

Toussaint | Herzog

Einführung Somato- forme Störungen, Somatische Belastungsstörungen



PsychoMed
compact

UTB 5349



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Wilhelm Fink · Paderborn
Narr Francke Attempto Verlag / expert Verlag · Tübingen
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Ernst Reinhardt Verlag · München
Ferdinand Schöningh · Paderborn
transcript Verlag · Bielefeld
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart
UVK Verlag · München
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen
Waxmann · Münster · New York
wbv Publikation · Bielefeld

PsychoMed compact - Band 12

Die Reihe wurde begründet von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier (†) und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel; sie wird herausgegeben von Prof. Dr. Elmar Brähler und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel.

Anne Toussaint · Annabel Herzog

Einführung Somatoforme Störungen, Somatische Belastungs- störungen

Mit 14 Abbildungen, 9 Tabellen und 50 Übungsfragen

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. Dipl. Psych. *Anne Toussaint* und Dr. Dipl. Psych. *Annabel Herzog*, Psych. Psychotherapeutin, sind am Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Diagnostik, Behandlung, Lehre und Forschung tätig.

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 5349

ISBN 978-3-8252-5349-3 (Buch)

ISBN 978-3-8385-5349-8 (PDF E-Book)

ISBN 978-3-8463-5349-3 (EPUB)

© 2020 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in EU

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Covermotiv: © GVS – stock.adobe.com (Agenturfoto. Mit Model gestellt)

Satz: Katharina Ehle

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

1 Einführung in die Thematik und Überblick

- 1.1 Charakterisierung des Störungsbildes
- 1.2 Zentrale Begriffe
- 1.3 Historische Konzepte
- 1.4 „Revolution“ der diagnostischen Konzepte: aktueller Stand
- 1.5 Zusammenfassung
- 1.6 Fragen zum 1. Kapitel

2 Epidemiologie

- 2.1 Prävalenz
- 2.2 Komorbidität
- 2.3 Verlauf und Prognose
- 2.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- 2.5 Zusammenfassung
- 2.6 Fragen zum 2. Kapitel

3 Ätiologie und Pathogenese

- 3.1 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungskonzepte
- 3.2 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Konzepte
- 3.3 Modelle der Informationsverarbeitung
- 3.4 Zusammenfassung
- 3.5 Fragen zum 3. Kapitel

4 Grundlagen und Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie

- 4.1 Grundlegende Haltung
- 4.2 Therapeutische Beziehung
- 4.3 Allgemeine Gesprächsführung
- 4.4 Besonderheiten in der Gesprächsführung
- 4.5 Zusammenfassung
- 4.6 Fragen zum 4. Kapitel

5 Diagnostik

- 5.1 Klassifikation
- 5.2 Diagnostischer Prozess
- 5.3 Herausforderungen in der Diagnostik
- 5.4 Differenzialdiagnostik

- 5.5 Diagnostische Tools
- 5.6 Kommunikation der Diagnose
- 5.7 Zusammenfassung
- 5.8 Fragen zum 5. Kapitel

6 Behandlung

- 6.1 Evidenzbasierte Leitlinien
- 6.2 Versorgungsmodell und Indikationen
- 6.3 Initiale Grundversorgung
- 6.4 Erweiterte Grundversorgung I: Simultandiagnostik
- 6.5 Erweiterte Grundversorgung II: Vom Erklärungsmodell zur Bewältigung
- 6.6 Multimodale Behandlung, Psychotherapie, Rehabilitation: Einbeziehung weiterer Behandlungsformen
- 6.7 Zusammenfassung
- 6.8 Fragen zum 6. Kapitel

Literatur

Register

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung werden in den Randspalten Piktogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:



Begriffserklärung, Definition



(Fall-)Beispiel



Literaturempfehlung



Forschungen, Studien



Merksatz



Tipp



Fragen zur Wiederholung am Ende des Kapitels

1 Einführung in die Thematik und Überblick

Nichtspezifische, funktionelle und **Herausforderungen in der Versorgung** somatoforme Körperbeschwerden sind in allen medizinischen Fachrichtungen und über alle Versorgungsstufen des Gesundheitssystems hinweg ein häufiges Phänomen. Für Behandlerinnen und Behandler stellen diese „unklaren“ oder „medizinisch unerklärten“ körperlichen Beschwerden oft eine besondere Herausforderung dar. Neben Schmerzen in verschiedenen Körperteilen (z. B. Rücken, Bauch, Kopf oder Gelenke) handelt es sich beispielsweise um Schwindel, Verdauungsbeschwerden oder Herz- und Atembeschwerden. Die Beschwerden verlaufen häufig chronisch, beeinträchtigen die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erheblich und verursachen hohe Kosten im Gesundheitssystem.

Da das Phänomen der somatoformen Störungen, der funktionellen Syndrome und der (medizinisch unerklärten) anhaltenden Körperbeschwerden so vielfältig ist wie die für diese Art von Beschwerden verwendeten Begrifflichkeiten selbst, soll dieses erste Kapitel zunächst zu einem besseren grundlegenden Verständnis der Thematik beitragen. Anhand eines Fallbeispiels wird ein erster Eindruck zur Symptomatik und klinischen Präsentation belastender Körperbeschwerden vermittelt, wobei auch für die begleitenden psychischen Belastungen und Bewältigungsprobleme betroffener Patientinnen und Patienten sensibilisiert werden soll.

