

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN DURCH SEELISCHE URSACHEN (4)

- **Teil 4: Nicht-spezifische, funktionelle oder somatoforme Körper-Beschwerden, früher als psychogen oder psychosomatisch bezeichnet**

Im 4. Teil dieser Serie geht um das diagnostische Vorgehen. Beispiele: Anamnese-Erhebung, insbesondere was Zahl und Verlauf der geklagten Beschwerden und ihre Intensität anbelangt, nicht zuletzt geprägt von der therapeutischen Grundhaltung des Behandlers. Wichtig die psychosozialen Belastungen bis hin zur Frage der Funktionsfähigkeit des Patienten. Dabei bedeutsame differential-diagnostische Erwägungen nicht übersehen und insbesondere mögliches Suizid-Risiko erfassen. Hilfreich der Blick auf die subjektiven Verhaltensweisen und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit des Patienten, wozu auch eine erweiterte psychosoziale Anamnese wichtige Erkenntnisse liefern kann.

Erwähnte Fachbegriffe:

Teil 4: Anamnese – Krankheits-Vorgeschichte – Hausarzt-/Facharzt-Betreuung – Zahl und Verlauf der Beschwerden – Leidens-Intensität – Zahl der geklagten Symptome – Ko-Morbidität – therapeutisch Grundhaltung – psychosoziale Belastungen – Funktionsfähigkeit – Differential-Diagnosen – Suizid-Risiko – persönliche Verhaltensweisen zu Gesundheit und Krankheit – erweiterte psychosoziale Anamnese – u.a.m.

DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

Der Patient kommt also mit einem Leidensbild, das sowohl seelischer, als auch körperlicher Ursache sein kann, vielleicht sogar sich wechselseitig verstärkt. Deshalb empfiehlt sich bei entsprechender Unklarheit schon von Anfang an der Hinweis auf eine so genannte Parallel-Diagnostik, also eine „Sowohl-als-auch-Haltung“. Wie geht man dabei im Einzelnen vor?

- **Anamnese-Erhebung**

Zu den Grundfragen einer *Anamnese (Krankheits-Vorgeschichte)* funktioneller Körperbeschwerden gehört das gezielte Erfragen solcher Beeinträchtigungen, der aktuellen Funktionsfähigkeit, aber auch eventueller psychosozialer Belastungen. Und nicht übergangen werden sollte eine so genannte dysfunktionale Einstellung mit entsprechend folgenschweren (Fehl-)Verhaltensweisen bisher.

Zur erweiterten Anamnese gehören dann Nachfragen nach einer längerfristigen Betreuung durch Hausarzt oder Facharzt, ggf. als psychosomatisches oder psychiatrisches Konzil oder zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Das heißt genau zu erfahren, in welchem Zusammenhang sich die Beschwerden äußern und was zu unterscheiden ist bzw. wo und wie das eine zum anderen kommen könnte.

Entscheidend ist dabei ein Aspekt, der auch mehr „psychisch orientierte“ Therapeuten betrifft, nämlich: Das Abwarten der organischen Ausschluss-Diagnostik trotz des Vorliegens auch nur geringfügiger Hinweise auf psychosoziale Belastungen ist kontraindiziert! Oder auf Deutsch: Es gilt keine Zeit zu verlieren, die Diagnostik sollte parallel laufen, nämlich organisch und psychisch. Keine der beiden Aspekte ist zeitlich zu vernachlässigen.

Dabei bleibt die Klage des Patienten über dieses oder jenes ohnehin die Grundlage des weiteren Vorgehens, d. h. die geäußerten Körperbeschwerden sind erst einmal das zentrale diagnostische Instrument. Und das gilt auch für den ja durchaus subjektiven Bedeutungsgehalt der Beschwerden und der individuellen Lebens-Situation des Betroffenen, zumal sich erst danach der weitere Handlungsbedarf mit dem dann notwendigen „objektiven Befund“ abzeichnet. Das betrifft auch rein körperliche Ursachen, z. B. Schmerzen. Es gilt also als Erstes riskante oder gar gefährliche Verläufe rechtzeitig abzuwenden und natürlich in Extremfällen sogar eine letale Gefahr, vor allem durch wachsende Suizidalität, zu neutralisieren.

