

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (2)

- **Teil 2: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

Im 1. Teil dieser kleinen Serie geht es um die dann doch erstaunliche Vielzahl von Fachbegriffen, die die Experten wohl alle nicht voll befriedigen, denn es werden immer mehr. Das hat wahrscheinlich nicht nur mit einer terminologischen Unsicherheit zu tun, und zwar durch die ganz unterschiedlich beteiligten Fachbereiche, sondern auch mit neuen Erkenntnissen, nicht zuletzt durch bildgebende diagnostische Verfahren. Auch wird einem die Komplexität des Phänomens rasch deutlich, wenn man die erstaunliche Zahl klinisch relevanter Beschwerden, Syndrome und Krankheitsbilder überfliegt, die hier beteiligt sein können, von der geradezu irritierend breiten Symptomatik ganz zu schweigen.

Der 2. Teil beschäftigt sich vor allem mit Krankheits-Ursachen und -Entstehung (Fachbegriffe: Ätiologie und Pathogenese oder zusammengeschieden Ätio-Pathogenese). Dabei sind vor allem sozio-demographische bzw. psychosoziale Risiko-Faktoren zu beachten. Beispiele: Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, außergewöhnliche Belastungen in Kindheit, Jugend, aber auch später und vor allem aktuell; ferner krankheits-bezogene Verhaltensweisen, persönlichkeits-strukturelle Defizite, mangelnde äußere Unterstützung und Aktivität, verstärktes Krankheits-Verhalten u. a. Aber auch biologische Faktoren, also körperliche Erkrankungen, altersbedingte Einschränkungen und nicht zuletzt genetische/epigenetische Aspekte (Erblast). Und nicht zu vergessen: Mögliche ärztlich ausgelöste Effekte bzw. dann Verhaltensweisen sowie sozio-kulturelle Aspekte im weitesten Sinne.

**Erwähnte Fachbegriffe:**

*Teil 2:* Geschlecht – sozialer Status – ungünstige Lebensumstände – Missbrauch/Misshandlung – Modell-Lernen – akute Belastungs-Faktoren (z. B. Partnerschaft, Arbeitsplatz, primärer Krankheits-Gewinn) – ungünstige Verhaltensweisen (z. B. Katastrophisieren mit starken Krankheitsängsten und dysfunktionaler Krankheits-Verarbeitung) – außergewöhnliche Belastungen (z. B. Kündigung, Trennung, Unfälle, Operationen) – persönlichkeits-spezifische Defizite – mangelnde Unterstützung (z. B. Alter) – ungünstiges Krankheitsverhalten – Erblast – ärztlich ausgelöstes Fehlverhalten – Psychologisierung oder Psychiatrisierung des geklagten Beschwerdebildes – gesellschaftliche und kulturelle Bewertungen – spezifische Persönlichkeits-Faktoren – u. a. m.

**ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE**

Wer diesen Ausführungen bis hierher gefolgt ist wird sich nicht wundern, wenn auch die *Ätiologie*, sprich Lehre von den Krankheits-Ursachen nicht nur komplex, sondern in vielerlei Hinsicht kontrovers diskutiert und letztlich ohne übereinstimmende Beurteilung bleibt. Gleiches gilt auch für die *Pathogenese*, also die Krankheits-Entstehung und damit auch für die Zusammenfügung beider Aspekte, nämlich die Schlüssigkeit ätio-pathogenetischer Modelle.

Alle gehen von komplexen Wechselwirkungen verschiedener psychosozialer, biologischer, iatrogener (ärztlich verursachter) bzw. medizin-systemischer und soziokultureller Faktoren aus. Das nennt man dann eine *multifaktorielle Genese*, die bei Disposition (Neigung, wenn nicht gar Anfälligkeit), Auslösung und Chronifizierung nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden eine Rolle spielt. Interessant wären nun die direkte Einwirkung bzw. Spezifität entsprechender Risikofaktoren als idiologische (zugehörige) und prognostische Faktoren, d. h. spezifische Eigentümlichkeit und Vorhersage-Kriterien betreffend. Aber auch sie sind nicht abschließend geklärt, wen wundert's.