Im Anschluss geben wir, basierend auf dem aktuellen Wissensstand, einen Überblick zur klinischen Relevanz und Charakterisierung des heterogenen Störungsbildes, stellen zentrale Begriffe vor und erläutern historische und aktuelle diagnostische Konzepte in ihrem jeweiligen Kontext.

1.1 Charakterisierung des Störungsbildes

1.1.1 „Die Schmerzen loswerden“: ein Fallbeispiel

Frau L. ist eine 36-jährige Lehrerin. Seit ungefähr einem Jahr B leidet sie immer wieder unter Bauchschmerzen. Anfangs schenkte sie diesen nur wenig Beachtung. Da es aber im Laufe der Monate nicht besser, sondern eher immer schlimmer wurde, macht sich Frau L. jetzt Sorgen, ob nicht doch etwas Ernstes hinter den Schmerzen stecken könnte. Mittlerweile treten die Schmerzen fast täglich auf, sie sind nur noch schwer zu ertragen und am liebsten würde Frau L. sich den ganzen Tag ins Bett zurückziehen, denn nur Ruhe kann die Schmerzen besänftigen. Auch nachts gibt es eine leichte Besserung. Anfangs dachte sie, es sei vielleicht eine Art Unverträglichkeit. Sie hat deshalb bereits versucht, ihre Ernährung zu ändern und auf Milchprodukte, Weizenprodukte und sogar auch auf Fleisch zu verzichten, aber nichts scheint zu helfen. Frau L. hat aufgehört, Alkohol und Koffein zu trinken, aber dennoch scheinen die Bauchschmerzen häufiger und stärker zu werden. Sie hat schon kaum noch Appetit. Zeitweise war es sogar so schlimm, dass Frau L. für einige Tage krankgeschrieben war. Auch einen geplanten Campingausflug mit ihrem Mann und seinen Freunden hat sie abgesagt. Sie hatte Angst, dort eine weitere „Bauchschmerzattacke“ erleiden zu müssen und sich dann nicht zurückziehen zu können. Außerdem ist sie in letzter Zeit auch leicht reizbar und reagiert oft etwas überempfindlich. Das will sie ihren Freunden dann auch nicht zumuten.

Seit drei Monaten ist Frau L. jetzt bei ihrer neuen Hausärztin Frau K. in Behandlung, die ihr von einer Freundin empfohlen wurde. Frau L. fühlt sich dort gut versorgt, denn die Ärztin nimmt sich bisher immer viel Zeit. Zusammen haben sie zunächst detailliert den Beginn und Verlauf ihrer Bauchschmerzen besprochen. Frau K. hat sie auch nach anderen Beschwerden und Vorerkrankungen gefragt. Frau L. erinnerte sich, zu Zeiten ihres Studiums häufig unter Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen gelitten zu haben. Diese sind dann aber irgendwann zum Glück von selbst wieder verschwunden. In ihrer Familie gibt es keine bekannten schwerwiegenden Erkrankungen. Darüber ist sie sehr froh, vor allem, da die Mutter ihres Mannes vor einigen Monaten an Darmkrebs verstorben ist. Das war für die ganze Familie eine sehr belastende Zeit, die viel Kraft gekostet hat.

Frau L. wurde von ihrer Hausärztin gründlich körperlich untersucht, um ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu überprüfen und mögliche Ursachen für die

Bauchschmerzen zu finden. Sie hat einige Labortests angeordnet (insbesondere auch Schilddrüsenwerte, Rheumafaktoren und Entzündungswerte) und Frau L. auch zu weiteren Fachärztinnen und Fachärzten überwiesen. Frau L. war in den letzten Wochen sowohl bei einem Gastroenterologen, als auch bei einem Orthopäden, einem Rheumatologen, einer Neurologin und einer Gynäkologin. Eine Ultraschalluntersuchung des Bauches blieb genau wie die Darmspiegelung und das MRT von Bauch, Halswirbelsäule und Kopf ohne auffällige Befunde. Frau K. hat ihr alle Untersuchungsergebnisse sorgfältig erklärt, sodass Frau L. sich beruhigt fühlt. Zum Glück ist es keine gefährliche oder lebensbedrohliche Krankheit.

Die Hausärztin hat Frau L. schließlich gebeten, ein Protokoll ihrer Bauchschmerzen zu führen und auch alles zu notieren, was damit zusammenhängen könnte. Einen Zusammenhang mit dem Essen konnte Frau L. nicht feststellen und auch keine anderen Hinweise für mögliche Auslöser. Bei Fencheltee hat sie manchmal das Gefühl, dass er helfen kann. Frau L. hat beim Protokollschreiben gemerkt, dass sie insgesamt sehr mit ihren Symptomen beschäftigt ist. Sie hat eigentlich ständig Angst, dass es bald wieder damit losgehen könnte und sie ihre Pläne für den Tag dann wieder mal vergessen kann. Mittlerweile fühlt sie sich deutlich belastet. Sie hat das Gefühl, gar nicht mehr die Alte zu sein. Und auch ihr Mann kann bestätigen, dass sie sich sehr verändert hat. Er findet, sie sei nicht mehr so gut drauf wie früher. Auch zu ihrem gemeinsamen Hobby, dem Rennradfahren, lässt sie sich selbst bei gutem Wetter kaum noch überreden. Frau L. merkt, dass sich ihre Stimmung in den letzten Monaten deutlich verschlechtert hat; sie fühlt sich irgendwie oft traurig und manchmal fast schon verzweifelt.

