. In der vorliegenden Arbeit werden zunächst alle Studien mit Psychopharmaka in diesem Bereich identifiziert und aufgeführt, sodann werden die doppelblinden, randomisierten Studien näher untersucht. Zwei Wirksamkeitsinstrumente wurden vornehmlich verwendet: Der somatische Subscore der Hamilton-Angstskala und der PHQ (Patient Health Questionnaire)-15. Es werden Überlegungen aufgeführt, welche Vor- und Nachteile diese beiden Instrumente aufweisen.

**Schlüsselwörter:** Somatoforme Störungen, ICD-10, DSM-IV-R, DSM-5, randomisierte kontrollierte doppelblinde Studien, Hamilton-Angstskala, PHQ-15

*Psychopharmakotherapie 2015;22:197–204.*

Das Konzept der somatoformen Störungen erfuhr durch die Einführung des DSM-5 [6] eine deutliche konzeptionelle Änderung. Noch im DSM-IV(-R) und in der ICD-10 [4] war das wesentliche Charakteristikum, dass der Betroffene – neben körperlichen Beschwerden – an keiner körperlichen Erkrankung, die diese Beschwerden erklären kann, leiden durfte.

So sind in der ICD-10 somatoforme Störungen wie folgt definiert: „Charakteristikum ist die wiederholte Darstellung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art

und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“

Angemerkt sei schon an dieser Stelle, dass die vorgenannten Kriterien für die Anwendung der Schlüsselnummer F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) nicht anzuwenden sind; für diese Störung gelten die dort genannten speziellen Kriterien.

Die diagnostischen Leitlinien für die Kerngruppe der somatoformen Störungen, die Somatisierungsstörung, sind wie folgt:

- Mindestens zwei Jahre anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde.

- Hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist.
- Eine gewisse Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten.

*\*Korrespondierender Autor:*

*Prof. Dr. Hans-Peter Volz, Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck, Balthasar-Neumann-Platz 1, 97440 Werneck,  
E-Mail: hans-peter.volz@kh-schloss-werneck.de  
O. Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich  
Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, Nussbaumstraße 7, 80336 München*

In der ICD-10 wird folgende Einteilung durchgeführt:

- Somatisierungsstörung (F 45.0)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1)
- Hypochondrische Störungen (F 45.2)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)
- Anhaltende (somatoforme) Schmerzstörung (F 45.4)

Bei der somatoformen autonomen Funktionsstörung wird je nach dem hauptsächlich betroffenen Organsystem eine Unterteilung eingeführt.

Während bei der Somatisierungsstörung, der undifferenzierten Somatisierungsstörung, der somatoformen autonomen Funktionsstörung sowie der anhaltenden (somatoformen) Schmerzstörung das Empfinden körperlicher Symptome im Vordergrund steht, ist dies bei der hypochondrischen Störung etwas anders: Hier steht entweder die Beschäftigung mit dem Gedanken, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, im Zentrum oder empfundenen Symptomen wird eine überstarke Bedeutung beigemessen, diese Symptome werden als „abnorm“ oder „belastend“ erlebt.

Eine interessante Modifikation ergibt sich bereits im ICD-10 in der Unterteilung der anhaltenden (somatoformen) Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) in anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41, siehe oben). Während die erstere Störung durch einen Schmerz, der „durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann“, charakterisiert ist, also dem „Grundprinzip“ der somatoformen Störungen folgt, handelt es sich bei der zweiten Störung um eine „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“. Hier nehmen die Schmerzen ihren Ausgangspunkt in einem „physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung“, „psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht

die ursächliche Rolle für deren Beginn“.

Mit dieser Definition stellt sich die „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ in gewisser Weise außerhalb der Kerndefinition der somatoformen Störungen, nämlich dass kein oder kein ausreichend erklärendes Korrelat den Beschwerden zugrunde liegen darf. Mit dieser Unterform der somatoformen Schmerzstörung wird konzeptionell der im DSM-5 dann breit erfolgende Perspektivwechsel vorweggenommen.

Obwohl es schon immer Unterschiede zwischen dem DSM- und dem ICD-10-System gab, war der Grundsatz, dass die Beschwerden kein (ausreichend erklärendes) organisches Korrelat haben dürfen, im Wesentlichen gleich.

Mit Einführung des DSM-5 ist hier eine gravierende Modifikation eingetreten. Nun ist es nicht mehr notwendig, dass eine „negative“ Feststellung getroffen werden muss, nämlich dass „kein“ organisches Korrelat vorhanden ist. Vielmehr werden die Beschwerden *unabhängig* von einer eventuell zugrunde liegenden organischen Störung gewertet, es kommt nun lediglich darauf an, wie die Beschwerden affektiv vom Patienten bewertet werden.

Wie Dimsdale und Levenson [5] ausführen, basiert die Diagnose der Somatic Symptom Disorder auf Kriterien, die vorhanden sind, nicht auf einer fehlenden organischen Erkrankung. Sie fahren fort, dass die Tatsache, dass der Fokus der Diagnose nun nicht mehr auf unerklärten somatischen Symptomen liege, es möglich mache, das Leiden des Patienten in den Mittelpunkt zu rücken, ohne dessen Legitimation infrage zu stellen.

