

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (1)

- **Teil 1: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

Jeder 5. Arztbesuch geht auf vielfältige körperliche Beschwerden zurück, die sich organisch nicht hinreichend erklären lassen. So etwas nannte man früher „psychogen“, später „psychosomatisch“, heute als „nicht-spezifisch“, „funktio-nell“ oder „somatoform“ bezeichnet. Damit hat(te) das Problem erst einmal einen Namen – aber leider noch keine Klärung. Und das ist nicht nur für den Be-troffenen unangenehm, irritierend oder zunehmend belastend, es hat auch ris-kante Konsequenzen, und zwar nicht nur seelisch oder gar körperlich, sondern auch psychosozial im Alltag.

Zum einen können harmlose Befindlichkeitsstörungen zu „ernsten, weil unklaren medizinischen Problemen“ ausufern. Das ist dann zwar objektiv eher we-niger dramatisch, für die Betroffenen aber nicht nur ein unnötiger, sondern ggf. auch zermürender Leidensweg. Folgenschwerer ist die andere Seite, nämlich wenn z. B. organische, vor allem mehrschichtige und damit kompli-zierte Krankheits-Verläufe als „funktionelle Syndrome“ verkannt und entspre-chend falsch behandelt werden. Oder kurz gefasst: „rein seelisch“, also auch nicht weiter abklärungs-bedürftig und als Therapieform lediglich beschwichti-gend (wie erwähnt: „das ist nur seelisch, machen Sie sich keine Sorgen“).

Das hört sich jetzt erst einmal negativ an, ist auch nicht selten, darf jedoch nicht nur kurzfristig der diagnostischen und therapeutischen Seite angelastet werden, auch wenn Frustration, Verunsicherung und letztlich Verärgerung un-ter den Patienten drohen. Denn wenn man sich einmal in die vielschichtige und schwer durchschaubare Materie einarbeitet, wird man überrascht sein, wie viele klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedensten Fachbereichen verunsichern können.

Dazu zählen nicht nur Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Klinische und Medizinische Psychologie, sondern auch die Allgemein- und Familienmedizin, die Innere Medizin und hier beispielsweise die Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie, Rheumatologie, ferner die Neurologie und Orthopädie mit Schmerztherapie, die Arbeits- und Umweltmedizin, die Gynäkologie und Geburtshilfe, die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Urologie und Sexualmedizin, die Dermatologie, Allergologie und Immunologie und sogar die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Es sind also nicht nur die Patienten zu bedauern, man muss auch der häufig komplizierten Arbeit der Diagnostiker und Therapeuten eine objektive Sichtweise zugestehen. Aber wie das Ganze konkretisieren, um beiden Seiten zu Hilfe zu kommen?

Das hat sich ein Fachbuch bzw. seine Herausgeber und zahlreichen MitarbeiterInnen zur Aufgabe gemacht, sprich *die S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie* im Auftrag bzw. unter Mitarbeit von rund drei Dutzend Fachgesellschaften und Verbänden: ein Referenzwerk, das in dieser Form in deutscher Sprache noch nicht verfügbar war. Es basiert auf umfangreichen Literatur-Recherchen und einem – nicht immer einfach zu erreichenden – interdisziplinären Konsens.

Dabei galt es viel Administratives zu schultern, doch kamen auch die konkreten Empfehlungen zu Haltung, Gesprächsführung, Behandler-Patient-Beziehung und Praxisorganisation nicht zu kurz. Und natürlich zahlreiche Therapie-Empfehlungen, und zwar sowohl für Hausärzte als auch für somatisch, psychosomatisch oder psychiatrisch arbeitende Fachärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in Klinik und Praxis. Abgerundet wird das Werk durch übersichtliche Diagnostik- und Therapie-Algorithmen, konkrete Praxis-Tipps und eine Patienten-Leitlinie.

Nachfolgend eine kurz gefasste Auswahl entsprechender Probleme aus dem Alltag von Praxis, Klinik und Beratung als kleine Informations-Serie.

Erwähnte Fachbegriffe:

Teil 1: psychogene Störungen – psychosomatische Störungen – somatoforme Störungen – funktionelle Störungen – nicht-spezifische Körperbeschwerden – organische Körperbeschwerden – Somatisierungsstörungen – somatoforme autonome Funktionsstörungen – Beschwerdebilder ohne körperliche Erklärung – „Schmerzen ohne Grund“ – Befindlichkeitsstörungen – vegetative Beschwerden – „Gesundheits-Angst“ – hypochondrische Ängste – funktionelle Syndrome – Simulation – Aggravation – u.a.m.