Oder konkret: Es gilt einen Eindruck vom subjektiven Befinden des Patienten zu erhalten, um ihn später zum objektiven Befund in Relation setzen zu kön-

nen. So etwas wird übrigens nicht nur positiv vom Patienten registriert, da die meisten dann doch eher auf einer organischen Ursache bestehen, zumal psychogene Aspekte nach wie vor mit einer Stigmatisierungs-Gefahr verbunden sind.

- **Was muss man wissen zu Verlauf, Zahl der Beschwerden und ihrer Intensität?**

Es ist tatsächlich die Anzahl und die Dauer der Beschwerden, die am besten schwerere von leichteren Krankheits-Verläufen im Falle funktioneller Störungen unterscheiden helfen. Oder konkret:

Eine *große Zahl beklagter Beschwerden* gilt allgemein als deutlicher Hinweis für eher körperlich unerklärte Beschwerden, psychiatrische Komorbidität (also zusätzliche seelische Krankheiten), eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und funktionelle Beeinträchtigungen generell. Dabei hat sich in verschiedenen Untersuchungen die Erkenntnis gefestigt, dass sich hinter scheinbar umschriebenen, spezifischen Syndromen oftmals wenig konkrete Beschwerde-Häufungen in den unterschiedlichsten Organ-Systemen finden. Vor allem die Gesamtzahl körperlicher Beschwerden ist ein wesentlicher Hinweis sowohl für das Auftreten als auch für den Verlauf funktioneller und somatoformer Störungen. Oder vereinfacht:

Je mehr Krankheitszeichen geklagt werden, desto eher könnte es sich um funktionelle Beschwerden handeln, die dann auch eher chronisch zu werden drohen.

Ein ungeklärtes Problem ist die *Ko-Morbidität funktioneller Einzel-Syndrome* untereinander, oder auf Deutsch: das gleichzeitige Vorliegen kennzeichnender Symptome verschiedener Krankheitsbilder. Das wird – je nach Studie bzw. Leidens-Kombination – mit 10 bis 80% angegeben, im Durchschnitt bei jeder zweiten funktionellen Störung.

Beispiele: Chronisches Müdigkeits-Syndrom, Reizdarm-Syndrom, Fibromyalgie-Syndrom, Golfkriegs-Syndrom, Temporo-mandibular-Syndrom, Multiple Chemikalien-Sensitivität u. ä. weisen alle durchaus vergleichbare Beschwerde-Profile auf, wenn gezielt danach gefragt wird. Dabei stehen vor allem Schmerzen in unterschiedlichen Körper-Regionen, Erschöpfung und Konzentrationsstörungen im Vordergrund. Oft zusätzlich noch Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen und Atembeschwerden.

Natürlich unterscheiden sich dabei die spontan geschilderten Kern-Symptome durchaus. Beispiele: So treten bei der Multiplen Chemikalien-Sensitivität die

Schmerzen gegenüber Erschöpfung und Konzentrationsstörungen in den Hintergrund; umgekehrt ist es bei den Fibromyalgie-Patienten.

Deshalb wurde wissenschaftlich schon früher (kontrovers) diskutiert, ob es sich nicht bei all diesen Syndromen um die unterschiedliche Ausprägung eines und desselben Krankheitsbildes handeln könnte, lediglich mit unterschiedlicher Ursachen-Zuteilung. Die Debatte darüber ist noch nicht abgeschlossen. Denn:

- Die Vorteile einer Differenzierung ist eine bessere Akzeptanz bei den Patienten, eine gezieltere Psycho- und Pharmakotherapie auf die Kern-Symptome des jeweiligen Leidensbildes und die geringere Gefahr, eine organische Erkrankung zu übersehen.
- Die Vorteile einer „Einheits-Störung“ ist die Vermeidung unsinniger „Labels“, das Einbeziehen gleichzeitig bestehender Beschwerden in anderen Organ-Systemen (also theoretisch mehrere Organe betroffen) und die geringere Fixierung auf ein rein körperliches Krankheits-Modell („es muss doch eine richtige Krankheit sein“).