Das charakteristische Symptom ist allerdings die abnorme Bewertung der verspürten Symptome. Das bedeutet, dass Patienten mit der ehemaligen Diagnose „Somatisierungsstörung“ („medically unexplained symptoms“) und jene, bei denen eine organische Ursache vorliegt („medically explained symptoms“), in einer diagnostischen Kategorie zusammengefasst werden. Es geht mehr um eine unangemessene, schlecht

angepasste Reaktion auf körperliche Symptome unabhängig von deren (pathophysiologischer) Erklärbarkeit.

Weiterhin hat sich auch die Sichtweise zur vormals als hypochondrische Störung bezeichneten Erkrankung geändert. Während vormals hierunter eine Störung verstanden wurde, bei der eine übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, verstanden wurde, wird dieser Begriff in der DSM-5 durch „Illness Anxiety Disorder“ (unter derselben Diagnosenummer 300.7) ersetzt; das A-Kriterium (charakteristische Symptome) lautet nun: „preoccupation with having or acquiring a serious illness“, im Weiteren wird dann darauf eingegangen, dass körperliche Symptome entweder nicht vorhanden oder nur gering ausgeprägt sein dürfen. Besonders wird nun der Aspekt Angst betont, und zwar Angst weniger in Zusammenhang mit empfundenen körperlichen Beschwerden als vielmehr in Zusammenhang mit der angenommenen Bedeutung, Wichtigkeit und Ursache der Beschwerden. Laut Mayou [28] ist es ein Fehler, diese Entität im DSM-System nicht unter den Angststörungen zu führen.

## Therapiestudien – Veränderungsmessung

Eine der Behandlungsmethoden der Wahl bei somatoformen Störungen ist die kognitive Verhaltenstherapie, allerdings sind auch pharmakologische Behandlungsoptionen verfügbar. Therapeutische Interventionen müssen einen Wirksamkeitsnachweis erbringen, insofern spielt die Frage, mit welchen Messinstrumenten dieser Wirksamkeitsnachweis erbracht werden soll, eine überragende Rolle.

Vor nunmehr 20 Jahren hatten wir uns dieser Frage schon einmal gewidmet [39]. Damals sind wir zu dem Schluss gekommen – wobei nahezu keine Studien zur Wirksamkeit von Pharmaka in diesem Indikationsgebiet vorlagen –, dass der somatische Subscore der Hamilton-Angst-Skala (HAMA [9]) als Fremdbeurteilungsinstrument im Sin-

ne eines primären Wirksamkeitsparameters am besten geeignet sei, obwohl diese Skala ursprünglich nicht für dieses Indikationsgebiet vorgesehen war. Der somatische Subscore umfasst folgende Items:

- allgemeine somatische Angst (muskulär)
- allgemeine somatische Angst (sensorisch)
- kardiovaskuläre Symptome
- respiratorische Symptome
- gastrointestinale Symptome
- urogenitale Symptome
- neurovegetative Symptome

In gewisser Weise in Entsprechung hierzu schlugen wir das SCL-90-R [3] als hauptsächlich zu verwendende

#### Abkürzungsverzeichnis Messinstrumente und Klassifikationssysteme

BDI	Beck Depression Inventory
CCMD-3	Clinical Classification of Mental Disorders
CGI (-S/-I)	Clinical Global Impression (-Severity Scale/-Improvement Scale)
CISSD-SDS	Comprehensive International Schedule for Somatoform Disorders – Somatoform Disorders Schedule
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
GAF	Global Assessment Functioning
HADS	Hospital Anxiety Depression Scale
HAMA	Hamilton-Angstskala
HAMA-SOM	Subscore Somatische Angst der HAMA
HAMD	Hamilton-Depressionsskala
ICD-10	International Classification of Diseases, 10 <sup>th</sup> edition
MOSPM	Medical Outcome Study Pain Measure
MPQ	McGill Pain Questionnaire
PHQ-15	Patient Health Questionnaire-15
PPI	Pain Intensity Scale des MPQ
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SCL-90-R	Self-Report Symptom Inventory 90 Items-Revised
SCL-90-R-SOM	Somatischer Subscore der SCL-90-R
SF-36	Short Form (36) Gesundheitsfragebogen
SOMS-7	Somatoform Disorders Screening Symptoms-7
tPRI	Total Pain Rating Index des MPQ
VAS	Visuelle Analogskala
WHO-QoL-Brief	World Health Organization Quality of Life Brief Scale

Selbstbeurteilungsskala vor; diese Skala verfügt neben guter Validität und Reliabilität über die Möglichkeit, ebenfalls einen Somatisierungs-Subscore zu generieren.

Nummehr soll in der vorliegenden Arbeit überprüft werden, ob die seinerzeitigen Aussagen noch haltbar sind oder unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse modifiziert werden sollten.