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körper-Beschwerden sind Fachbegriffe, die den wenigsten etwas sagen dürften; und sogar manchen Ärzten und Psychologen in allen ätiopathogenetischen Einzelheiten (Ursache, Verlauf, Folgen u. a.) nicht geläufig sind. Doch gehören sie zu den häufigsten Beeinträchtigungen in unserer Zeit und Gesellschaft: betroffen soll rund jeder Fünfte sein, also Millionen Menschen, allein im deutschsprachigen Bereich.

Diese erstaunliche und sicher nicht von jedem akzeptierte Erkenntnis wird aber rasch deutlich, wenn man einmal den nachfolgenden Informations-Kasten über klinisch bedeutsame Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachbereichen überfliegt. Die bestehen zwar auch überwiegend aus Fachbegriffen, die sich nicht jedem sofort erschließen, doch vieles ist dann doch bekannter, vielleicht sogar aus eigener Leidenszeit.

Noch deutlicher wird es im zweiten Kasten, der zahlreiche Beschwerden auf-führt, für die besonders häufig *keine* ausreichende körperliche Erklärung gefunden werden kann, trotz aller ärztlicher Bemühungen. Und spätestens da wird dann auch deutlich, wie drängend eine klare, eindeutige, wissenschaftlich fundierte, dann aber auch alltags-relevante und deshalb für Diagnose und Therapie nützliche Klärung ist, und zwar für eben auch zahlreich Betroffene.

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu diesem Thema, basierend auf dem Fachbuch *Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden*, aus dem Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013. Dort haben sich Verlag, Herausgeber und zahlreiche MitarbeiterInnen zur Aufgabe gemacht, im Auftrag bzw. unter Mitarbeit von rund drei Dutzend Fachgesellschaften und Verbänden so genannte S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinien zu verfassen, also ein Referenzwerk, basierend auf umfangreichen Literatur-Recherchen mit möglichst breiter Übereinstimmung aller Beteiligten. Einzelheiten dazu siehe im Anhang dieses 1. Teils.

Constanze Hausteiner-Wiehle, P. Henningsen, W. Häuser, M. Herrmann, J. Ronel, H. Sattel, R. Schäfert (Hrsg.):

UMGANG MIT PATIENTEN MIT NICHT-SPEZIFISCHEN, FUNKTIONELLEN UND SOMATOFORMEN KÖRPERBESCHWERDEN

S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie

Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013. 329 S., € 39,99

ISBN 978-3-7945-2908-7

Im Einzelnen, wobei die nachfolgende Übersicht in verschiedenen Ausgaben versucht, einen Verständnis-Kompromiss zu finden, wenn in den Leitlinien darauf hingewiesen wird, dass zu diesem oder jenem Phänomen durch die beteiligten Fachgesellschaften und Verbände keine völlige Übereinstimmung erzielt werden konnte (nach jedem Kapitel als Konsens unterschiedlicher Stärke bezeichnet). Hier geht es vor allem um die übergeordneten Ziele, wie sie auch von den Teilnehmern angestrebt werden, und zwar in allgemeinverständlicher Form.

Kasten 1: Klinisch relevante Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder aus den verschiedenen Fachdisziplinen*

Psychosomatische Medizin Psychiatrie Klinische und Medizinische Psychologie

- Somatisierungsstörung
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung
- Somatoforme autonome Funktionsstörung
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Hypochondrische Störung
- Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung (Konversion)
- (Nicht wahnhaft) Körperdysmorphie Störung
- Neurasthenie
- „larvierte“ oder „somatisierte“ Depression

Allgemein- und Familienmedizin

- **Wichtige Allgemeinsymptome:** Abgeschlagenheit, Leistungsknick, außergewöhnliche Müdigkeit, Schweißausbrüche, Hitzewallungen, Schlafstörungen, Ess-Störung, Kreislaufbeschwerden, Konzentrationsstörung, Gedächtnisstörungen, Juckreiz
- **Abdominelle Beschwerden (Reizmagen und Reizdarm):** Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Druckgefühl, Bauchschmerzen, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Luftschlucken, vermehrtes Aufstoßen, Sodbrennen, Meteorismus, Schluckauf, Flatulenz, postprandiale dyspeptische Beschwerden, Diarrhöen, häufiger Stuhldrang, Obstipation, Pruritus ani, Kribbeln im Bauch, Appetitverlust, Speisunverträglichkeit, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Zungenbrennen
- **Unterbauchbeschwerden/urogenitale Beschwerden:** chronische Unterbauchschmerzen, Pelvipathiesyndrom; Urogenitaltrakt (Reizblase, Urethralesyndrom, Prostata-dynie): Häufiges und/oder schmerzhaftes Wasserlassen, Gefühl erschwelter Miktion, Schmerzen im Unterbauch/ Darm, Juckreiz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr;

beim Mann: funktionelle Sexualstörungen, Impotenz oder Störungen des Samenergusses; *bei der Frau:* schmerzhafte und unregelmäßige Regelblutungen, ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss, sexuelle Gleichgültigkeit, unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich, funktionelle Sexualstörungen