- **Therapeutische Grundhaltung**

Nicht nur bei der Therapie, schon bei der Diagnostik, nämlich wie äußert sich das geklagte Beschwerdebild und was liegt ihm zugrunde, entscheiden Haltung, Denk- und Verhaltensweisen, kurz: die Behandler-Patient-Beziehung. Dies ist vor allem wichtig, um ein längeres Leidensbild, wenn nicht gar die Chronifizierung zu unterbinden.

Empfohlen wird deshalb für den Therapeuten eine gelassene, empathische, aktiv-stützende, symptom- und bewältigungs-orientierte Grundhaltung, wie es in der S3-Leitlinie heißt und wie es in den vorangegangenen Teilen dieser kleinen Serie mehrfach ausführte wurde. Trotzdem nochmals: Das erfordert natürlich sowohl Einfühlung als auch professionelle Distanz, d. h. muss sich an den Krankheitszeichen, den biologischen Hintergründen, aber auch an Erleben und Verhalten orientieren. Das besagt: das richtige Maß aus Zurückhaltung und Echtheit („nicht alles was echt ist, soll gesagt werden, doch alles was man sagt, soll echt sein“). Oder mit einem modernen Wort umschrieben: Balance zwischen folgenden Polen:

- *Zuversicht vermitteln*. Dies ist nachvollziehbar. Gleichzeitig aber müssen auch hohe Ansprüche und Erwartungen relativiert werden. Das ist schon viel schwieriger. Vor allem darf sich der Therapeut nicht dem Druck des Patienten ausliefern, ja nicht einmal dessen Idealisierungen übernehmen.

Konkret heißt dies: Nach abgeschlossener organischer Diagnose schwerwiegende körperliche Ursachen verneinen, nicht das Unangenehme, wohl aber das Gefährliche negieren, die große Zahl der Betroffenen und die erprobten Behandlungsmöglichkeiten heute erwähnen. Dabei durchaus auf eine möglicherweise längere Regenerationszeit verweisen, nicht viel auf einmal wollen, erst einmal mit kleinen Schritten zufrieden sein.

- Wichtig ist es auch *Transparenz hinsichtlich der zu treffenden diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen zu vermitteln*. Dabei soll man aber nicht bei medizinischen Themen hängen bleiben, sondern die Untersuchungen lediglich kommentieren, vor allem das unauffällige Ergebnis erläutern und insbesondere darauf hinweisen, dass weitere Untersuchungen keinen Gewinn bringen, sondern nur die bestehende Verunsicherung fortführen.

- *Psychosoziale Aspekte erfragen*, die mit dem Leidensbild in Verbindung stehen könnten. Dabei aber nicht die körperliche Ebene aus dem Blick verlieren. Das heißt: Wie beeinträchtigen welche Beschwerden den Alltag (z. B. Schmerzen). Oder konkret: Wurden bereits Zusammenhänge zwischen dem Leidensbild und dem jeweiligen seelischen Befinden festgestellt? Dabei die körperliche Ebene nicht aus dem Blick verlieren, d. h. wie und wo belastet was am meisten und wie hat es der Patient trotzdem fertig gebracht, im Alltag seine Pflichten zu erfüllen?

- *Dem Patienten seine Beschwerden nicht absprechen*, sondern seine subjektive Krankheits-Theorie erfragen, denn jeder stellt sich seine eigenen Überlegungen an, was, warum und mit welchen Konsequenzen. Dabei muss man die Klärungs-Versuche des Patienten nicht übernehmen, schon gar nicht voreilig und unkritisch. Dagegen ist es entlastend, von verschiedenen Einfluss-Ebenen zu sprechen, die dann meist zusammenkommen, anderes wieder relativieren, zumal es mit den bekannten Befunden dann doch nicht in Einklang zu bringen ist, und sich schließlich auf jene Krankheitsfaktoren zu spezialisieren, die man gemeinsam beeinflussen kann.