Um sich diesem Thema möglichst systematisch anzunähern, wird zunächst eine Übersicht über diejenigen Studien zum Thema somatoforme Störungen gegeben, die primär pharmakologische Ansätze verfolgten, wobei das Hauptaugenmerk nicht auf den Ergebnissen liegt, sondern auf den Bewertungssystemen des primären Wirksamkeitsparameters. Sodann wird eruiert, welche Bewertungssysteme in erster Linie verwendet wurden, diese werden dann mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen diskutiert.

Eine Schlussfolgerung auf dem Hintergrund des veränderten Konzepts der somatoformen Störungen im DSM-5 schließt diese Arbeit ab.

## Studienübersicht

Wir führten eine Literaturrecherche mit den Stichworten „somatoform disorder“ und „trial“ durch. Sofern der Schwerpunkt auf psychopharmakologischen Interventionen ruhte, wurde diese Arbeit in die Übersicht aufgenommen. In **Tabelle 1** sind diese Arbeiten dargestellt.

Betrachtet man die doppelblinden, Placebo-kontrollierten Untersuchungen, so wurden zwei Designvarianten durchgeführt:

- Doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Parallelgruppendesigns [21, 26, 31, 32, 40, 41]
- Doppelblinde, randomisierte, kontrollierte Cross-over-Designs [1, 28, 34]

Im Folgenden soll ein konservativer Ansatz in Bezug auf die relevanten Studien zur Identifikation des am besten zur Unterschiedsmessung geeigneten Instruments gewählt werden. Daher sollen nur Studien mit einem Parallelgruppendesign, als dem allgemein üblichen

und auch von den Zulassungsbehörden empfohlenen Design, berücksichtigt werden.

Da somatoforme Schmerzstörungen eine im Vergleich zu den anderen somatoformen Störungen recht homogene Störungsgruppe darstellen und die Erfassung von Schmerzen ein weitgehend gelöstes Problem ist, sollen auch Studien im Bereich somatoformer Schmerzstörungen im Weiteren unberücksichtigt bleiben. Demnach verbleiben folgende Studien mit den entsprechenden Erfassungsinstrumenten für deren primären Wirksamkeitsparameter:

- Volz et al. [40]: HAMA-SOM
- Volz et al. [41]: HAMA-SOM
- Müller et al. [32]: Kombiniertes Messinstrument bestehend aus SOMS-7 (Screening für somatoforme Störungen [53 abgestufte Items zur Symptomerfassung der letzten sieben Tage], HAMA-SOM, SCL-90-R-SOM, CGI), globale Beurteilung durch den Patienten

- Kroenke et al. [21]: PHQ-15
- Müller et al. [31]: PHQ-15

Die Arbeit von Kroenke et al. [21] erfasste ausschließlich komorbide Patienten, sodass diese Arbeit für den hier verfolgten Zweck durch die wahrscheinliche Konfundierung der Ergebnisse für das primäre Wirksamkeitskriterium durch die komorbide psychiatrische Symptomatik ebenfalls nicht geeignet erscheint.

Wie unschwer zu erkennen ist, kommen im Wesentlichen zwei Wirksamkeitsinstrumente in Betracht:

- HAMA-SOM (drei Arbeiten)
- PHQ-15 (eine Arbeit)

### HAMA-SOM

Der HAMA-SOM ist eine *Fremdbeurteilungsskala*; sieben Items der insgesamt 14 Items umfassenden HAMA werden als Faktor I („somatische Angst“) bewertet (**Tab. 2**).

Die HAMA ist in Bezug auf die Validität und Reliabilität sehr gut untersucht. Die Skala wurde breit bei unterschiedlichen Patientenpopulationen und auch bei Nicht-Patienten eingesetzt, viele Referenzwerte liegen vor. Da zahlreiche Untersucher im Umgang mit dieser

Tab. 1. Übersicht über die einzelnen Studien zur Pharmakotherapie bei somatoformen Störungen