- **Thorakale Beschwerden:** Herzrasen oder Herzstolpern, Atemhemmung/Atembeklemmungen, Druckgefühl/Beklemmungsgefühle/Stiche in der Herzgegend; Atmungsstörungen z.B. Hyperventilieren; Globusgefühl, Dysphagie, retrosternale Schmerzen
- **Nervensystem und Sinnesorgane:** Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit, ticartige Erscheinungen
- **Muskuloskelettal:** Arthritische Beschwerden, Wirbelsäulen-Syndrome, Verkrampfungen, Verspannungen.
- **Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation:** Kopf- oder Gesichtsschmerzen, muskuloskelettale Schmerzen (Rücken, Arme oder Beine, Gelenke), organbezogene Schmerzen (Magen-/Darm, Brust)
 - Reizmagen/Reizdarmsyndrom
 - Chronische Müdigkeit/Chronic Fatigue-Syndrome
 - Fibromyalgie-Syndrom
 - Atypischer Brustschmerz
 - Mitralklappenprolaps
 - Hyperventilationssyndrom
 - Post-Lyme (Borreliose)-Syndrom
 - Candida-Hypersensitivitäts-Syndrom
 - (Golfkriegssyndrom)

**Allgemeine
Innere Medizin
Gastroentero-
logie
Kardiologie
Pulmonologie
Rheumatologie**

Neurologie

**Orthopädie und
Schmerztherapie**

**Arbeits- und
Umweltmedizin**

- Multiple Chemikalien-Unverträglichkeit (MCS)
- Elektro-Hypersensitivität
- Sick Building-Syndrome
- Amalgam-Überempfindlichkeit
- Beschwerden, die auf Expositionen mit Holzschutzmitteln, Lösungsmitteln, Insektiziden und Schwermetallen bezogen werden
- Arbeitsplatzbezogene Schulter- und Rückenschmerzen

**Gynäkologie
und Geburtshilfe**

- Chronischer Unterbauchschmerz der Frau
- Vulvodynie
- Chronischer vaginaler Pruritus/chronischer vaginaler Fluor
- Dysmenorrhoe
- Dyspareunie

**Hals-, Nasen-,
Ohrenheilkunde**

- Psychogene Hörstörung
- (Tinnitus - mit allerdings besonders komplexen Ursachen- Möglichkeiten)
- Psychogener Schwindel
- Psychogene Aphonie
- Psychogener Globus, psychogenes Räuspern oder Husten
- Glossodynie
- Körperdysmorphe Störung
- Psychogene (pseudoallergische) Reaktionen

**Urologie und
Sexualmedizin**

- Psychogene Blasenentleerungsstörung
- Psychogener Harnverhalt
- Reizblase, Enuresis diurna et nocturna im Erwachsenenalter
- Urethral-Syndrom (Frau)
- Urogenital-Syndrom - Beckenboden-Myalgie (Frau)
- Interstitielle Zystitis (Frau)
- Rezidivneigung der Urethrozystitis (Frau)
- Chronischer Beckenschmerz/Prostatodynie (CPSS) (Mann)
- Anogenitales Syndrom (Mann)

**Dermatologie
Allergologie/
Immunologie**

- Pseudo-Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten
- Multiple Chemikalien-Unverträglichkeiten (MCS)
- Somatoformer Juckreiz (Pruritus sine materia)
- Dysästhesien der Haut (z.B. Scalp Dysästhesie), somatoformer Haarausfall (diffuses Effluvium), Glossodynie (Zungenbrennen)

**Zahn-, Mund-
und Kieferheil-
kunde**

- (Somatoforme) „Prothesen-Unverträglichkeit“ (Druck, Schmerz, Fremdkörpergefühl, Geschmacksveränderung, Veränderung des Speichelflusses ohne somatische Erklärung)