Zu ihrer Hausärztin geht Frau L. weiterhin regelmäßig, um den Verlauf der Symptome weiter zu beobachten. Frau K. möchte aber auch mit ihr nach möglichen anderen Ursachen für ihre Schmerzen suchen. Sie hat sie zum Beispiel auch nach Belastungen in ihrem Alltag gefragt. Frau L. findet ihren Beruf als Lehrerin durchaus oft anstrengend, vor allem, seit sie diese neue schwierige Klasse übernehmen musste, in der sie sich irgendwie nicht richtig als Respektsperson akzeptiert fühlt. Außerdem macht sie natürlich viele Überstunden. Es finden ja ständig Elterngespräche statt, und sie möchte sich auch immer gut auf ihren Unterricht vorbereiten. Da bleibt nicht mehr so viel Zeit für das Privatleben. Dabei wollte sie ja eigentlich auch selbst mal gerne Kinder haben. Frau L. glaubt eigentlich nicht, dass ihre Bauchschmerzen von diesem ganzen Stress kommen, denn auch bei anderen Menschen ist ja viel los und die haben ja auch nicht immer Bauchschmerzen. Frau K. nimmt diese möglichen Hintergründe der Bauchschmerzen aber ernst und rät Frau L. dazu, sich Unterstützung in einer ambulanten Psychotherapie zu suchen, die bei der Bewältigung von unklaren Körperbeschwerden sehr hilfreich sein kann. Frau L. ist etwas skeptisch, aber sie möchte eigentlich nichts unversucht lassen. Bis sich grundlegend etwas an den Schmerzen geändert hat, möchte sie auf jeden Fall lernen, mit den Beschwerden im Alltag besser umzugehen. Sie möchte den Schmerzen nicht mehr so viel Raum geben. Frau K. sagt, man könne auch zusätzlich über ein Antidepressivum nachdenken, Frau L. möchte es aber erstmal ohne versuchen.

Drei Monate später hat Frau L. bereits mehrere Sitzungen Psychotherapie absolviert. Frau L. hat festgestellt, dass ihre Stimmung sich bereits deutlich

gebessert hat und sogar auch die Häufigkeit und Schwere ihrer Bauchschmerzen etwas zurückgegangen sind. Obwohl die Schmerzen nicht weg sind, scheinen sie besser zu bewältigen zu sein. Frau L. unternimmt auch schon wieder mehr mit Freunden und ihrem Mann. Ihre Hausärztin sieht sie regelmäßig, alle vier Wochen, um Fortschritte zu besprechen und zu überprüfen, ob neue Beschwerden oder Veränderungen im Charakter ihrer Bauchschmerzen auftreten. Frau L. hat allmählich das Gefühl, wieder in ihr altes Leben zurückzukehren.

1.1.2 Klinische Relevanz

Anhaltende Körperbeschwerden sind häufig. Der Begriff bezeichnet subjektiv belastende körperliche Symptome, die unabhängig von ihrer Verursachung mindestens über einen Zeitraum von mehreren Monaten bestehen und dabei an den meisten Tagen vorhanden sind ([WHO 2018](#)).



Anhaltende Körperbeschwerden

- Oberbegriff für subjektiv belastende somatische Symptome
- unabhängig von Ätiologie (\neq Psychogenese)
- über längeren Zeitraum anhaltend (mehrere Monate)

Patientinnen und Patienten mit dieser Art von Beschwerden sind in allen medizinischen Fachrichtungen und Stufen der medizinischen Versorgung bekannt. In der medizinischen Grundversorgung (hausärztliche Versorgung / Allgemeinmedizin) werden die meisten Patientinnen und Patienten mit subjektiv belastenden Körpersymptomen versorgt ([Creed et al. 2011](#); [Kroenke / Mangelsdorff 1989](#)). Aber auch bei spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten oder in psychiatrischen und psychosomatischen Settings berichten Patientinnen und Patienten anhaltende und belastende Schmerzen und / oder

gastroenterologische, kardiovaskuläre, urogenitale oder neurologische Symptome ([Nimnuan et al. 2001](#)).



Abb. 1.1: Häufige Beschwerden in der Hausarztpraxis

Unabhängig von ihrer Verursachung beeinträchtigt diese Art von Symptomen die Lebensqualität und Funktionalität vieler Patientinnen und Patienten erheblich ([Klaus et al. 2013](#); [Joustra et al. 2015](#)). In der Hausarztpraxis häufig berichtete Beschwerden finden sich in [Abb. 1.1](#).

**Lebensqualität,
Funktionalität
deutlich
beeinträchtigt**

Beispiele für typische Beschwerden in spezialisierten Facharztpraxen

B

Gastroenterologie:

Schluckbeschwerden, Erbrechen, Sodbrennen, Husten, Schmerzen hinter dem Brustbein, Druckgefühl im Oberbauch, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Druckschmerz im Magenbereich, Stuhlnunregelmäßigkeiten wie Durchfall oder Verstopfung, Schmerzen bzw. Krämpfe im Bauchbereich, Blähungen

Kardiologie:

Schlafstörungen, Ohrensausen, Ohrgeräusche (Tinnitus), Kopfschmerzen, Schwindel, Hitzewallungen, Atemnot, Brustschmerzen, Engegefühl in der Brust

Urologie:

Schmerzen bei der Blasenentleerung, Harnzwang, Harndrang, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Neurologie:

Schwindel, Zittern, Taubheitsgefühle, Lähmungen, Sehstörungen, einschlafende Gliedmaßen, Erschöpfung

Umfragen in der deutschen **häufige körperliche Beschwerden** Allgemeinbevölkerung bestätigen, dass bis zu 80 % der Menschen im vergangenen Monat zumindest leicht durch Körperbeschwerden beeinträchtigt waren ([Hinz et al. 2017](#); [Abb. 1.2](#)). Die Beschwerden stehen dabei manchmal im Zusammenhang mit einem psychischen Faktor (wie z. B. Kopfschmerzen bei Ärger) oder einem körperlichen Faktor (wie z. B. Rückenschmerzen nach langem Stehen), häufig bleibt der Zusammenhang auch vollkommen unklar ([Känel et al. 2016](#)).