Autor (Quelle)	Design	Einschlusskriterium	Gruppen, N	Prim. Wirksamkeitsparameter	Ergebnis
40	DBPC	ICD-10: F45.0, F45.1, F45.3	1. Opipramol, n=99 2. Placebo, n=101	HAMA-SOM	1. > 2.
41	DBPC	ICD-10: F45.0, F45.1, F45.3	1. Johanniskraut (LI 160), n=75 2. Placebo, n=74	HAMA-SOM	1. > 2.
32	DBPC	ICD-10: F45.0, F45.1, F45.3	1. Johanniskraut (LI 160), n=87 2. Placebo, n=88	Combined measure consisting of SOMS-7, HAMA-SOM, SCL-90-R-SOM, CGI-Verbesserung, CGI-Wirksamkeit, global assessment by patient	1. > 2.
26	DBPC	Persistent somatoform pain disorder (ICD-10)	1. Fluoxetin, n=40 2. Placebo, n=40	MOSPM, HAMD-17	1. > 2.
21	DBPC	MDD, GAD oder SAD + MSD (multisomatoform disorder, DSM-IV)	1. Venlafaxin, n=55 2. Placebo, n=57	PHQ-15	1. = 2.
31	DBPC	Multisomatoform disorder	1. Escitalopram, n=25 2. Placebo, n=25	PHQ-15	1. > 2.
38	DBPC, cross-over	DSM-III-R: somatoform pain disorder (307.80)	1. Amitriptylin 2. Amitriptylin + Flupentixol 3. Placebo n (Gesamt) = 81	Pain intensity (vermutlich VAS): 0–10	Nur Korrelationen mit biochemischen Parametern berichtet.
34	DBPC, cross-over	1. Depression (DSM-III-R ohne Schmerz) 2. Organic pain and comorbid depression 3. Somatoform pain disorder with comorbid depression 4. Organic pain without comorbid depression	1. Mianserin 2. Placebo n (Gesamt) = 35	HAMD, BDI, MPQ, VAS, 'subjective assessments'	1. = 2.
1	DBPC, cross-over	Somatoform disorder (ICD-10; DSM-III-R, CISSD-SDS)	1. Levosulpirid 2. Placebo n (Gesamt) = 74	CISSD-SDS	1. > 2.
2	DB	DSM-IV-R: Pain disorder	1. Citalopram, n=17 2. Reboxetin, n=18	MPQ (PPI, tPRI)]	1. = 2.
19	DBPC und randomisiert offen	Somatoform disorders, CCMD-3	1. Paroxetin, n=15, db 2. Amitriptylin, n=15, db 3. Paroxetin, n=30, offen	HAMD, HAMA	1. = 2. = 3.
17	Randomisiert, offen	Somatoform disorder (nicht näher spezifiziert)	1. Venlafaxin 2. Amitriptylin n (Gesamt) = 68	CGI, SCL-90	1. = 2.
18	Randomisiert, offen	Somatization disorder (nicht näher spezifiziert)	1. Venlafaxin 2. Doxepin n (Gesamt) = 68	HAMD	1. = 2.
42	Randomisiert, offen	Somatization disorder (nicht näher spezifiziert)	1. Paroxetin 2. Akupunktur n (Gesamt) = 184	HAMD	1. < 2.
25	Randomisiert, offen	Medically unexplained symptoms for at least 6 months, no formal diagnosis	1. Interventionsgruppe (Psychotherapie + Antidepressiva), n=94 2. Routine care, n=95	SF-36	1. = 2.
46	Randomisiert, offen	Somatic disorder (nicht näher spezifiziert)	1. Fluoxetin 2. Chinese medicine (combination of Xiaoyao and Wendan decoction) N gesamt: ?	CGI, SCL-90	1. ≤ 2.
16	Randomisiert, offen	ICD-10: F45.0, F45.1, F45.3	1. Citalopram, n=30 2. Citalopram + Paliperidon, n=30	SOMS-7	1. < 2.
29	Randomisiert, offen	ICD-10: F45.0, F45.1	1. Pestwurz, Baldrianwurzel, Passionsblumenkraut, Zitronenmelissenblätter n=59 2. Baldrianwurzel, Passionsblumenkraut, Zitronenmelissenblätter, n=49 3. Placebo, n=53	VAS (anxiety), BDI	1. > 2. > 3.

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Download von: www.ppt-online.de

Tab. 1. Übersicht über die einzelnen Studien zur Pharmakotherapie bei somatoformen Störungen (Fortsetzung)

Autor (Quelle)	Design	Einschlusskriterium	Gruppen, N	Prim. Wirksamkeitsparameter	Ergebnis
12	Randomisiert, offen	Undifferentiated somatoform disorder (DSM-IV)	1. Mirtazapin, n=50 2. Venlafaxin, n=45	PHQ-15	1. > 2.
13	Randomisiert, offen	Undifferentiated somatoform disorder (DSM-IV)	1. Fluoxetin, n=28 2. Sertralin, n=17	PHQ-15	1. = 2.
8	Offen	Multisomatoform disorder	Topiramate	MPQ, pain VAS, CGI, GAF, HADS	Verbesserung
33	Offen	Somatoform disorders (DSM-IV, Untergruppen nicht näher spezifiziert)	Fluvoxamin, n=29	SCL-90, HAMD	Verbesserung
44	Offen	Undifferentiated somatoform disorder, conversion disorder (DSM-IV)	Herbal medicine (Kampo, eine Art der Phytotherapie in der traditionellen japanischen Medizin), n=120	CGI, WHO-QoL-Brief	Verbesserung
30	Offen	Somatization disorder (DSM-IV) or abridged somatization disorder (Exobar's criteria)	Nefazodon, n=15	Physical symptom severity (VAS), SF-36, CGI	Verbesserung
7	Offen	Somatoform disorder, CCMD-3-criteria	1. Fluoxetin 2. Fluoxetin + Olanzapin 3. Fluoxetin, Olanzapin + Gestalttherapie	HAMD	3. > 2. = 1.
23	Offen	Somatoform disorders	1. Paroxetin, n=30 2. Paroxetin + Quetiapin, n=26	SCL-90, HAMD	1. > 2.
27	Offen	Somatoform disorders	1. Antidepressiva/Anxiolytika, n=23 2. Antidepressiva/Anxiolytika + Antipsychotika, n=22	SCL-90	1. > 2.
43	Offen	Persistent somatoform pain disorder	1. Venlafaxin, n=35 2. Amitriptylin, n=35	Symptomremission, nicht näher definiert	1. = 2.
15	Offen	Somatoform disorders	1. Mirtazapin 2. Amitriptylin n (Gesamt)=80	HAMD	1. = 2.
45	Offen	Somatization disorder	1. Mirtazapin, n=35 2. Clomipramin, n=35	SCL-90, CGI	1. = 2.
47	Offen	Somatoform disorder	1. Venlafaxin, n=35 2. Amitriptylin, n=35	HAMD, HAMA	1. > 2.
14	Offen, case series	Persistent somatoform pain disorder (F45.4), hypochondriac disorder (F45.2), undifferentiated somatoform disorder (F45.1), autonomic dysfunction somatoform disorder (F45.3)	Pregabalin	CGI-S/I, HAMD-SOM (Items 11–16)	Verbesserung