- Mundtrockenheit bzw. Glossodynie/Zungenbrennen/Burning Mouth Syndrome
- Atypischer bzw. idiopathischer Kopf- oder Gesichtsschmerz, „atypische Odontalgie“, muskuloskelettale Schmerzen
- Bruxismus, Craniomandibuläre Dysfunktion (Schmerzhafte Funktionsstörung der Kiefergelenke und der Kau-muskulatur, Schmerzen)
- „Amalgam-Syndrom“/Amalgam-Überempfindlichkeit, andere Unverträglichkeiten, z. B. von Zahnfüllmaterialien
- Schluckbeschwerden, psychogener Würgereiz, Übersteigerte Würgreaktionen
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- (Körperdysmorphie Störung)

* Aus C. Hausteiner-Wiehle u. Mitarb. (Hrsg.): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013

DIE BEGRIFFLICHKEITEN UND IHRE FOLGEN

Wie bereits erwähnt, wird – je nach Fachbereich – von *nicht-spezifischen, funktionellen oder somatoformen Körperbeschwerden* gesprochen.

Dabei zeichnet sich eine neue Nomenklatur (Fachausdruck - Gesamtdarstellung) in diesem Grenzgebiet von Neurologie, Psychiatrie und zahlreichen anderen medizinischen Disziplinen ab, an die sich die Experten aber erst einmal selber gewöhnen müssen.

Früher war dies einfacher: Hier dominierte der Begriff „psychogen“, also (rein) seelisch bedingte Störungen, auch wenn sie körperlich belasteten. Dieser Terminus (Fachbegriff) wurde im Laufe der letzten drei Jahrzehnte abgelöst, und zwar zuerst durch „psychosomatisch“ und dann „somatoform“. Diese Begriffe etablierten sich vor allem im deutschsprachigen Bereich und brachten es sogar zu Berufsbezeichnungen und den Namen von Fachkliniken und Lehrstühlen. Im anglo-amerikanischen Raum konnten sie sich aber nie so recht durchsetzen. Das hatte Konsequenzen, unterstützt durch neuere Erkenntnisse zu Ursache, Hintergründen und Folgen mit neuen Begrifflichkeiten und Einteilungsvorschlägen.

Dazu ein Beispiel: So zeigte sich nämlich in einigen Studien, dass man zwischen ähnlichen Krankheitszeichen unterscheiden muss, wenn sie einerseits

durch funktionelle Störungen (s. o.), andererseits durch psychiatrische Erkrankungen ausgelöst werden. Das führte dazu, dass die traditionelle Klassifikation in „organisch“ (sprich körperliche Ursachen) und „psychogen“ (rein seelisch bedingt) abgelöst wurde durch eine differenzierte Einteilung mit den drei Kategorien: 1. strukturell (früher organisch), 2. funktionell (früher psychogen oder somatoform) und 3. psychiatrisch.

Weitere Überlegungen gehen sogar noch weiter und fügen den strukturellen Aspekten noch zelluläre Ursachen für organische Veränderungen hinzu, d. h. man dringt immer tiefer in das menschliche Gehirn ein, und zwar sowohl morphologisch (Gehirn-Substanz – s. u.) als auch biochemisch (z. B. Botenstoffe u. ä).

Einerseits wird deutlich, dass der Erkenntnis-Fortschritt (vor allem durch die modernen, so genannten bildgebenden Verfahren) erfreulich voranschreitet, andererseits ist damit auch die Terminologie im Fluss, was natürlich seine umständlichen Nachteile hat. Und schließlich muss man auch noch akzeptieren, dass ein Patient nicht nur von einer der drei erwähnten (derzeitigen) Krankheits-Kategorien betroffen sein kann, sondern dass es hier zudem Überschneidungen, ein gleichzeitiges Nebeneinander oder zumindest Nacheinander zu akzeptieren gilt. Oder kurz: nicht nur entweder-oder sondern sowohl-als-auch.

Und so besteht auch kein Zweifel, dass die so genannte Differenzierung und Aktualisierung der Begriffe auf internationaler Ebene immer weiter voranschreitet, dass neue Bezeichnungen entwickelt werden (müssen) und dass dies bereits durch eine der beiden weltweit ton-angebenden Institutionen geschehen ist, nämlich das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-5[®] (2013) mit einer Kategorie namens „somatic symptom disorder“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung – APA, sicher gefolgt von der Neu-Auflage der International Classification of diseases – ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der Kategorie „Bodily distress disorder“ in naher Zukunft.

Laut dem Fachbuch „*Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionelle und somatoformen Körperbeschwerden*“, gilt es aber derzeit zu differenzieren:

- **Nicht-spezifische Körperbeschwerden**

Der Begriff „*nicht-spezifische Körperbeschwerden*“ wird überwiegend in der Allgemeinmedizin verwendet. Was versteht man dort darunter?