Während viele dieser Symptome vorübergehend sind und von selbst wieder verschwinden, entwickelt etwa ein Viertel der Betroffenen chronische Beschwerden, die auch ein Jahr nach dem ersten Auftreten weiterhin vorhanden sind und den Alltag deutlich einschränken.

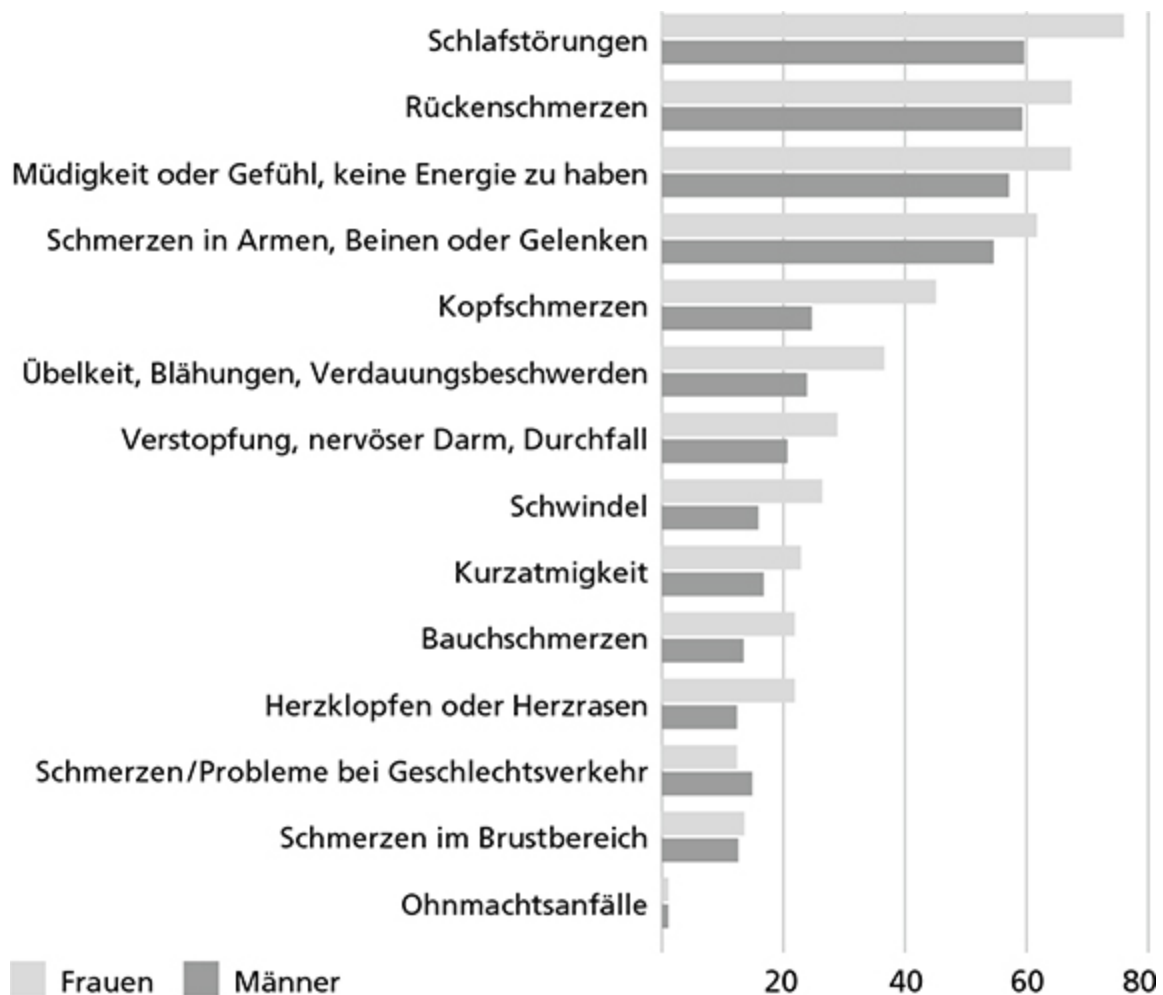


Abb. 1.2: Umfrage (n=9250) in der deutschen Allgemeinbevölkerung zu vorhandenen Körperbeschwerden in den letzten 4 Wochen (Angaben in Prozent; nach [Hinz et al. 2017](#))

In der hausärztlichen Versorgung berichten Patientinnen und Patienten über einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren in 40 % der Fälle über anhaltende und in je 30 % der Fälle über gebesserte bzw. vollständig abgeklungene Beschwerden ([Kroenke 2014](#)).