DB: doppelblind; DBPC: doppelblind, Placebo-kontrolliert; GAD: generalisierte Angststörung; MDD: schwere depressive Episode; n: Patientenzahl; SAD: Soziale Angststörung; Abkürzungen der Messinstrumente siehe Abkürzungsverzeichnis

Skala geübt sind, kann deren Praktikabilität und Validität als hoch angesehen werden [10, 22].

### PHQ-15

Der PHQ ist ein *Selbstevaluierungsinstrument* des PRIME-MD. PRIME-MD (Pfizer Inc., New York, NY) ist ein kurzes Instrument, um Kriterien-basierte Diagnosen psychischer Störungen in der Allgemeinpraxis erstellen zu können [11, 35]. Der PHQ wurde in zwei großen Studien [36, 37] an 6000 Patienten unterschiedlicher Diagnosen validiert. Erfasst werden drei Diagnosen (major Depression, Panikstörung, Buli-

mia nervosa) und fünf unterschwellige Syndrome (andere depressive Störungen, andere Angststörungen, mögliche Alkoholabhängigkeit/schädlicher Gebrauch, „binge eating“, mögliche somatoforme Störung). Kroenke et al. [20] untersuchten die 15 Items umfassende somatische Subskala, von ihnen als PHQ-15 bezeichnet, in einer großen Validierungsstudie und fanden, dass mit zunehmenden Score auf der PHQ-15 die funktionellen Einschränkungen der Probanden größer werden; sie schlossen daraus, dass diese Skala nützlich für das Screening und das Monitoring der Schwere somatischer Symptome sein

könnte, wobei – wie auch in der Arbeit selbst kritisch angemerkt wird – die Veränderungssensitivität in dieser Untersuchung nicht erfasst wurde. Der Aufbau des PHQ-15 ist **Tabelle 3** zu entnehmen ([20]; deutsche Validierung durch Löwe et al. [24]).

### Vergleich von HAMA-SOM und PHQ-15

Bei der Durchsicht der im PHQ-15 aufgeführten Symptome fällt auf, dass diese sich in weiten Teilen mit jenen der HAMA-SOM überschneiden, wenngleich die HAMA-SOM nur sieben Items umfasst, während im PHQ-15

Tab. 2. Aufbau des HAMA-SOM

Item	Symptome
7	Allgemeine somatische Angst (muskulär)
8	Allgemeine somatische Angst (sensorisch)
9	Kardiovaskuläre Symptome
10	Respiratorische Symptome
11	Gastrointestinale Symptome
12	Urogenitale Symptome
13	Neurovegetative Symptome

Die Ratingintervalle sind 0: nicht vorhanden, 1: gering, 2: mäßig, 3: stark, 4: sehr stark. Somit können maximal 28 Punkte in der HAMA-SOM erzielt werden.

15 Items vorhanden sind, die aber lediglich durch eine „Aufspreizung“ bestimmter Beschwerdebereiche in Einzel-Items zustande kommen. Die HAMA-SOM wurde nicht speziell für die Erfassung und Veränderungs-messung von Beschwerden im Rahmen somatoformer Störungen konstruiert, vielmehr zur Erfassung von somatischen Angstsymptomen im Rahmen von Angsterkrankungen; der PHQ-15 wurde genau zur Erfassung von somatoformen Beschwerden konstruiert. Beim PHQ-15 handelt es sich um ein Selbstbeurteilungs-, bei der HAMA-SOM um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Im Allgemeinen kann durch eine Fremdbeurteilung eine bessere Differenzierung zwischen der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen erreicht werden. Der PHQ-15 verfügt pro Item über eine Unterteilung in drei Schweregrade, die HAMA-SOM in fünf; somit erlaubt die letztere Skala eine genauere Beurteilung des Ausprägungsgrades jedes einzelnen Items. Zudem haben sich die HAMA und ihre Subfaktoren als sehr veränderungssensitiv erwiesen, in zahllosen Studien ist es beispielsweise mithilfe dieser Skala gelungen, zwischen der Verum- und der Placebo-Bedingung zu differenzieren. Dies ist für den PHQ-15 nicht der Fall.