In den Leitlinien über *Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden* (Schattauer-Verlag, 2013 – Grundlage dieser Ausführungen, siehe Teil 1) gibt es aber eine interessante Übersicht dazu, die nachfolgend modifiziert wiedergegeben werden soll. Im Einzelnen:

- **Mögliche sozio-demographische bzw. psychosoziale Risiko-Faktoren** für nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden sind beispielsweise
  - in *demographischer Hinsicht* zum einen das weibliche Geschlecht und zum anderen ein niedriger sozio-ökonomischer Status.
  - Aus *biographischer Sicht* sind es außergewöhnliche Belastungen und ungünstige Lebens-Umstände sowie belastende Ereignisse in der Kindheit. Beispiele: Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, psychische Erkrankung/Alkoholismus in der Familie; außerdem frühe Lern-Erfahrungen mit eigener Krankheit oder Krankheit in der Familie bzw. unklare Körperbeschwerden bei nahen Bezugspersonen (Stichwort: Modell-Lernen). Und schließlich frühere eigene nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körperbeschwerden und körperliche Grund-Erkrankungen.
  - Als *aktuelle Belastungs-Faktoren* gelten beispielsweise: psychische Ko-Morbidität (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt). Oder aktuell bestehende Konflikte und Belastungen, vor allem am Arbeitsplatz. Hier spielt dann das Phänomen des primären Krankheits-Gewinns eine Rolle, also mit ggf. subjektiver emotionaler oder zwischenmenschlicher Entlastung durch Ausbildung eines entsprechenden Beschwerdebildes.
  - Nicht zu unterschätzen sind *ungünstige krankheits-bezogene Annahmen und Verhaltensweisen*. Beispiele: so genanntes katastrophisierendes Denken, starke Krankheits-Ängste, dysfunktionale Krankheits-Verarbeitung u. a.
  - Ferner *außergewöhnliche Belastungen* wie Kündigung, Trennung, Unfälle, Operationen.
  - Möglicherweise auch *persönlichkeits-strukturelle Defizite*, so genannter Neurotizismus, unsichere Bindungs-Stile, gestörte Affekt-Wahrnehmung und -Verarbeitung oder Mentalisierungs-Fähigkeit (Fachbegriffe siehe die entsprechende Spezialliteratur).
  - Folgenreiche *psychosoziale Beeinträchtigungen* wie längere Arbeitsunfähigkeit, aber auch Renten-Begehren usf.
  - Mangelnde *soziale Unterstützung und Aktivität*, z. B. Einsamkeit im Alter.
  - *Verstärkung von Krankheits-Verhalten* durch fehlende äußere Anreize, um das Leidensbild zu überwinden. Aber auch positive Anreize für eine Kranken-Rolle. Beispiele: Entlastung, vermehrte Zuwendung, verstärkte Versorgung, alles im Sinne eines sekundären Krankheits-Gewinns (s. o.).

- **Mögliche biologische Faktoren**

- Dazu gehören *krankheits-spezifische Belastungen* wie bakterielle oder virale Infekte (z. B. Reizdarm-Syndrom u. a.).
- Oder vorangegangene bzw. fortbestehende *körperliche Erkrankungen*, z. B. systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis oder das Sjögren-Syndrom.
- Ferner (*altersbedingte*) *Einschränkungen* von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, geistiger Leistungsfähigkeit usw.
- *Körperliche Dekonditionierung* (Trainingsverlust), monotone Körperhaltung usf.
- Störungen der peripher- und vor allem zentral-nervösen *Reizwahrnehmung*. Beispiele: erniedrigte Empfindungs- bzw. Schmerzschwelle, neuronale Bahnung/Sensibilisierung, Entwicklung eines Schmerz-Gedächtnisses u. ä.
- Psycho-neuro-immunologische *Regulationsstörungen* durch (dauerhafte) Stress-Belastung bzw. gar Traumatisierung.
- Und schließlich *genetische und/oder epigenetische Aspekte* (Erblast/weitere, vor allem umfeldbedingte Einflüsse) im Hinblick auf die jeweilige Stress-Verarbeitung.