Mit steigender Anzahl vorliegender Symptome erhöht sich dabei das Chronifizierungsrisiko. Auch ein weibliches Geschlecht gilt als Risikofaktor, denn Frauen tragen ein nahezu doppelt so hohes Risiko, chronische Beschwerden zu entwickeln wie Männer. Da auch eine psychische

Chronifizierung
9
Risikofaktoren und Entwicklung

Komorbidität als Risikofaktor für den chronischen Verlauf von belastenden Körperbeschwerden gilt, sollten Ärztinnen und Ärzte in der Anamnese belastender Körperbeschwerden immer auch eine möglicherweise vorliegende depressive oder Angstsymptomatik erfragen. Häufig entwickeln sich anhaltende Körperbeschwerden in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und dauern dann über die gesamte Lebensspanne an ([Leiknes et al. 2007](#)).

Verlauf belastender körperlicher Beschwerden

- Insgesamt häufig chronisch, wobei einzelne Symptome oft wenig stabil sind und wechseln
- Ca. 1 / 3 der Symptome remittieren innerhalb von 6 Monaten ([Arnold et al. 2006](#))
- Ca. 1 / 3 der Patientinnen und Patienten hat nach 10 Jahren noch Beschwerden ([Leiknes et al. 2007](#))

Risikofaktoren für chronischen Verlauf

- Multiple Symptome
- Weibliches Geschlecht
- Depressivität bzw. psychische Komorbidität

Bei vielen anhaltenden Körperbeschwerden finden sich keine identifizierbaren organischen Ursachen im Sinne physiologischer Krankheitsprozesse wie Gewebe- oder Nervenschädigungen oder peripherer entzündlicher Prozesse.

In der ambulanten und stationären Versorgung präsentieren mindestens 20-40 % der Patientinnen und Patienten körperliche Beschwerden, für die sich keine organische Ursache finden lässt. Fachärztinnen und -ärzte

**medizinisch
unerklärte
Körperbeschwerden**

(z. B. Rheuma-, Schmerz- oder gynäkologische Ambulanz) berichten über vergleichbare Prävalenzen (Creed et al. 2011; Abb. 1.3).

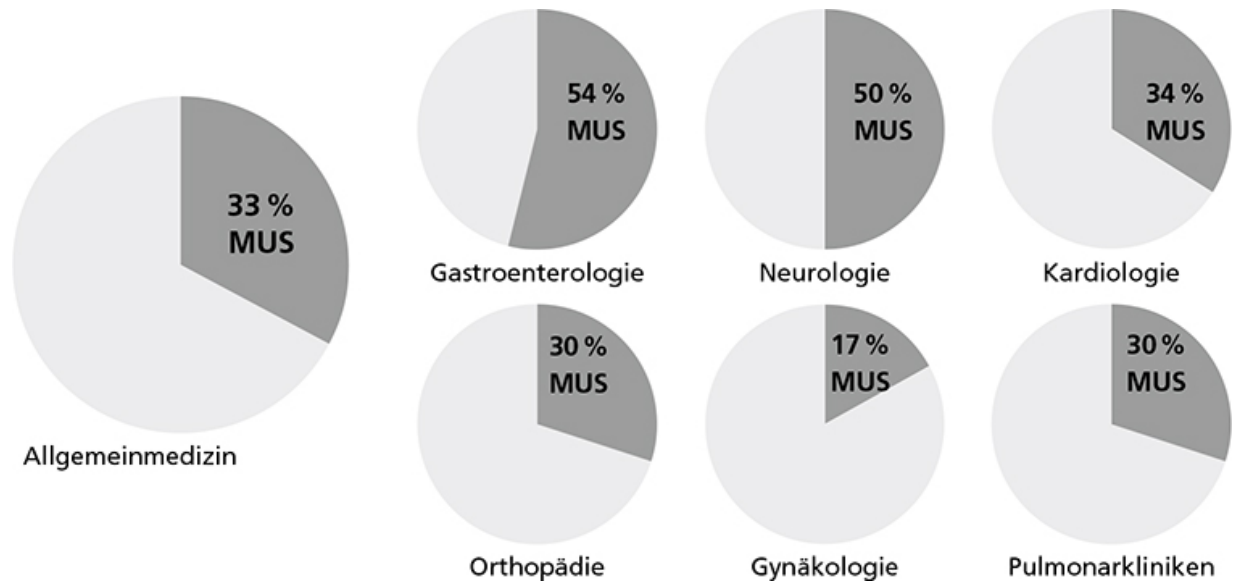


Abb. 1.3: Anteil unerklärter Körperbeschwerden (medically unexplained symptoms, MUS) in unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen (nach Kroenke 2003, bzw. Reid et al. 2001)

Aber auch bei Patientinnen und Patienten mit diagnostizierten chronischen Grunderkrankungen sind die subjektiv als belastend erlebten Symptome (wie Atemnot bei Asthma oder Durchfall bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen) häufig der Hauptfaktor für eine beeinträchtigte Lebensqualität.

Auch wenn eine Grunderkrankung sich beispielsweise aus medizinischer Sicht gut durch Medikamente behandeln lässt, bestehen die belastenden Körperbeschwerden oftmals unabhängig davon weiter. Sie gelten dann sogar als Risikofaktoren für einen schlechteren Krankheitsverlauf, schwerwiegendere Komplikationen, eine erhöhten Mortalität, komorbide Depressionen oder Angsterkrankungen sowie für suizidale Gedanken und

Körperbeschwerden bei chronischen Erkrankungen

Absichten ([Almutary et al. 2013](#); [Griffiths / Jones 2014](#); [Lehmann et al. 2018](#); [Löwe et al. 2008](#); [Wiborg et al. 2013](#)).