All diese Argumente lassen es überraschend klar erscheinen, welches Beurteilungsinstrument bisher im Rahmen doppelblinder Studien zu pharmakologischen Interventionen bei Patienten mit somatoformen Störungen mit Ausnahme von somatoformen Schmerzstörungen am besten geeignet erscheint, nämlich die HAMA-SOM.

**Bedeutung für die Diagnose nach DSM-5**

Wie schon dargelegt ist die wesentliche Änderung im DSM-5, dass die „organische Erklärbarkeit“ der Beschwerden nicht mehr notwendige Voraussetzung zur Diagnosestellung ist und dass es stärker als bisher auf die angsterfüllte Bewertung der empfundenen körperlichen Beschwerden ankommt. Die HAMA-SOM ist im Gegensatz zum PHQ-15 nicht zielgerichtet zur Erfassung somatoformer Symptome konstruiert worden, vielmehr zur Erfassung verschiedener, unter anderen körperlicher Angstsymptome. Dieser weiter oben aufgeführte Nachteil der HAMA-SOM könnte, wenn die emotionale Bewertung körperlicher Beschwerden verstärkt in das Zentrum rückt (wie gerade im DSM-5 geschehen) zu einem zusätzlichen Vorteil dieser Skala werden.

**Interessenkonflikterklärung**

H-PV hat von Lundbeck GmbH, AstraZeneca GmbH, Pfizer Pharma GmbH, Otsuka Pharma GmbH, Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Janssen-Cilag GmbH, Neuraxpharm GmbH Beraterhonore erhalten. H-PV hat von Lundbeck GmbH, AstraZeneca GmbH, Pfizer Pharma GmbH, Otsuka GmbH, Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Janssen-Cilag GmbH, Bristol-Myers Squibb & Co. KG, aA, Servier Deutschland GmbH, Otsuka Pharma GmbH, Spitzner Arzneimittelwerke GmbH, Trommsdorff GmbH & Co. KG, Neuraxpharm GmbH Vortragshonore erhalten. SK hat Forschungsunterstützung erhalten von Eli Lilly, Lundbeck A/S, Bristol-Myers Squibb, Servier, Sepracor, GlaxoSmithKline, Organon, Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG sowie Beraterhonore von AstraZeneca, Austrian Sick Found, Bristol-Myers Squibb, German Research Foundation (DFG), GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Lundbeck A/S, Pfizer, Organon, Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Sepracor, Jans-

Tab. 3. Aufbau des PHQ-15 [nach 20]

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?*
a. Bauchschmerzen
b. Rückenschmerzen
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)
d. Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme mit der Menstruation
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
f. Kopfschmerzen
g. Schmerzen im Brustbereich
h. Schwindel
i. Ohnmachtsanfälle
j. Herzklopfen oder -rasen
k. Kurzatmigkeit
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?***
n. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
o. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf

\*Antwortmöglichkeiten „nicht beeinträchtigt“, „wenig beeinträchtigt“ und „stark beeinträchtigt“, denen die Zahlenwerte 0 bis 2 zugeordnet werden  
 \*\*\*Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“, „beinahe jeden Tag“, denen die Zahlenwerte 0 bis 3 zugeordnet werden

sen und Novartis und Vortragshonorare von AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck A/S, Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co.KG, Servier, Sepracor and Janssen.

HJM hat von Astra-Zeneca, Eli Lilly, Janssen, Lundbeck, Pfizer, Schwabe, Servier, Otsuka und Takeda Honorare für Vortrags- und Beratertätigkeiten oder Forschungsgelder erhalten und war Präsident oder Vorstandsmitglied der CINP, ECNP, WFSBP und EPA und Vorsitzender der WPA-Sektion zur Pharmakopsychiatrie.

### Somatoform disorders and options of change measurement

Somatoform disorders are prevalent and can lead to profound diagnostic and therapeutic difficulties. Whereas in DSM-IV-R and ICD-10 absence of somatic reason is a core criterion, this was changed in DSM-5. There, the diagnosis of this disorder is mainly based on the affective content of the somatic complaints. An unsolved issue is the therapy of these disorders. Besides cognitive-behavioral approaches, psychotropic agents have also been investigated regarding their efficacy and safety. However, there is no consensus, which instrument should be used to measure the main efficacy outcome criterion. In this paper the relevant studies using psychotropic compounds are first identified and characterized, then the double-blind, randomized studies are more thoroughly evaluated. Two instruments were mostly used to measure efficacy: the somatic subscore of the Hamilton Anxiety Scale and the PHQ (Patient Health Questionnaire)-15. The advantages and disadvantages of both scales are described.