Medizinisch, organisch oder somatisch (d. h. körperlich) nicht oder nicht hinreichend geklärte Körperbeschwerden sind körperliche Beschwerden, die trotz systematischer und intensiver Abklärung keine *hinreichende* körperliche Krankheits-Ursache finden lassen. Die häufigsten Erscheinungsformen sind beispielsweise Schmerzen in den verschiedensten Körperregionen, Störungen

einzelner Organ-Funktionen (einschließlich so genannter vegetativer Beschwerden – s. später) sowie Müdigkeit/Mattigkeit oder gar Erschöpfung.

So etwas ist häufig. Und wird meist zuerst dem Hausarzt, später ggf. dem jeweiligen Spezialisten geklagt. Entsprechende Studien legen nahe, dass acht von zehn Befragten in der Allgemeinbevölkerung schon einmal solche Beschwerden erleiden mussten; jeder Fünfte fühlte sich sogar schwer beeinträchtigt.

Die Ursache dafür wird selten gefunden, oft auch gar nicht danach gesucht. Es ist zum einen die Intensität bzw. das Symptom-Muster, das in der Mehrzahl der Fälle eher an so genannte Befindlichkeitsstörungen erinnert als an bedrohliche Krankheitszeichen. Außerdem verblassen diese Phänomene relativ schnell und von selber, bestenfalls durch einfachere Hausmittel oder entsprechende Verhaltens-Korrekturen behandelt. Kurz: (Fast) jeder kennt solche Beeinträchtigungen und wird auch zumeist selber damit fertig.

Nun kann es aber sein, dass solche Symptome als beunruhigende Warn- oder gar Alarmsignale interpretiert werden und damit den (vor allem Berufs-)Alltag beeinträchtigen können. Die Betroffenen machen sich Sorgen, wollen Klärung und Hilfe, befürchten eine ernsthafte Erkrankung – und wenden sich an ihren Arzt. Damit werden sie dann auch zum „Patienten“. Dadurch aber kann sich ein harmloses Geschehen erst einmal problematisch aufschaukeln. Das beginnt in der Regel – paradoxerweise – sogar mit einem eigentlich positiven Ergebnis, nämlich „kein pathologischer (krankhafter) Befund erhebbar“. Warum?

Wenn nämlich belastende oder gar bedrohlich wirkende Körper-Beschwerden selbst nach sorgfältiger Ursachen-Abklärung keinen hinreichenden körperlich begründbaren Befund bieten, also „somatisch unerklärt“ sind, dann kann es im subjektiven Verständnis sogar an Bedrohlichkeit zunehmen.

Solche Beschwerden (englischer und damit internationaler Fachbegriff: medically unexplained (physical) symptoms - MUPS) werden wie oben dargestellt eingeteilt: Schmerzen, Störung von Organfunktionen (vegetative Beschwerden) bzw. Erschöpfung/Müdigkeit. Weitere Einzelheiten siehe Kasten 2.

Kasten 2: Beschwerden, für die besonders häufig *keine* ausreichende körperliche Erklärung gefunden werden kann*

Allgemeine Beschwerden: z. B. Schmerzen in unterschiedlichen Körperregionen, Juckreiz, Abgeschlagenheit, Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Kreislaufbeschwerden, Schweißausbrüche, Hitzewallungen

Magen-Darm: z. B. Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Druckgefühl, Bauchschmerzen, Luftschlucken, Schluckauf, vermehrtes Aufstoßen, Sodbrennen, Blähungen, häufiger Stuhldrang, Verstopfung, Stuhlnunregelmäßigkeiten (wechselnde Häufigkeit und Konsistenz des Stuhlgangs), Jucken am After, Kribbeln im Bauch, Appetitmangel, Speisenunverträglichkeit, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, Mundtrockenheit, Zungenbrennen

Unterbauch, Harnwege und Geschlechtsorgane: z. B. häufiges, erschwertes und/oder schmerzhaftes Wasserlassen, unangenehme Empfindungen wie Juckreiz im oder am Genitalbereich; Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und andere Sexualstörungen; beim Mann: Erektionsstörungen oder Störungen des Samenergusses; bei der Frau: schmerzhaft und unregelmäßige Regelblutungen, ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluss, Scheidenkrämpfe, ausbleibender Orgasmus