- *Engagement und Verbindlichkeit zeigen*, sprich Freundlichkeit, d. h. grundsätzliche Achtung des Anderen; Respekt, d. h. Ausdruck von Wertschätzung für ein konkretes Gegenüber und natürlich Engagement. Der Patient muss sich auf die Zusagen seines Therapeuten verlassen können und spüren, dass dieser sich weiter informiert, um den speziellen Gegebenheiten Rechnung tragen zu können.

Allerdings darf sich der Therapeut nicht zu raschem Handeln verleiten lassen, nichts überstürzen. Er muss sich Zeit nehmen dürfen, und das kann nicht nur Tage, sondern auch Wochen und mehr dauern. Alles andere mündet wieder in die offene oder unausgesprochene Bitte, doch diese oder jene technische Untersuchung anzuschließen, obgleich man dadurch nichts gewinnen würde.

- **Psychosoziale Belastung und Funktionsfähigkeit**

Viele Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden weisen eine erhöhte psychosoziale Belastung auf. Das geht von emotionalem Disstress (z. B. depressive und Angstsymptome) bis hin zu komorbiden Depressionen oder Angsterkrankungen. Klassische psychosoziale Belastungen sind beispielsweise Enttäuschung, hohe Ärger-Neigung, Überlastung bzw. Konflikte am Arbeitsplatz, Ängste, Demoralisierung, Verzweiflung, sozialer Rückzug, Belastungen aus dem eigenen Lebensweg (biographisch) u.a.m.

Das ist zwar nicht ungewöhnlich, aber bei diesen Patienten folgenschwerer als bei rein körperlich definierten Erkrankungen mit einem ähnlichen Beschwerdebild. Oder kurz: Diese Patienten leiden häufiger und ausgeprägter und erleben sich im Alltag stärker beeinträchtigt.

Oder mit einem konkreten Beispiel: Ein Fibromyalgie-Syndrom kann nicht nur mehr, sondern auch ernstere Konsequenzen nach sich ziehen als eine rheumatoide Arthritis, auch wenn sich die beiden Beschwerdebilder äußerlich ähneln mögen.

Das besagt für die diagnostische Einschätzung: Ein hoher Grad der *subjektiven* Beeinträchtigung ist ein wichtiges Kennzeichen für einen schwereren Verlauf nicht-spezifischer, funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden.

Deshalb empfiehlt sich zur diagnostischen Konkretisierung bei *allen* Patienten mit Körperbeschwerden als Leitsymptom nicht nur nach dem psychischen Befinden, sondern auch nach der aktuellen Funktionsfähigkeit im Alltag zu fragen. Das geht von Problemen im engeren Familienkreis über die Freizeit und Schilderungen des üblichen Tagesablaufs bis zur Vermeidung körperlicher Aktivitäten oder gar Krankmeldungen. Eine wichtige Unterstützung ist dabei die multi-axiale Diagnose-Stellung nach ICD-10 (soziale Funktionseinschränkungen) und DSM-IV (globale Erfassung des Funktionsniveaus) sowie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Eine besondere Schwierigkeit ist die hohe Ko-Morbidität von nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden mit verschiedenen seelischen Erkrankungen; die Zahlen schwanken je nach Studie, können aber bis zu zwei Drittel aller Fälle ausmachen.

Betroffen sind am häufigsten affektiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen (vor allem paranoide, zwanghafte und histrionische (hysterische) Persönlichkeitsstörungen) sowie Trauma-Folgestörungen, vor allem posttraumatische

Belastungsstörungen. Nicht selten sind aber auch Zwangs- und Suchterkrankungen.

Auch somatisch nicht hinreichend geklärte Beschwerden können eine Rolle spielen. Beispiele: aktuelle oder frühere Depressionen beim chronic fatigue-syndrom, beim Fibromyalgie- und Reizdarm-Syndrom sowie bei der Multiplen Chemikalien-Sensitivität.