**Key words:** Somatoform disorders, ICD-10, DSM IV-R, DSM-5, randomized, controlled, double-blind trials, Hamilton Anxiety Scale, PHQ-15

### Literatur

- Altamura AC, Di Rosa A, Ermentini A, Guaraldi GP, et al. and the Collaborative Group on Somatoform Disorder. Levosulpiride in somatoform disorders: A double-blind, placebo-controlled cross-over study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003;7:155–9.
- Aragona M, Bancheri L, Perinelli D, Tarsitani L, et al. Randomized double-blind comparison of serotonergic (citalopram) versus noradrenergic (reboxetine) reuptake inhibitors in outpatients with somatoform, DSM-IV-TR pain disorder. *Eur J Pain* 2005;9:33–8.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90/an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13–28.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Bern: Huber, 2005.
- Dimsdale JE, Levenson J. What's next for somatic symptom disorder. *Am J Psychiatry* 2013;170:1393–5.
- Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe, 2014.
- Feng J, Lang SY, Wang J, et al. Effects of SSRI and SSRI with psychotherapy on patients with somatoform disorders. *Chinese Mental Health Journal* 2012;20:814–6 (Arbeit in Chinesisch, nur Abstract auf Englisch).
- Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C. Topiramate as a treatment for pain in multisomatoform disorder patients: an open trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:417–21.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50–5.
- Hamilton M. Hamilton Anxiety Scale. In: Guy W (ed.). ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Maryland: Rev Ed Rockville 1976:193–8.
- Hahn SR, Kroenke K, Williams JBW, Spitzer RL. Evaluation of mental disorders with the PRIME-MD. In: Maruish M (ed.). Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum, 2000:191–253.
- Han C, Pae CU, Lee BH, Ko YH, et al. Venlafaxine versus mirtazapine in the treatment of undifferentiated somatoform disorder. A 12-week prospective, open-label, randomized, parallel-group trial. *Clin Drug Invest* 2008;28:251–61.
- Han C, Pae CU, Lee BH, Ko YH, et al. Fluoxetine versus sertraline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder. A randomized, open-label, 12-week, parallel-group trial. *Progress Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:437–44.
- Harnack D, Scheel M, Mundt A, Kupsch A, et al. Pregabalin in patients with antidepressant treatment-resistant somatoform disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:537–9 [Letter].
- Hua O, Yuju L. Comparison of mirtazapine and amitriptyline in the treatment of somatoform disorders. *China Journal of Health Psychology* 2004;14:560.
- Huang M, Luo B, Hu J, Wei N, et al. Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder: results of a 6-week randomized study. *Int Clin Psychopharmacol* 2012;27:151–8.
- Jiang X, Yang K, Hu W, et al. A clinical effective analysis of venlafaxine in treatment of somatoform disorders. *Chinese General Practice* 2005;8:1177–8.
- Ju G. A study of venlafaxine in the treatment of somatization disorder. *Med J Chinese People Health* 2003;15:590–4.
- Kong LS, Li J, Zhang X. Comparison study of domestic paroxetine and amitriptyline in treatment of somatoform disorders randomized double-blind study. *Med J Chin Public Health* 2004;16:733–5.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258–66.
- Kroenke K, Messina N, Benattia I, Graepel J, et al. Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious primary care patients with multisomatoform disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:72–80.
- Lader MH, Marks IM. The rating of clinical anxiety. *Acta Psychiatr Scand* 1974;50:112–37.
- Li G, Jin W. Comparison study of paroxetine and paroxetine combined with quetiapine in treatment of somatoform disorders. *Chin J of Behavioral Med Sci* 2006;15:598–9.
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. 2. Auflage. Manual. Komplettversion und Kurzform. Pfizer, 2002.
- Luo Z, Goddeeris J, Gardiner JC, Smith RC. Costs of an intervention for primary care patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2007;58:1079–86.
- Luo YL, Zhang MY, Wu WY, Li CB, et al. A randomized double-blind clinical trial on analgesic efficacy of fluoxetine for persistent somatoform pain disorder. *Progress Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:1522–5.
- Ma C, Zhang GS, Zhang XZ. A control observation of curative effects about combination with low dose of antipsychotics in treatment of somatoform disorders. *Medical Journal of Chinese People Health* 2004;16:528–9.
- Mayou R. Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *Br J Psychiatry* 2014;204:418–9.
- Melzer J, Schrader E, Brattström A, Schellenberg R, et al. Fixed herbal drug combination with and without Butterbur (*Ze 185*) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmacological trial. *Phytother Res* 2009; DOI: 10.1002/ptr.2771.
- Menza M, Lauritano M, Allen L, Warman M, et al. Treatment of somatization disorder with nefazodone: a prospective, open-label study. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13:153–8.
- Muller JE, Wetzel I, Koen L, Niehaus DJH, et al. Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2008;23:43–8.
- Müller T, Mannel M, Murck H, Rahlfs VW. Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 2004;66:538–47.
- Noyes R, Happel RL, Muller BA, Holt CS, et al. Fluvoxamine for somatoform disorders: an open trial. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:339–44.
- Onghena P, De Cuyper H, van Houdenhove B, Verstraeten D. Mianserin and chronic pain: a double-blind placebo-controlled process and outcome study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:198–204.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PHQ-15 study. *JAMA* 1994;272:1749–56.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737–44.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Hornyak R, et al. for the Patient Health Ques-