Brustkorb: z. B. Herzrasen oder Herzstolpern, Druckgefühl/Beklemmungsgefühl/Stiche/Schmerzen in der Herzgegend; Atmungsstörungen, z. B. Atemhemmung oder zu rasches und tiefes Atmen („Hyperventilieren“), Kloßgefühl im Hals, Schluckbeschwerden

Nervensystem und Sinnesorgane: z. B. Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Kopf- oder Gesichtsschmerzen, Muskelschwäche, Lähmungen, Flüsterstimme, Stimmverlust, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Doppelbilder, Ohrgeräusche, unklare Krampfanfälle, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Benommenheitsgefühl bis hin zur Bewusstlosigkeit, manche „Tic“-artigen Erscheinungen (z. B. Zucken)

Bewegungsapparat: z. B. Glieder-, Gelenk- und Rückenschmerzen, Verkrampfungen, Verspannungen

* Aus C. Hausteiner-Wiehle u. Mitarb. (Hrsg.): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013

Dabei kommt ggf. eine wichtige Komponente hinzu, nämlich eine „Gesundheits-Angst“ (was man früher als hypochondrische Störung bezeichnete – Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie). Dies vor allem dann, wenn mehrere Krankheitszeichen auftreten, die teils etwas miteinander zu tun haben können, teils aber eben auch nicht. Und nun das unerwartete Ergebnis: „Sie haben nichts“. Das ist leichter gesagt als verarbeitet. Denn zum einen erlebt der Patient (zu dem er inzwischen geworden ist – s. o.) ja seine Beschwerden als nicht nur real, sondern auch verunsichernd, belastend, beeinträchtigend ggf. bedrohend. Und nun noch das medizinische Urteil, in den Augen des Patienten keine Entlastung, sondern eine zusätzliche „Verunsicherung“.

Und dies sogar oder vielleicht noch deswegen verstärkt, weil manche der Symptome dann doch erklärt werden können (allerdings „harmlos, kein Grund zur Beunruhigung“), andere hingegen nicht. Kein Wunder, dass diese ganze, in den Augen des Betroffenen unglückselige Entwicklung zuletzt tatsächlich zu einer „Krankheit“ wird und vielschichtige Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Für die Experten, die sich rein klassifikatorisch damit beschäftigen, ist also der Begriff „medizinisch, organisch oder somatisch nicht/nicht hinreichend erklärte Körperbeschwerden“ unbefriedigend, wird aber beibehalten und hat sich – wie erwähnt – in der Allgemeinmedizin ohnehin fest etabliert.

• Funktionelle Körperbeschwerden

- Wie steht es nun um den Begriff *funktionelle Körperbeschwerden*. Im Grunde gleich, was inhaltliche Fragen und leider unerklärliche Krankheits-Aspekte angeht. Oder kurz: Meist keine gängigen Erklärungen oder objektiv nachweisbare Ursachen.

Immerhin deutet der Begriff etwas anderes an, nämlich: Nicht die Struktur eines Organ(system)s, z. B. des Herzens, des Darms u. a. ist gestört, sondern die Funktion. Das kann dem Patienten zwar letztlich auch nicht weiterhelfen, hat aber für den Arzt und Psychologen ggf. eine tiefere Bedeutung. Denn ungeachtet ihrer unklaren Ursache haben funktionelle Beschwerden möglicherweise eine konkrete Aufgabe, einen Hinweis-Charakter, einen, wenn auch unbekanntem Zweck. Dies erst einmal für bestimmte Teilgebiete des Organismus, dann aber für die ganze Person selber.

Die Experten nennen das deshalb gerne eine Bedeutungs-Funktion, obwohl der Begriff sowohl im Englischen und damit international (functional disorders oder functional syndroms) sowie im deutschsprachigen Bereich uneinheitlich gebraucht wird. Denn hier beschreibt man sowohl Beschwerdebilder, die objektive Befunde aufweisen als auch solche ohne körperliche Ursachen. Auch gibt es keine offizielle Klassifikation funktioneller Syndrome oder Beschwerden. Und rein historisch heißt das nichts anderes als funktionell = körperliche Beschwerden, die nicht auf einer rein körperlichen oder rein seelischen Störung beruhen.

Schließlich haben auch einige Fachbereiche ihre „eigenen“ funktionellen Syndrome formuliert, was andauernd körperlich nicht hinreichend erklärbare Körperbeschwerden mit typischen Symptomen-Komplexen, limitierter (Mindest-)Zeitdauer und Ausschluss körperlicher Krankheitsursachen betrifft. Bekannte Beispiele dafür sind Chronic Fatigue-Syndrom-CFS, Fibromyalgie-Syndrom-FMS, Reizdarm-Syndrom-IBS, Multiple Chemical Sensitivity-MCS, Temporo-mandibular-Syndrom/cranio-mandibuläre Dysfunktion-TMD/CMD, Chronischer Unterbauchschmerz-CPP, chronische Spannungskopfschmerzen oder die Prostato-

dynie-CPP u. a. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Kapitel in dieser Serie und fachlich die entsprechende Spezialliteratur.