Die Schwierigkeit betrifft dann die differential-diagnostisch zu klärende Frage, was Hauptdiagnose und komorbides Leidensbild sein könnte. Das wird besonders dann problematisch, wenn es sich um rein seelische Erkrankungen mit ausgeprägtem oder sogar hauptsächlich körperlichem Beschwerdebild handelt, beispielsweise Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen. Früher wurde dem beispielsweise mit dem Begriff „larvierte Depression“ (vom Lat.: larva = Maske) oder „maskierte“ Depression begegnet.

Problematisch wird dies vor allem bei älteren Patienten, die mit einer erhöhten Multimorbidität (Mehrfach-Erkrankung) und damit Multi-Medikation eher in Gefahr geraten, zu ausschließlich entweder in die eine (organische) oder andere (somatoforme) Blickrichtung gerückt zu werden. Am häufigsten werden deshalb z. B. Depressionen und Angsterkrankungen, aber eben auch somatoforme Störungen übersehen. Man spricht von Fehldiagnosen zwischen 10 und 50 %. Das kann natürlich nicht nur im Falle ernster körperlicher Erkrankungen, sondern auch bei Suizidgefahr bei seelischen Störungen folgeschwer werden. Erfahrungsgemäß kann man in diesen Fällen auf die anamnestischen Angaben vom Patienten selber am wenigstens vertrauen – nachvollziehbar, aber eben auch risikoreich.

Hier kann es sich als günstig erweisen, mehr auf „versteckte“ Hinweise der Betroffenen zu achten und konkret nachzufassen. Auch gibt es dafür differential-diagnostisch hilfreiche Screening-Anfragen (z. B. DEGAM-Leitlinie, NVL u. a.).

• Die wichtigsten psychischen Differential-Diagnosen

Deshalb geht die S3-Leitlinie über den Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden auf differential-diagnostisch relevante, weil häufig komorbide psychische Störungen differenzierter ein. Dazu einige Beispiele:

- *Depressive Störungen* (vor allem die erwähnten so genannten „larvierten“ oder „somatisierten“ Depressionen): insbesondere Niedergeschlagenheit, Interessenverlust und ein konkretes körperliches Beschwerdebild: vor allem Erschöpfung, diffuse Schmerzen, Schlaf- und Appetitstörungen etc.

- *Angststörungen*, z. B. Panikattacken, phobische Störungen oder Generalisierte Angst: attackenartiger Schwindel, Herzrasen und -klopfen, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten u. a.
- *Suchterkrankungen*: Medikamenten- und Alkohol-Abhängigkeit, ggf. auch sekundär, z. B. bei wiederholter und vor allem steigender Einnahmefrequenz zur Beschwerde-Linderung.
- *Anpassungsstörungen*: eindeutig einer entscheidenden Lebensveränderung zuordenbar.
- *Posttraumatische Belastungsstörung*: Schreckhaftigkeit, „Flashback“, Alpträume, Gefühl der emotionalen Stumpfheit etc.
- *Hypochondrische Störung*: vor allem gesundheits-bezogene Ängste, organisch nicht objektivierbar.
- *Persönlichkeitsstörungen*: auffällige Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich.
- *Sexuelle Funktionsstörung*: Libido- bzw. Appetenz-Störungen, Erregungs- oder Orgasmus-Störungen, Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten u. a.
- *Nicht-organische Schlafstörungen*: Ein- und Durchschlafstörungen.
- *Ess-Störungen*: Gewichtsprobleme, Körperschema-Störung, Magen-Darm-Beschwerden etc.
- *Körperdysmorphie Störungen*: Angst, missgestaltet und stigmatisiert zu sein bis hin zu Scham und Ekel vor sich selber.
- *Psychotische Erkrankungen*: neben der bekannten (Wahn-)Symptomatik vor allem abnorme, ja bizarre körper-bezogene Wahrnehmungen.
- *Artifizielle Störungen*: z. B. selbst-verursachte und ungewöhnlich schlecht heilende Wunden.
- *Aggravation bzw. Simulation*: im Praxis-Alltag eher selten, bei gutachterlicher Fragen häufiger mit überwiegend bewusst vorgetäuschten Beschwerden.