Nicht alle Personen mit körperlichen Beschwerden stellen sich in der ärztlichen Praxis vor, sondern vor allem diejenigen, die sich durch ihre Körpersymptome belastet und im Alltag eingeschränkt erleben ([Creed et al. 2011](#)). Die subjektive Belastung durch körperliche Symptome ist dabei unabhängig von deren (somatischer oder psychischer) Verursachung.

**subjektive
Belastung
unabhängig
von
Verursachung**

Psychische Begleiterscheinungen wie mit den Symptomen verbundene Ängste und Sorgen sind oftmals der Hauptgrund für Patientinnen und Patienten, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen ([Joustra et al. 2015](#)).

Als häufigste Symptome werden in der hausärztlichen Versorgung Schmerzen, Müdigkeit und Schwindel berichtet ([Kroenke / Mangelsdorff 1989](#)). Mit zunehmender Dauer und Anzahl von körperlichen Symptomen steigt die Häufigkeit von Arztbesuchen, von komorbiden Angst- und depressiven Störungen sowie von Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität nimmt entsprechend in allen Dimensionen (physische Gesundheit, soziale Kontakte, emotionales Wohlbefinden) ab. Werden die Körperbeschwerden von Krankheitsängsten und -überzeugungen begleitet, steigen das medizinische Inanspruchnahme-Verhalten und die Einschränkungen im Alltag, und auch die Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung nimmt zu ([Creed et al. 2011](#)).

**gesundheitsb
ezogene
Lebensqualitä
t vermindert**

Da viele Symptome weder direkte Auswirkungen einer organischen Erkrankung (z. B. Krebs, Gefäß- oder Entzündungserkrankungen) noch direkte Folgen einer psychischen Erkrankung (z. B. Depressionen oder Angststörungen) sind, ist die nach wie vor verbreitete dualistische Sichtweise, nach der Symptome entweder als

organisch oder psychisch bzw. funktionell klassifiziert werden, nicht haltbar ([Kisely / Simon 2006](#); [Kroenke et al. 2010](#)).

Studien konnten wiederholt zeigen, dass Einschätzungen von Behandlerinnen und Behandlern, ob körperliche Symptome sich durch organische Befunde erklären lassen oder nicht, sehr unzuverlässig sind ([Creed et al. 2011](#); [Hilderink et al. 2013](#)). Je mehr somatische Symptome eine Person berichtet, desto unwahrscheinlicher ist es, dass diese Symptome auf das Vorhandensein einer zugrunde liegenden Grunderkrankung hindeuten und desto wahrscheinlicher ist es, dass zusätzlich eine komorbide Depression oder Angststörung vorliegt.

**kein
Dualismus
organisch vs.
psychisch**

Der Leidensdruck der Patientinnen und Patienten, die Funktionseinschränkungen in wichtigen Bereichen des Alltags und das Chronifizierungsrisiko steigen zudem unabhängig von der Ursache der Symptome mit zunehmender Anzahl somatischer Symptome linear an ([Jackson et al. 2006](#)).

**hohe
Symptomlast
als
Risikofaktor**

In der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Körperbeschwerden gibt es zahlreiche Herausforderungen.



Die medizinische Versorgungsrealität ist gekennzeichnet durch eine fragmentierte Behandlung in spezialisierten Settings (z. B. gastrointestinale Symptome in der Gastroenterologie, Brustschmerzen in der Kardiologie). Auch wenn Patientinnen und Patienten sich tatsächlich oft mit multiplen Symptomen vorstellen, werden diese selten gemeinsam betrachtet oder behandelt ([Aaron / Buchwald 2001](#)). Wenn anhaltende Körperbeschwerden eine

**fragmentierte
Behandlung**

somatische Grunderkrankung begleiten, wird die subjektive Belastung durch die Symptomatik im Rahmen der Standardbehandlung oft vernachlässigt. In einer Vielzahl der Fälle orientiert sich die Behandlung lediglich an den objektiven Krankheitsparametern. Die belastenden Körperbeschwerden werden häufig weder mit den Patientinnen und Patienten diskutiert noch durch klinische Interventionen adressiert ([Henningsen et al. 2018](#)).

Es fehlt an allgemein akzeptierten, evidenzbasierten diagnostischen Konzepten und Behandlungsansätzen für betroffene Patientinnen und Patienten. Obwohl sich bei vielen Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Körperbeschwerden sowohl mit psychotherapeutischen als auch mit pharmakologischen Interventionen eine Verbesserung ihrer Beschwerden und Beeinträchtigung erzielen lässt, ist die Wirksamkeit aktueller Behandlungsmethoden mit Effektstärken im mittleren Bereich weiterhin verbesserungswürdig.

eingeschränkte Wirksamkeit von Behandlungsmethoden

Darüber hinaus bleibt die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit anhaltenden Körperbeschwerden lange unbehandelt oder wird zumindest nicht leitliniengemäß behandelt ([Henningsen et al. 2018](#); [Kleinstäuber et al. 2016](#); [Wortman et al. 2018](#); [Herzog et al. 2018](#)).

lange Dauer unbehandelter Erkrankungen

Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich mit ihren Beschwerden von ihren Behandlerinnen und Behandlern nicht ausreichend ernst genommen. Vor allem, wenn sich Symptome nicht hinreichend durch zugrunde liegende physiologische Prozesse oder Erkrankungen erklären lassen, fühlen sich Patientinnen und Patienten manchmal als Simulantinnen und Simulanten missverstanden.

Simulation, d. h. das bewusste Vortäuschen von Symptomen oder Beschwerden, ist in der täglichen Praxis



Simulation

tatsächlich ein eher seltenes Phänomen ([Mayou / Farmer 2002](#)).