Dazu gibt es zwar verschiedene international akzeptierte Diagnose-Verschlüsselungen (z. B. in der ICD-10 der WHO), doch schwanken die Häufigkeitsangaben schon bei minimalen Definitions-Änderungen so irritierend, dass man lieber Zurückhaltung übt (wobei es im deutschsprachigen Bereich offenbar keine allseits akzeptierten Daten gibt).

Dabei werden die Begriffe „funktionelle Beschwerden“ oder „funktionelle Syndrome“ von den betroffenen Patienten offenbar am ehesten akzeptiert und sind deshalb auch in den organischen Fachbereichen weit verbreitet. Auch wird mahndend darauf hingewiesen, dass die Diagnose einzelner funktioneller Störungen das Risiko enthalte, die oft vielfältigen zusätzlichen körperlichen und/oder seelischen Leidensbilder zu vernachlässigen. Dies vor allem bei (zu) frühen Konsultationen von Spezialisten, denen von anderer Seite dann gerne „Scheuklappen-Diagnosen“ vorgeworfen werden. Kurz: Auch hier mehr offene Fragen als hilfreiche Erkenntnisse und Behandlungs-Strategien.

- **Somatoforme Störung bzw. Somatisierung**

Schließlich findet sich auch und inzwischen immer häufiger der Begriff *somatoforme Störung* bzw. *Somatisierung*. Was versteht man darunter?

Eine *somatoforme Störung* im engeren Sinne (d. h. mit Körper-Beschwerden als wichtigstem Leidensbild) liegt nach ICD-10 und DSM-IV vor, wenn eine oder mehrere Körperbeschwerden, für die keine hinreichende somatische Krankheitsursache gefunden wird, über mindestens ein halbes Jahr andauert und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit im Alltag führen.

Dazu kommen Aspekte wie die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischer Untersuchung trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass körperlich nichts Krankhaftes vorliegt. Oder: Wenn doch somatische Störungen zu finden sind, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome, das Leiden generell und die innerliche Beteiligung des Betroffenen.

Das alles hört sich recht praxis-relevant an, wird aber von vielen Experten als wenig praktikabel und vor allem nicht statistisch fundiert kritisiert. Ähnliches gilt für den Begriff der *Somatisierung*, der nicht nur uneinheitlich gebraucht wird, sondern besser beschreibend (Fachbegriff: deskriptiv) im Sinne einer seelischen Ursache genutzt werden sollte. Was heißt das im Einzelnen?

Die Begriffe somatoforme Störung und Somatisierung gehören zwar zu den jüngeren terminologischen Produkten wissenschaftlicher Diskussionen, haben aber ebenfalls mehrere und vor allem verschiedene Bedeutungen. Zum einen im mehr deskriptiven (beschreibenden) Sinne, zum anderen eher ätiologisch, also die Ursachen betreffend. Dabei auch als Abwehrmechanismus, d. h. Umwandlung von seelischen Konflikten und Belastungen in Organ-Erkrankungen. Deshalb werden sie sowohl in der ICD-10 der WHO als auch in dem DSM-IV-TR der APA verwendet. Und zwar ausführlich und – so manche Kritiker – in einzelnen Diagnosen über die klassifikatorischen Grenzen hinaus. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur in kontroversen Disputen.

Auf jeden Fall gelten die derzeit gültigen Diagnose-Konstrukte der somatoformen Störungen als wenig praktikabel und valide (statistisch belegbar) und werden nicht nur grundlegend diskutiert, sondern möglicherweise auch nach und nach überarbeitet und abgelöst (siehe auch die Einleitung über die Begrifflichkeiten und ihre Folgen).

Übereinstimmung besteht wenigstens darüber, dass mehrere Aspekte zu berücksichtigen sind und die Bedeutung des Kriteriums „fehlende somatische Erklärbarkeit“ zu Gunsten so genannter psycho-behavioraler Positiv-Kriterien verringert werden sollen, um zwischen psychogenen und real organischen Ursachen gezielter differenzierter zu können. Allerdings – kritische Einwände sind immer und grundsätzlich zu erwarten, was nebenbei kein Fehler sein muss –, sind auch die erwähnten psycho-behavioralen Positiv-Kriterien (noch) nicht genügend Evidenz-basiert, sprich durch die Realität hinreichend belegt.