- **Mögliche iatrogene (ärztlich ausgelöste) bzw. medizin-systemische Aspekte**

- *Somatisierende Effekte ärztlicher Verhaltensweisen*. Beispiele: einseitig körperliche Verfahren einsetzende Vorgehensweise, psychosoziale Zusammenhänge nicht adäquat berücksichtigend oder gar ignorierend, verunsichernde Bewertung von Symptomen und Befunden, Förderung der Unzufriedenheit durch unerreichbare Therapieziele, sucht-fördernde Verordnung von Medikamenten u. a.
- *Kontraproduktive Entlohnung im Medizin-System*. Beispiele: Vergütung für Krankheit, krankheits-bezogenes Verhalten und apparative Leistungen, fehlende bzw. unzureichende Vergütung für gesundheits-erhaltendes bzw. -förderndes Verhalten, Gesprächsleistungen oder Vermeidung unnötiger Maßnahmen.
- Gesundheits-System, das vor allem auf „*Reparatur*“ und „*Versorgung*“ und weniger auf Selbstverantwortung und Vorbeugung ausgerichtet ist.
- Inkonsistente und *unscharfe Begriffe* im Arzt-Patient-Verhältnis.

- Teilweise einseitige „*Psychologisierung*“ und „*Psychiatisierung*“ der geklagten Beschwerden.
- **Mögliche sozio-kulturelle Aspekte**
  - Verbreitung bestimmter *somatischer oder umwelt-bezogener Erklärungs-Modelle* und *Krankheits-Ängste* über Arbeitskollegen, Medien u. a.
  - Die *gesellschaftliche Bewertung* unklarer Beschwerden als illegitim, was die Betroffenen eher zur Betonung als zur Aufgabe der Beschwerden veranlasst.
  - *Kulturelle*, d. h. von *Behandler und Betroffenen* gleichermaßen geteilte Deutung von Beschwerden als „somatisch“ bzw. „behandlungsbedürftig“. Beispiele: Rückenschmerz in Deutschland, Erschöpfungs-Syndrom in Großbritannien.
- **Mögliche protektive bzw. salutogene Aspekte zur Gesundheitserhaltung**
  - *Genetische oder funktionelle Anpassungen* der Stress-Regulations-Systeme.
  - *Genetisch oder psychosozial geprägte Persönlichkeits-Faktoren*. Beispiele: „positiver Selbstwert“, höhere Intelligenz, höhere Solidität (also geringere Impulsivität), Geselligkeit oder auch Zurückhaltung sowie ein sicherer Bildungsstil. Stichworte: Resilienz, Ich-Kontrolle u. a.
  - *Adaptive Coping-Strategien*, d. h. Glaube an die eigene Stärke und eigene Zukunfts-Perspektiven, (körperliche) Aktivität, teilweise auch religiöser Glaube usw.
  - Bestimmte *frühere Umgebungs-Faktoren* wie frühere sichere Bindung usf.
  - Bestimmte *aktuelle Umgebungs-Faktoren* wie soziale Unterstützung und aktuelle stabile Beziehungen.
  - *Protektive wie iatrogene (also allgemein sowie ärztlicherseits Schutz vermittelnde) Faktoren* wie eine frühe und angemessene, ent-katastrophisierende Aufklärung oder eine ganzheitliche, bio-psycho-soziale Sichtweise auf Krankheiten.
  - *Sozio-kulturelle Faktoren* wie ein Gesundheits-System, das frei zugänglich ist, aber auf Primär-Prävention und Eigen-Verantwortung setzt u.a.m.