Erfolgreiche Ansätze für die Prävention und Früherkennung sowie ein Zugang zu spezialisierter Versorgung für anhaltende Körperbeschwerden werden in der Praxis häufig nicht umgesetzt ([Murray et al. 2016](#)). Medizinische Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse oder auch Untersuchungen, die über eine notwendige und angemessene organmedizinische Abklärung hinausgehen, sowie häufige ambulante und stationäre Behandlungsversuche, ohne substanzielle Besserung der Beschwerden, führen dann zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Indirekte Kosten entstehen zudem durch Krankschreibungen und Produktivitätsverluste ([Konnopka et al. 2013](#)). Die klinische Relevanz von belastenden Körpersymptomen für die Lebensqualität und psychische Gesundheit sowie für die Arbeitsfähigkeit, die Anzahl an Arztbesuchen und verursachten Gesundheitskosten ist entsprechend hoch und vergleichbar mit den Kosten für das Gesundheitssystem, die durch Angst- und depressive Störungen verursacht werden ([Barsky et al. 2005](#)).

Kosten durch anhaltende Körperbeschwerden

1.2 Zentrale Begriffe

Die unübersichtliche Terminologie erschwert die Versorgung und Forschung im Bereich anhaltender Körperbeschwerden. Im Rahmen der diagnostischen Konzeption werden derzeit zahlreiche Begrifflichkeiten für anhaltende Körperbeschwerden verwendet.


Vor allem in der hausärztlichen Praxis wird für Beschwerden, für welche keine hinreichend erklärende, klar benennbare körperliche Erkrankung mit entsprechender Behandlungskonsequenz

uneinheitliche Terminologie

zu finden ist, oft der Begriff nichtspezifische (oder veraltet „medizinisch unerklärte“) Symptome verwendet. Eine weitere Parallelklassifikation findet sich zwischen den verschiedenen somatischen Fachrichtungen, die von funktionellen somatischen Syndromen sprechen, und den psychosozialen Fächern, die somatoforme Störungen wie die Somatisierungsstörung diagnostizieren.

Viele dieser Begriffe sind ungenau, kulturell unsensibel und manchmal irreführend oder stigmatisierend, vor allem der früher verwendete Begriff „medizinisch unerklärter“ Symptome (Kirmayer / Sartorius 2007; Mayou / Farmer 2002). Letzterer wurde häufig verwendet, wenn Symptome in Abwesenheit einer identifizierbaren Grunderkrankung auftraten.

In den einzelnen medizinischen Fachdisziplinen werden anhaltende Körperbeschwerden ohne hinreichendes organisches Korrelat oft im Sinne funktioneller Störungen diagnostiziert. Syndrome wie Fibromyalgie, chronisches Erschöpfungssyndrom (auch Chronic Fatigue Syndrome oder myalgische Enzephalomyelitis), chronische Schmerzen oder das Reizdarmsyndrom kennzeichnen sich durch bestimmte Muster somatischer Symptome, die sich dabei oft auf bestimmte Organsysteme beziehen.

Fischer / Nater 2012 geben einen 
detaillierteren Überblick über funktionelle
Syndrome.

Es erfolgt dann je nach Lokalisation der körperlichen Beschwerden eine Diagnosestellung, die in die entsprechende medizinische Fachdisziplin fällt. Funktionelle somatische Symptome können auch bei Menschen mit einer schweren körperlichen Erkrankung auftreten.

Zum Beispiel können nach einem Herzinfarkt oder einer Herzoperation muskuläre Brustschmerzen von Patienten als Hinweis auf eine Angina pectoris

fehlinterpretiert werden, was dann zu unnötiger Sorge und Belastung führt ([Mayou / Farmer 2002](#)).

B

Obwohl die einzelnen Kategorien funktioneller Syndrome für die tägliche medizinische Praxis nützlich sein können, zeigen aktuelle Studien, dass erhebliche Überschneidungen und Gemeinsamkeiten zwischen diesen einzelnen Syndromen bestehen ([Chalder / Willis 2017](#)).

Bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen (z. B. Angststörungen, affektive und somatoforme Störungen) liegt der Fokus hauptsächlich auf psychischen Prozessen. Wenn gleichzeitig somatische Symptome vorhanden sind, geht es bei der Diagnostik um die Art und Anzahl dieser Symptome, und zwar unabhängig davon, auf welches Organsystem sie sich beziehen. Beispielsweise gehen psychische Beschwerden im Zusammenhang mit einer Depression oder Angststörung begleitend häufig mit somatischen Symptomen einher, die sich dann durch eine wirksame Behandlung der psychischen Störung oft ebenfalls bessern. In Fällen, in denen die belastenden Körperbeschwerden vordergründig sind, ist die geeignetste Diagnose dann die einer somatoformen Störung (bzw. aktueller Begriff laut ICD-11 und DSM-5: „somatische Belastungsstörung“; [Levenson et al. 2018](#)).

