Somatoform/Fachartikel

Der nachfolgende Artikel berücksichtigt Geschlechterunterschiede bei verschiedenen somatoformen Störungen. Einen geschlechterübergreifenden Überblick zu den Erkrankungen erhalten Sie in den AWMF-S3-Leitlinien zu nicht-spezifischen funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden.

Epidemiologie

Inzidenz/Prävalenz

Somatoforme Erkrankungen weisen eine deutliche Geschlechterdifferenz hinsichtlich epidemiologischer Daten auf, generell höhere Prävalenzzahlen sind dabei beim weiblichen Geschlecht festzustellen: In der Studie *Gesundheit Erwachsener in Deutschland* von 2014 ergaben sich 12-Monats-Prävalenzen von 1.7 Prozent bei Männern und 5.2 Prozent bei Frauen (18 bis 79 Jahre).[1] Ein Alterseffekt ist dabei besonders bei Männern zu beobachten: Während bei den 18- bis 35-jährigen nur drei Prozent an psychosomatischen Beschwerden leiden, sind es bei den 46- bis 65-jährigen bereits sieben Prozent.[2] Dass bei Frauen das Alter einen geringeren Effekt auf die psychosomatische Symptomatik aufweist, ist vermutlich auf ein deutlich höheres Ausgangsniveau zurückzuführen. Detailliertere Angaben zum Einfluss von Alter und Geschlecht auf somatoforme Störungen sind *Tabelle 1* zu entnehmen.

Tabelle 1. Prävalenz somatoformer Störungen in Deutschland (Ein-Monats-Prävalenz). [Quelle: Wittchen et al., 1999]

Altersgruppe	Prävalenz Frauen	Prävalenz Männer	Odds Ratio (w : m)
18-35	8.9 %	3.1 %	3.01
36-45	11.1 %	4.5 %	2.63
46-65	10.4 %	6.9 %	1.57
Gesamt	10 %	4.9 %	2.13

Wenngleich generell höhere Prävalenzzahlen bei Frauen im Vergleich zu Männern festzustellen sind, zeigen sich die Geschlechterunterschiede in den einzelnen diagnostischen Kategorien jedoch variabel. Dabei kann nicht bei jeder somatoformen Störung ein Geschlechtereffekt belegt werden. In nachfolgender Tabelle (*Tabelle 2*) sind allgemeine Häufigkeiten sowie geschlechterspezifische Besonderheiten einzelner somatoformer Störungen ersichtlich.

Tabelle 2. Allgemeine und geschlechterspezifische Häufigkeiten einzelner somatoformer Störungen. [Quelle: Kampfhammer, 2005]

Somatoforme Störung	Allgemeine Häufigkeit	Geschlechterunterschiede
Somatisierungsstörung	• Trotz häufigem Vorliegen von multiplen Symptomen, werden die Kriterien für eine Somatisierungsstörung nur selten voll erreicht (Prävalenz deutlich unter 1 Prozent).[3]	• Betroffen sind nach DSM- und ICD-Kriterien deutlich häufiger Frauen mit einem Geschlechterverhältnis von bis zu 10-20 : 1 (w : m).[4] • Bei bestätigter Diagnose scheint bei beiden Geschlechtern ein ähnliches Symptommuster mit ähnlicher koexistenter Psychopathologie vorzuliegen.[5]
Dissoziative Störung	• Seltene Erkrankung: Punktprävalenz < 0.5 Prozent [6]	• Frauen überwiegen (besonders im stationären Setting) deutlich mit einem Geschlechterverhältnis von 5-10 : 1 (w : m).[7] • In bestimmten Kontexten (Militärdienst oder nach Arbeitsunfällen) erkranken Männer häufiger.[8]
Hypochondrie	• In Allgemeinbevölkerung äußerst selten: 0.2 Prozent [9] • Hypochondrische Symptome und gesundheitsbezogene Sorgen deutlich höher: 6 Prozent [10] • Im medizinischen Primärsektor steigen die Prävalenzen an: > 1 Prozent [11]	• Keine eindeutigen Geschlechterdifferenzen [12]
Körperdysmorphe Störung	• In Allgemeinbevölkerung < 1 Prozent [13] • In dermatologischen und kosmetisch-chirurgischen Kontexten erhobene Raten geben Hinweis, dass die Störung möglicherweise zahlenmäßig unterschätzt wird.[14]	• Keine eindeutige Geschlechterdifferenz [15]
Somatoforme Schmerzstörung	• Lebenszeitprävalenz: etwa 12 Prozent (TACOS-Studie) [16]	• Keine eindeutige Geschlechterdifferenz [17]
Somatorforme autonome Stöurng	• Konzeptuelle Schwierigkeiten in der Diagnose machen epidemiologische Einschätzung schwierig.[18]	• Wahrscheinlich überwiegend Frauen [19]