## Schlussfolgerung

Eine eindeutige Trennung in disponierende (Anlage, Krankheits-Anfälligkeit), auslösende und aufrecht-erhaltende Faktoren ist nur selten möglich. Das gleiche gilt für eine klare Trennung der psychologischen, sozio-kulturellen und biologischen Faktoren, die oft Hand in Hand gehen und voneinander abhängen. Überhaupt ist die wechselseitige Beeinflussung ein wichtiger Aspekt, der nicht nur Ursache und Verlauf, sondern auch die Prognose beeinflusst. So ist es kaum möglich, ein so genanntes lineares Kausalitäts-Modell funktioneller Beschwerden zu entwickeln.

Deshalb scheinen viele der früher im Vordergrund stehenden prä-disponierenden Faktoren (z. B. eine belastete Kindheit) eher unspezifisch zu sein und mehr eine ganze Reihe von Symptomen und Erkrankungen auszulösen (z. B. Depressivität, Angst, Selbstverletzungen, Drogenmissbrauch etc.). Spezifischer sind hingegen so genannte maladaptive (also kontraproduktive bis selbstschädigende) Krankheits-Annahmen und ein entsprechend dysfunktionales Krankheitsverhalten sowie eine iatrogene Somatisierung (ärztlicherseits gebahnte „Verkörperlichung“ des seelischen Geschehens).

Das schließt aber nicht aus, dass es dann doch jeweils hilfreiche vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen gibt, die genutzt werden sollten und in der Leitlinie zum *Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körper-Beschwerden* (Schattauer, 2013) tabellarisch wiedergegeben sind. Solche *handlungs-relevanten Ebenen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körper-Beschwerden* sind beispielsweise:

- **Subjektive Ebene**

- Persönliche Krankheits-Erfahrung und emotionale Bedeutung von Krankheit/Gesundheit gilt als entscheidendes Kriterium für das individuelle „Krank-Sein“.
- Subjektive Ursachen-Vorstellung und das Ausmaß der individuellen Funktionseinschränkung sind wichtiger als so genannte „objektive“ Untersuchung-Befunde.

- **Bio-psycho-soziale Ebene**

- Einordnung der Beschwerden als „somatisch“ wäre eine Vernachlässigung psychosozialer Anteile, eine Einordnung als „psychisch“ eine Vernachlässigung somatischer Anteile.

- Für Disposition, Auslösung und Aufrechterhaltung spielen verschiedene psychosoziale, biologische, iatrogene/medizin-systemische und sozio-kulturelle Faktoren eine Rolle.
  - Es gibt sowohl protektive/salutogene als auch Risiko-Faktoren.
  - Zwischen allen diesen Faktoren gibt es dynamische Wechselwirkungen.
  - Eine multifaktorielle Bedingungs-Analyse ist deshalb nötig.
- **Kontext-bezogene Ebene**
    - Der individuelle Leidens-Verlauf hängt von sich ständig verändernden äußeren und inneren Umständen ab.
    - Dazu gehören berufliche und private Lebens-Situation, zwischenmenschliche Aspekte mit Angehörigen und Behandlern sowie deren Verhalten und nicht zuletzt die Einflüsse des Medizin-Systems.
    - Deshalb ist eine sorgfältige Vorgeschichte der individuellen Beschwerden nötig.
  - **Psychosomatische/somato-psychische Ebene**
    - Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körper-Beschwerden repräsentieren gleichsam eine Brücken-Kategorie, die darauf hinweist, dass es keinen einseitigen Dualismus, also eine reine Gegensätzlichkeit zwischen „seelisch“ und „körperlich“ gibt.
    - Deshalb sind gut koordinierte Fachgebiets-, Verfahrens- und Schulens-übergreifende Konzepte in Vorbeugung, Diagnose und Therapie nötig.

## 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. Schäfer (Hrsg.): Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. S3-Leitlinien mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013*