Unterschiedliche Begriffe werden in unterschiedlichen Settings und Klassifikationssystemen benutzt

(z. B. Hausarzt, Facharzt, psychotherapeutische Versorgung etc.):

- Nichtspezifische oder medizinisch unerklärte Symptome
- Funktionelle Syndrome (z. B. Reizdarm, Fibromyalgie, Chronic Fatigue)

- Somatoforme Störungen (ICD-10, DSM-IV)
- Somatische Belastungsstörung (ICD-11, DSM-5)


Der Vorteil des übergeordneten Begriffes „anhaltende Körperbeschwerden“ ist, dass er keine Psychogenese, sondern nur die Störung bestimmter Körperfunktionen voraussetzt. Obwohl es also unterschiedliche medizinische und psychiatrische Klassifikationen für diese Art von Symptomen gibt, handelt es sich dabei eigentlich um alternative Methoden, um die gleichen oder zumindest ähnliche Phänomene zu beschreiben ([Henningens et al. 2018](#); [Kroenke 2003](#)). Unser Lehrbuch nimmt vor allem die Gemeinsamkeiten dieser Störungsbilder in den Blick. Unser Anliegen ist es fächerübergreifend und praxisnah ein umfassendes (biopsychosoziales) Verständnis anhaltender Körperbeschwerden zu fördern.

Die Existenz paralleler Klassifikationsmöglichkeiten ist oftmals verwirrend. Für viele anhaltende Körperbeschwerden kann eine einfache Beschreibung mit einer zusätzlichen Spezifikation des Symptoms wie „isoliert“ oder „multiple“ und „akut“ oder „chronisch“ ausreichend sein. Häufig vermittelt auch eine Kombination aus medizinischen und psychiatrischen Diagnosen die beste Information wie z. B. Reizdarmsyndrom mit komorbider Angststörung ([Mayou / Farmer 2002](#)).

Nicht alle belastenden Körperbeschwerden haben einen Krankheitswert. Erst wenn sie über einen Zeitraum von mehreren Monaten bestehen und bedeutsames Leiden und Beeinträchtigungen bei den Patienten verursachen, sollte eine Diagnose wie beispielsweise die somatoforme Störung (nach ICD-10 und DSM-IV) vergeben werden ([Rief / Martin 2014](#)).

1.3 Historische Konzepte

Anhaltende Körperbeschwerden sind kein neues Phänomen. Medizinisch unerklärte Körperbeschwerden sind vermutlich seit Anbeginn der medizinischen Lehre bekannt.

Eine ausführliche Darstellung der Historie somatoformer Störungen findet sich bei [Morschitzky \(2007\)](#). 

Im Folgenden werden die zentralen Entwicklungen in der Konzeptualisierung der somatoformen Störungen bis hin zur heute aktuellen Diagnose der somatischen Belastungsstörung (nach ICD-11 und DSM-5) in Kürze dargestellt.

Vor allem der Somatisierungsbegriff findet sich bereits früh bei [Stekel \(1908, 1935\)](#); vgl. [Kleinstäuber 2018](#)). Lange Zeit galt die Somatisierung nicht als eigenständige Störungseinheit, sondern als Symptom und Folge einer anderen zugrunde liegenden psychopathologischen Störung, vor allem der Hysterie ([Hoffmann 1996](#)) oder der (larvierten) Depression. [Bridges und Goldberg \(1985\)](#) benannten ein hohes ärztliches Inanspruchnahmeverhalten, einen somatischen Attributionsstil der Beschwerden, das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung sowie ein Ansprechen der somatischen Beschwerden auf die Behandlung der psychischen Primärerkrankung als notwendige Kriterien, um die Diagnose einer Somatisierung zu erfüllen.

In der klassischen, psychoanalytisch geprägten Psychosomatik wurde Somatisierung nicht als Kategorie für eine Störungseinheit genutzt, sondern vielmehr als Bezeichnung für einen Prozess bzw. pathologischen Mechanismus, der sich auf den Vorgang der Konversion psychischer Konflikte in somatische Symptombildung bezog ([Hoffmann 1996](#); [Küchenhoff 2001](#)). Dahinter steht die Idee, dass der Verlust

**Konzept der
Somatisierung**
9

bestimmter körperlicher Funktionen (z. B. Sehen, Hören oder willkürliche motorische Handlungen) in Zusammenhang zu starken emotionalen Zuständen (z. B. als Folge von Traumatisierungen) steht.

In diesem Zusammenhang wurde auch der Begriff der Dissoziation beschrieben, der eine Desintegration von mentalen Prozessen und Inhalten wie des Erlebens, Handelns oder des Gedächtnisses meint ([Kapfhammer 2001](#)).

Das bekannteste Vorläuferkonzept der heutigen somatoformen Störungen (bzw. der Somatisierung) ist das bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eingeführte „Briquet-Syndrom“ ([Briquet 1895](#)). Briquet konzeptualisierte die Somatisierungsstörung dabei multifaktoriell (biopsychosozial) und benannte entsprechend emotionale Einflüsse, familiäre Erfahrungen und psychosoziale Stressoren als relevante Einflussfaktoren für die Symptomentstehung. Auch in der Definition von [Lipowski \(1988, S. 1359\)](#) wird die Somatisierung als multidimensionales Phänomen beschrieben. Es handelt sich demnach um

„eine Tendenz, körperlichen Stress zu erleben und zu kommunizieren, der nicht hinreichend durch pathologische Befunde zu erklären ist, diesen auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen und dazu medizinische Hilfe aufzusuchen“.

Diese frühe Definition bildet die charakteristischen Merkmale der Somatisierung gut ab und bezieht perzeptuelle, kognitive und auch verhaltensbezogene Merkmale mit ein. Sie hat die Begriffsbestimmungen der somatoformen Störungen in den Klassifikationssystemen der Weltgesundheitsorganisation (WHO: International Classification of Disorders [ICD]) und der American Psychiatric Association (APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]) stark geprägt.

In den Klassifikationssystemen der WHO (1991) und der [APA \(2000\)](#) wurden die somatoformen Störungen lange Zeit