==

Risikofaktoren und protektive Faktoren

Somatisierungsprozesse werden von vielfältigen Faktoren beeinflusst. Eindimensionale Erklärungen für Geschlechterdifferenzen sind deshalb sehr unwahrscheinlich. Unterschiede in der Wahrnehmung, Interpretation und Kommunikation von Körperreizen, in der Schmerztoleranz, in der Entwicklung von Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepten sowie der Sozialisation des Krankheitsverhaltens, in der Assoziation zu Angst und Depression, in der Anzahl schwerwiegender Traumatisierungen und posttraumatischer Entwicklungen werden als mögliche Faktoren diskutiert.[20]

Tabelle 3 stellt mögliche Ursachen für die ausgeprägtere Somatisierung bei Frauen im Vergleich zu Männern näher dar. Dabei sind diese Geschlechterunterschiede noch weit davon entfernt in übergreifende Modelle eingeordnet werden zu können.[21]

Tabelle 3. Erklärungsaspekte von Somatisierungsprozessen bei Frauen.

Geschlechterspezifischer Aspekt	Erklärung
Schmerzwahrnehmung	In experimentellen Untersuchungen zeigen Frauen im Vergleich zu Männern eine niedrigere Wahrnehumungsschwelle und eine geringere Schmerztoleranz bei der Darbietung von Schmerzreizen.[22]
Zyklusverlauf	Während der lutealen Phase des weiblichen Zyklus kann eine höhere Schmerzsensibilität beobachtet werden. Ein Zusammenhang zu GABA- und opioidergen Einflüssen unter fluktuierendem Östrogenspiegel wird dabei diskutiert.[23]
Körperbewusstsein & -wahrnehmung	Frauen weisen im Vergleich zu Männern ein ausgeprägteres Körperbewusstein sowie eine höhere Vigilanz gegenüber körperlichen Vorgängen auf, was dann Gesundheitsbewusststein und Krankheitsverhalten beeinflussen kann. Bezüglich ihrer Körperwahrnehmung zeigen Frauen eine stärkere Verbindung zwischen internal-viszeralen Hinweisreizen mit externalen Situationsaspekten.[24]
Krankheitsverhalten	Die Entwicklung von Krankheitskonzepten und Krankheitsverhalten beruht auf geschlechterspezifischen Sozialisierungsprozessen. So kann bei Mädchen das erlernte Verhalten, mit Themen wie Selbstmitteilung umzugehen, die (spätere) ärztliche Kontaktaufnahme erleichtern. Dieses Hilfesuchverhalten kann gleichzeitig aber auch die weitere Sensibilisierung für Körpervorgänge fördern.[25]
Affektive und Angststörungen	Frauen erkranken deutlich häufiger an Depressionen und/oder Angststörungen. Diese Tatsache kann dann auf direkte und indirekte Weise Somatisierungsprozesse begünstigen: So sind Somatisierungssydrome oft integrales Symptom von affektiven oder Angststörungen. Auch können Angst und Depression die Chronifizierung und Schwere einer Somatisierungsstörung bedingen.[26]
Traumata	Empirische Studien rechtfertigen die Hypothese, dass traumatische Erlebnisse bei der Entstehung einer Somatisierungsstörung eine wichtige Rolle spielen können. Dabei ist dieser Zusammenhang bei Mädchen und Frauen signifikant häufiger zu beobachten als bei Jungen und Männern. Sowohl frühe als auch aktuelle Traumatisierungserfahrungen können die kognitiv-affektive Bewertung von körperlichen Empfindungen maßgeblich beeinflussen und ein (pathologisches) somatisch-medizinisches Hilfesuchverhalten fördern. Die aktuelle Studienlage erlaubt die Schlussfolgerung, dass je stärker eine frühe Traumatisierung ausfällt, desto größer ist das Risiko, bereits in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter unter einer schweren, häufig chronisch verlaufenden depressiven Störung mit ausgeprägter Suizidalität und multiplen Somatisierungssyndromen (v. a. Schmerzsyndromen) zu leidem. Insgesamt ist dann häufig ein schlechter psycho-biologischer und psychosozialer Status zu beobachten. [27] [28] [29]