- **Anhang: Simulation und Aggravation**

Schließlich werden in diesem Zusammenhang noch zwei Phänomene diskutiert, die im Gegensatz zu nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden eine überwiegend bewusste Täuschung voraussetzen. Gemeint sind *Simulation* und *Aggravation*. Gemeinsam ist allen die nicht ausreichend körperliche Erklärbarkeit des Leidensbildes. Der Unterschied liegt in der Aufrichtigkeit des subjektiven Beschwerde-Erlebens. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie über Simulation und Aggravation bzw. gar artifizielle Störungen.

Interessant und wichtig zur Differenzierung aber ist das, was die Experten eine unbewusste „Verdeutlichungs-Tendenz“ nennen. Darunter versteht man die Neigung, die Präsentation, konkret: Darlegung des Leidensbildes auszuweiten, aber nicht um zu täuschen oder zu verstärken, sondern um das Leidensbild genauer zu erläutern.

Man sieht: Je mehr man sich in die Materie einarbeitet, desto komplexer wird menschliches Verhalten, nicht zuletzt unter Leidensdruck.

Kasten 3: Anhang: Wissenschaftlich fundierte Handlungs-Empfehlungen: die S3-Leitlinien

Zwar gibt es die Erfahrungen des Alltags von Klinik und Praxis und die sind durchaus wertvoll. Noch wichtiger aber ist die Sammlung, Ordnung, vor allem aber Bewertung von Erfahrungswerten und konkreten Forschungs-Bemühungen.

Letzteres wird in so genannten *S3-Leitlinien* zusammengefasst und allen Interessierten zugänglich gemacht. Solche Leitlinien müssen ständig aktualisiert, wissenschaftlich korrekt und industrie-unabhängig sein (Medikamente!). Das stellt eine gewaltige Aufgabe dar, man kann es sich kaum vorstellen. Methodisch werden die Leitlinien in verschiedene Stufen eingeteilt:

Unter *S1* versteht man reine Handlungs-Empfehlungen, die aber auch von einer repräsentativ zusammengesetzten Expertengruppe der Fachgesellschaften erarbeitet werden. – Bei einer *S2k*-Leitlinie (Fachbegriff: konsensus-basiert, also mit weitgehender Übereinkunft der einzelnen Experten-Meinungen) sind die Beurteilungs-Methoden und nachfolgenden Empfehlungen klar beschrieben, jedoch noch ohne systematische Aufarbeitung der so genannten Evidenz (vom Lateinischen: evidens = augenscheinlich, einleuchtend, das heißt die höchste Gewissheit vermittelnd). – Die evidenz-basierte *S2e*-Leitlinie verlangt schon eine systematische Untersuchung, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege. Und die aufwendigste Form ist zuletzt die *S3-Leitlinie*.

Alles Erstes werden die Mitglieder der Leitlinien-Kommission bestimmt. Das sind z. B. die Delegierten der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und damit renommiertesten Experten auf ihrem Gebiet bzw. zur entsprechenden Fragestellung. Die Kommissions-Mitglieder bilden dann Arbeitsgruppen, die sich mit den unterschiedlichen Aspekten zu Forschung, Diagnose und Therapie befassen. Diese Arbeitsgruppen bewerten in bisweilen monate- oder gar jahrelangen Experten-Diskussionen die relevante Fachliteratur und schlagen auf dieser Basis die Beantwortung der offenen Fragen vor. Diese Statements werden dann von der Gesamtheit der Kommission angenommen, verändert oder verworfen.

So etwas muss man sich fast wie eine Gerichtsverhandlung vorstellen: „Anwälte“ präsentieren wissenschaftliche Evidenz, „Gegenanwälte“ verweisen auf Schwachstellen, ein „Richter“ achtet auf die vereinbarten Regeln und die „Jury“ (wie in einem US-amerikanischen Gericht), hier die Kommissions-Mitglieder, kommen dann (hoffentlich) zum richtigen Ergebnis. Jedenfalls nach den verfügbaren aktuellen Erkenntnissen.

LITERATUR

Grundlage dieser kleinen Serie über körperliche Beschwerden durch seelische Ursachen ist die S3-Leitlinie

*Hausteiner-Wiehle, C., P. Henningsen, W. Häuser, M. Herrmann, J. Ronel, H. Sattel, R. Schäfert (Hrsg.): **Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013*