- tionnaire Obstetrics Gynecology Study Group. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759–69.
38. Van Kempen GMJ, Zitman FG, Linssen ACG, Edelbroek PM. Biochemical measures in patients with a somatoform pain disorder, before, during, and after treatment with amitriptyline with or without flupentixol. *Biol Psychiatry* 2002;31:670–80.
39. Volz HP, Stieglitz RD, Menges K, Möller HJ. Somatoform disorders – diagnostic concept, controlled clinical trials, and methodological issues. *Pharmacopsychiatry* 1994;27:231–7.
40. Volz HP, Möller HJ, Reimann I, Stoll KD. Opipramol for the treatment of somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000;10:211–7.
41. Volz HP, Murck H, Kasper S, Möller HJ. St. John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)* 2002;164:294–300.
42. Xu Y, Fu C. A comparative study of paroxetine versus acupuncture-therapy in treatment of somatization disorder. *JPMT* 2006;13:2302–3.
43. Xu J, Li S. Venlafaxine in the treatment of 35 cases of persistent somatoform pain disorder. *Herald of Medicine* 2004;23:397–9.
44. Yamada K, Ryosuke D. Effectiveness of herbal medicine (Kampo) and changes of quality of life in patients with somatoform disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:199–201.
45. Ye M, Xie Z, Wang Y, Zheng W, et al. Mirtazapine in the treatment of somatization disorder. *Clin Med* 2006;25:14–5.
46. Yu H. Clinical observation on treatment of somatic disorder with combination of Xiaoyao powder and Wendan Decoction. *CJITWM* 2006;26:1114–6.
47. Zahnyu Y, Xinhua L, Jianlin L, et al. A control study of venlafaxine in the treatment of somatoform disorder. *J Clin Psychosom Dis* 2006;12:262–3.

## Korrekturhinweis

**Zum Beitrag „Wirk- und Verträglichkeitsprofil des Antidepressivums Agomelatine in der täglichen Praxis. Gepoolte Analyse von vier nichtinterventionellen Studien“ von Gerd Laux, Bettina Barthel, Göran Hajak, Matthias Lemke und Hans-Peter Volz (Psychopharmakotherapie 2015;22(3):136–47):**

Der Beitrag wurde infolge eines redaktionellen Versehens ohne Interessenkonflikte gedruckt. Wir bitten unsere Leser und die Autoren um Entschuldigung und tragen die Angaben im Folgenden nach. In der Online-Version wurden sie bereits ergänzt.

### Interessenkonflikte

Die Autoren erklären folgende potenziellen Interessenkonflikte:

GL: Beratung oder Teilnahme an einem Expertenbeirat: Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka, Servier; Honorare für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel: Bayer, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Ser-

vier; Unterstützung für Kongressbesuche: Lundbeck

BB: Angestellte von Servier Deutschland GmbH, Medical Affairs

GH: Beratung oder Teilnahme an einem Expertenbeirat: Actelion, Lundbeck, Merck, Servier; Honorare für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel: Actelion, Affectis, AstraZeneca, Bayer Vital, Boehringer Ingelheim, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesamt für Strahlenschutz, BrainLab, Bristol-Myers Squibb, Cephalon, Deutsche Forschungsgesellschaft, Essex, EuMeCom, Gerson Lerman Group Council of Healthcare Advisors, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, McKinsey, Meda, Merck, Merz, Network of Advisors, Neurim, Neurocrine, Novartis, Organon, Orphan, Pfizer, Proc-

ter & Gamble, Purdue, Sanofi, Schering-Plough, Sepracor, Servier, Takeda, Transcept, Wyeth; Unterstützung für Kongressbesuche: AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Merck, Merz, Pfizer, Sanofi, Servier, Takeda; Forschungsbeihilfe: BMBF, Bundesamt für Strahlenschutz, BrainLab, Janssen-Cilag ML; Honorare für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel: Boehringer Ingelheim, Forum für medizinische Fortbildung, Lundbeck, Servier; Unterstützung für Kongressbesuche: Lundbeck, Servier; sonstige Unterstützung (z.B. Ausrüstung, Personal, Veranstaltungsausrichtung): Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck  
H-PV: Beratung oder Teilnahme an einem Expertenbeirat: AstraZeneca, Janssen-Cilag, Lilly Deutschland, Lundbeck, Neuraxpharm, Otsuka Pharma, Pfizer Pharma, Dr. Willmar Schwabe, Steigerwald Arzneimittelwerk; Vortragshonorare: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Janssen-Cilag, Lilly Deutschland, Lundbeck, Neuraxpharm, Otsuka Pharma, Pfizer Pharma, Dr. Willmar Schwabe, Servier Deutschland, Spitzner Arzneimittelwerke, Steigerwald Arzneimittelwerk, Trommsdorff

**Die Psychopharmakotherapie im Internet:**

**<http://www.ppt-online.de>**

Inhaltsverzeichnisse – Volltextsuche – Termine – Autorenhinweise