==

Pathophysiologie

==

Klinik

Symptome

Betrachtet man die Beschwerden, die einen Patienten oder eine Patientin dazu motivieren, einen Arzt/eine Ärztin zu kontaktieren, scheinen zwischen den Geschlechtern mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zu bestehen. Jackson et al. (2003) stellen fest, dass Patienten und Patientinnen von vergleichbaren Symptomen berichten und nach einer ähnlichen Zeitspanne medizinische Hilfe aufsuchen. Es bestehen dabei auch keine Geschlechterunterschiede in der Dauer der Symptome, in der subjektiven Schwere der körperlichen Beeinträchtigung oder der empfundenen Funktionseinbußen. Jedoch berichten Patientinnen im Verlgleich zu Patienten häufiger von psychosozialen Belastungssituationen sowie einem höherem symptombezogenen Leidensdruck und weisen öfter komorbide psychische Störungen auf.[30]

Im Folgenden (*Tabelle 4*) wird konkreter auf die Körperdysmorphe Störung sowie die Schmerzstörung eingegangen. Hier ergeben sich (anders als bei den übrigen somatoformen Störungen) Geschlechterdifferenzen in der Symptomatik.

Tabelle 4. Geschlechterdifferenzen in der Symptomatik der Körperdysmorphen Störung und der Schmerzstörung. [Quelle: Kampfhammer, 2005]

Somatoforme Störung	Geschlechterdifferenz
Körperdysmorphe Störung	PatientInnen mit einer körperdysmorphen Störung haben die überwertige Überzeugung, ein Körperteil sei verunstaltet, obwohl dies objektiv gesehen nicht der Fall ist. Das Gefühl, hässlich zu sein und deswegen von anderen verspottet zu werden erzeugt dabei übermäßiges Leid. Dabei beziehen Männer und Frauen diese Überzeugung soziokulturell bedingt meist auf unterschiedliche Körperregionen. Frauen äußern ihre körperdysmorphen Empfindungen eher bezüglich Lippen, Gesicht, Brüste, Hüften und Gewicht. Männer fokussieren öfter ihre Genitalien, ihre Muskulatur oder ihr Haupthaar.[31] Beispielsweise kann sich körperdysmorpher Leidensdruck bei Männern (mit der Überzeugung muskulärer Unzulänglichkeit) hinter exzessiven Body-Building verbergen (*body dysmorphia*).[32] Allgemein scheinen körperdysmorphe Störungen bei Frauen häufiger in einer operativen Modifikation zu enden, epochale Trends führen allerdings zu einer Annäherung von Männern und Frauen bezüglich der Entscheidung für plastisch-kosmetische Eingriffe.[33]
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	Ein prominentes (entweder lokalisierbares oder generalisiertes), mindestens sechs Monate anhaltendes Schmerzsyndrom ohne (ausreichendes) organisches Korrelat bestimmt das Beschwerdebild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dabei dominieren Fibromyalgie, persistierende Unterleibsschmerzen und Spannungskopfschmerzen deutlich bei Frauen. Wichtige (und womöglich bedeutendere) Geschlechterdifferenzen weisen auch die hinter einer Schmerzstörung liegenden Somatisierungsprozesse auf: So zeigen Frauen bei der Darbietung von Schmerzreizen eine geringere Wahrnehmungsschwelle sowie Schmerztoleranz als Männer.[34]

==

Diagnostik

In der primären Versorgung kann der Allgemeinarzt bzw. die Allgemeinärztin eine Schlüsselrolle einnehmen und stärker für Somatisierungssymptome, aber auch für somatisierende Ängst und Depressionen sensibilisiert werden. Psychiatrische Basiskenntnisse ebenso wie der Einsatz einfacher Screeninginstrumente können dabei wichtige Veränderungsvariablen darstellen.[35] Besonders bei Frauen mit wiederholten psychosomatischen Beschwerden besteht eine hohe Korrelation zu Depression und/oder Angststörungen, die es zu identifizieren gilt.[36]