- **Suizid-Risiko erfassen**

Die Suizidalität gehört zu den größten Problemen im Arzt-Patient-Verhältnis. Das Spektrum geht von passiven Todeswünschen über aktive Suizidgedanken

bis hin zu Suizidplänen, entsprechende Vorbereitungen und schließlich Versuche, im unglücklichsten Fall mit vollendeter Selbsttötung.

Am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen Suizidalität und chronischen Schmerzen, die schon für sich allein genommen einen entsprechenden Risikofaktor darstellen. Dafür gibt es nachhaltig mahnende Statistiken, vor allem was Kopf-, nicht-arthritische und multilokuläre Schmerzbilder anbelangt. Bemerkenswerterweise sind auch das chronische Müdigkeitssyndrom (CFS) und das Reizdarm-Syndrom (IBS) nicht ungefährlich.

Bei chronischen Schmerzen ist es vor allem die Dauer und Schmerz-Intensität, die zermürbt. Daneben spielt auch die Art der Schmerzen eine Rolle, insbesondere Bauchschmerzen, multilokuläre oder Ganzkörper-Schmerzen, Kopf- und Rückenschmerzen. Außerdem die Zusatzbelastungen: Neigung zur Schmerz-Katastrophisierung sowie Einschlafstörungen.

Und nicht zu vergessen sind allgemeine Risikofaktoren wie Depressivität, Hoffnungslosigkeit, konkrete Suizid-Vorstellungen wenn nicht gar schon Vorbereitungen, frühere Suizidversuche, Suchtverhalten, Familien-Anamnese für Suizid u. a.

- **Verhaltensweisen zu Gesundheit und Krankheit**

Frühzeitig und konkret sind auch spezielle Verhaltensweisen zu erfragen bzw. zu erfassen. Dazu gehören beispielsweise starke Krankheits-Ängste oder die erwähnte Neigung zur Katastrophisierung des Leidensbildes. Außerdem häufige Arztbesuche oder gar Arztwechsel sowie schwierige Beziehungen zwischen Therapeut und Patient.

Es gilt also möglichst bald und zumindest orientierend nach gesundheits- und krankheits-bezogenen Einstellungen zu fragen. Beispiele: Die subjektive Kontrollierbarkeit der Beschwerden, die konkreten Krankheits-Befürchtungen, entsprechende Verhaltensweisen (Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Therapieabbrüche, Medikamenten-Einnahme, Schon- und Vermeidungsverhalten etc.) sowie entsprechende Bewältigungs-Strategien.

Interessant und bedeutsam dabei sind die so genannten subjektiven Ursachen-Überzeugungen des Patienten („Laien-Ätiologie“). Sie sollten nicht einfach als unerheblich abgetan oder gar ignoriert, sondern frühzeitig gezielt erfragt werden, um daraus auch konstruktive Schlussfolgerungen und damit konstruktive Mitarbeit zu bahnen.

Denn viele Patienten können durchaus den gleichzeitigen Einfluss verschiedener Faktoren anerkennen, häufig auch einschließlich psychosozialer Bedingungen. Das teilen sie aber in der Regel nicht (sofort) ihrem Arzt mit. Denn sie

wollen ja vor allem nicht durch ihre seelischen Belastungen seine organischen diagnostischen Bemühungen unterlaufen. Oder konkret: Dass er vielleicht nicht mehr ausreichend konsequent nach einer körperlichen Krankheit sucht, wenn sie schon selber seine Aufmerksamkeit auf psychologische Faktoren lenken.

Auch kann es natürlich an mangelndem Vertrauen liegen, insbesondere was in einer stark frequentierten Praxis den verfügbaren Zeitrahmen für seelische Belange betrifft. Eine emotionale Unterstützung würden sie nämlich durchaus akzeptieren, wenn die organische Untersuchungs- und Behandlungsschiene Vertrauen vermittelt (hat).