Management von Patienten und Patientinnen

Therapie

Therapeutische Behandlungen sollten multimodal gestaltet werden. Wenngleich die grundlegende Bedeutung von Geschlecht und Sexualität dabei erkannt wird, ist in bisherigen Therapiestudien eine geschlechtersensible Dimension noch zu wenig berücksichtigt worden.[37]

Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin

Bei psychischen, aber auch bei somatischen Erkrankungen ist die fachliche Versorgung nicht geschlechterneutral. Dabei nimmt nicht nur das Geschlecht der zu behandelnden Person Einfluss auf den Versorgungsprozess. Entscheidend kann auch sein, ob das jeweilige Fachpersonal weiblich oder männlich ist. So verschreiben Hausärzte und Internisten zum Beispiel allgemein häufiger und in höheren Dosen Psychopharmaka, Sedativa und Analgetika als ihre Kolleginnen (und Patientinnen bekommen diese häufiger verschrieben als Patienten).[38] [39] Auch werden Gesundheitsbeschwerden bei Frauen öfter als psychosomatisch eingeordnet als dies bei männlichen Patienten der Fall ist.[40] Details zum Thema finden Sie unter Geschlecht des Fachpersonals.

Zudem kommunizieren Patientinnen und Patienten verschieden und präsentieren bzw. erklären ihre Symptome in unterschiedlicher Weise (oder versäumen dies). Zum Beispiel sind Männer mehr als Frauen geneigt dazu, psychischer Probleme zu verleugnen oder eigene Lösungsversuche zu suchen. Frauen berichten dagegen früher und häufiger von gesundheitlichen Problemen verschiedener Art.[41] Auch scheint ein Geschlechterunterschied bezüglich der Bewältigung von Problemen (gesundheitsbezogenen und anderen) zu bestehen. Daraus ergeben sich divergente Verhaltensweise bezüglich des Aufsuchens und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe.

Das geschlechterspezifische Kommunikationsverhalten und die häufigere Symptomschilderung auf Seiten der Frauen scheint auch in epidemiologischen Studien dazu beizutragen, dass bei Frauen allgemein häufiger somatoforme Störungen oder auch funktionelle Syndrome wie Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom oder chronisches Müdikeitssyndrom diagnostiziert werden.[42]

Behandlungserfolg/Outcome

Psychosoziale Faktoren

Die Entwicklung von Krankheitskonzepten und Krankheitsverhalten beruht auf geschlechterspezifischen Sozialisierungsprozessen. So kann bei Mädchen das erlernte Verhalten, mit Themen wie Selbstmitteilung umzugehen, die (spätere) ärztliche Kontaktaufnahme erleichtern.

Dieses Hilfesuchverhalten kann gleichzeitig aber auch die weitere Sensibilisierung für Körpervorgänge fördern.[43]

Empirische Studien rechtfertigen zudem die Hypothese, dass traumatische Erlebnisse bei der Entstehung einer Somatisierungsstörung eine wichtige Rolle spielen können. Dabei ist dieser Zusammenhang bei Mädchen und Frauen signifikant häufiger zu beobachten als bei Jungen und Männern. Sowohl frühe als auch aktuelle Traumatisierungserfahrungen können die kognitiv-affektive Bewertung von körperlichen Empfindungen maßgeblich beeinflussen und ein (pathologisches) somatisch-medizinisches Hilfesuchverhalten fördern. Die aktuelle Studienlage erlaubt die Schlussfolgerung, dass je stärker eine frühe Traumatisierung ausfällt, desto größer ist das Risiko, bereits in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter unter einer schweren, häufig chronisch verlaufenden depressiven Störung mit ausgeprägter Suizidalität und multiplen Somatisierungssyndromen (v. a. Schmerzsyndromen) zu leiden. Insgesamt ist dann häufig ein schlechter psycho-biologischer und psychosozialer Status zu beobachten. [44] [45] [46]

Prävention

Translation in die klinische Versorgung

Offene Forschungsfragen

Externe Links

AWMF-S3-Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Literatur

Klicken Sie auf "Ausklappen" um die Literaturverweise anzuzeigen.

2. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 2014; 85(1):77–87.

4. Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland. Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". Das Gesundheitswesen, 61, 216-222.
6. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
8. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
10. Golding JM, Smith GR, 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
12. De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice. The British Journal of Psychiatry, 184(6), 470-476.
14. Kapfhammer HP, Dobmeier P, Rothenhäusler HB, Mayer C (1998 b) Artifizielle Störungen: Zwischen Täuschung und Selbstschädigung. Nervenarzt 69: 401–409
16. Ford CV (1983) Somatizing disorders: Illness as a way of life. Elsevier, New Yo r k
18. Looper KJ, Kirmayer LJ (2001) Hypochondriacal concerns in a community population. Psychol Med 31: 577–58
20. Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al (1997) Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. Am J Psychiatry 154: 989–995
22. Waal MWM de, Arnold IA, Eekhof JAH, Hemert AM van (2004) Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. Br J Psychiatry 184: 470–476
24. Rief W, Hessel A, Brähler (2001) Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. Psychosom Med 63: 595–602
26. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS et al (2001) Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. Am J Psychiatry 158: 2061–2063
28. Phillips KA (2000) Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. Bull Menninger Clin 64: 18–35
30. Phillips KA, Diaz SF (1997) Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 185: 570–577
32. Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt 71:535–542
34. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
36. Kapfhammer HP (2003) Somatoforme Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. 2. erweiterte Auflage. Springer, Berlin Heidelberg NewYork, 1372–1379
38. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
40. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.

42. Barsky A, Peekna HM, Borus JF (2001) Somatic symptom reporting in women and men. J Gen Intern Med 16: 266–275
44. Arendt-Nielsen L, Bajaj P, Drewes AM (2004) Visceral pain: Gender differences in response to experimental and clinical pain. Eur J Pain 8: 465–472
46. Craft RM, Mogil JS, Aloisi AM (2004) Sex differences in pain and analgesia: The role of gonadal hormones. Eur J Pain 8: 397–411
48. Pennebaker JW, Roberts TA (1992) Toward a his and hers theory of emotion:Gender differences in visceral perception. J Soc Clin Psychol 11: 199–212
50. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T (1998) Sex differences in the use of health care services.New Engl J Med 338: 1678–1683
52. Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolf G (2002) Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Schattauer, Stuttgart.
54. Kapfhammer HP (2005 a) Somatisierung als Korrelat komplexer posttraumatischer Persönlichkeitsveränderungen. PTT Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie 9: 116–126
56. Katon W, Sullivan M, Walker E (2001) Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits.Ann Intern Med 134: 917–925
58. Arnow BA (2004) Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Psychiatry 65 (suppl 12): 10–15
60. Jackson JL, Chamberlain J, Kroenke K (2003) Gender and symptoms in primary care practices. Psychosomatics 44: 359–366
62. Perugi G, Akiskal HS, Gianotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB (1997) Genderrelated differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). J Nerv Ment Dis 185: 578–582
64. Pope HG Jr, Gruber AJ,Mangweth B, Bureau B, deCol C, Jouvent R, Hudson JI (2000) Body image perception among men in three countries. Am J Psychiatry 157: 1297–1301
66. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
68. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
70. Fink P, Rosendal M, Toft T (2002) Assessment and treatment of functional disorders in general practice: The extended reattribution and management model – an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. Psychosomatics 43: 93–131
72. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
74. Kapfhammer, H. P. (2005). Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie, 1(2), 63-74.
76. Johnell K, Fastbom J. Gender and use of hypnotics or sedatives in old age: a nationwide register-based study. International journal of clinical pharmacy 2011; 33(5):788–93.
78. van der Waals, F W, Mohrs J, Foets M. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. BMJ (Clinical research ed.) 1993; 307(6900):363–6.
80. The Netherlands Organisation for Health Research and Development. Gender and Health: Knowledge Agenda. Den Haag; 2015.
82. Gijsbers van Wijk, C M, Kolk AM. Sekseverschillen in gezondheidsbeleving. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 1997; 141(6):283–7.

84. Yunus MB (2002) Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. J Gend Specif Med 5: 42–47
86. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T (1998) Sex differences in the use of health care services.New Engl J Med 338: 1678–1683
88. Kapfhammer HP (2005 a) Somatisierung als Korrelat komplexer posttraumatischer Persönlichkeitsveränderungen. PTT Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie 9: 116–126
90. Katon W, Sullivan M, Walker E (2001) Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits.Ann Intern Med 134: 917–925
92. Arnow BA (2004) Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Psychiatry 65 (suppl 12): 10–15

Lizenz

Dieser Artikel ist unter der Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Den vollen Lizenzinhalt finden Sie hier: https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode

Autoren

Julia Schreitmüller

Zuletzt geändert: 2017-10-08 18:47:17