Leider bleibt zumeist wenig Zeit und Raum für solche Arzt-Patient-Gespräche, dabei wären sie differential-diagnostisch sehr wertvoll. Deshalb die Empfehlung der S3-Leitlinie, sich frühzeitig und aktiv Themen zuzuwenden wie Prägung und Fixierung, Medien, Einfluss von Partner, Familie, Arbeitskollegen, Bekannten, Nachbarn, ggf. Vorbehandlungen bis hin zu nicht-medizinischen Gruppierungen oder gar Sekten u. a. Am besten mit offenen Fragen.

Dabei soll es aber nie zu einem Disput über die „echten“ Ursachen kommen, zumal gerade zu Beginn noch keine eindeutigen Kausalitäts-Aussagen gemacht werden können, insbesondere bei dem meist unklaren Beschwerdebild. Was aber nicht schaden kann, schon zu einem frühen Zeitpunkt die Möglichkeit(!) eines „bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells“ anzudeuten, bei dem es eben auch komplexe Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren gibt und so gut wie nie *die eine und einzige* Ursache.

- **Erweiterte psychosoziale Anamnese**

Wie bereits mehrfach erwähnt, gilt es auch den erweiterten psychosozialen Bereich des Patienten anzusprechen, nicht unbedingt schon beim Erstkontakt, aber durchaus frühzeitig.

Die wichtigsten Fragen beziehen sich auf die allgemeine Lebenssituation, auf Lebensgewohnheiten sowie auf auslösende, gute und schlechte Bedingungen. Das Gleiche gilt für sozio-demographische, sozio-ökonomische, religiöse und interkulturelle Aspekte. Und natürlich eventuelle konkrete Auslöse-Situationen.

Typisch für Letztere können verschiedene Erschütterungen des Gewohnten sein. Das betrifft Versuchungs-/ Verführungs- oder Versagens-/ Entmüchtigungs-Situationen, und zwar nicht nur realer Verlust, sondern auch (narzisstische) Kränkungen mit entsprechenden Negativ-Phantasien.

Das muss übrigens nicht nur psychosozialer Natur sein, es kann auch körperlich belasten. Beispiele: plötzliche und verstärkte Anfälligkeit/Behinderung/Erkrankung/Verletzung/Operation/Unfall u. a. Und dies nicht nur in eindrucksvol-

len Dimensionen, die jedem ein zustimmendes Kopfnicken abringen, sondern ggf. auch scheinbare „Bagatelle“-Ereignisse.

Entscheidend ist eben das, was den Betroffenen aufwühlt oder „den Boden unter den Füßen wegzieht“ und nicht, was „man“ als adäquat zu bezeichnet pflegt – oder nicht. Und damit auch entsprechende Schadens-Ereignisse allgemeiner Art wie Erdbeben, Brände, Überschwemmungen, Groß-Unfälle u. a. – auch wenn sie nur indirekt bedroht haben mögen. Und dies vor allem in einer subjektiv kritischen Zeit der persönlichen Biographie, wo Verluste, Verlassenheits-Erlebnisse, Erkrankungen und Tod eine wachsende Bedrohungs-Rolle spielen. Oder auch „nur“(!) auf psychosozialer Ebene: Angehörige, vor allem erweiterte Familienkonstellationen wie Heirat, Scheidung, Geburt eines Kindes, Auszug der Kinder u. a. Und natürlich der Beruf, von der Belastung über die Versetzung bis zur Kündigung.

Leichtere und vorübergehende Formen nicht-spezifischer, funktioneller und somatoforme Körperbeschwerden treten oft, keinesfalls aber immer, nach konkreten Belastungen wie Streit, Umzug, Trennung u. a. auf – und verblasen nach Ende der Belastung wieder. Bei schwereren Schicksalsschlägen können sie aber chronisch werden, wobei leicht / mittel / schwer natürlich subjektiv zu werten ist.

Gerade diese Differenzierung sollte man dem Betroffenen überlassen, idealerweise, auch wenn man ggf. da und dort unterstützend fragen oder kommentieren kann. Auf jeden Fall gilt es ein möglichst objektives Verständnis der Beschwerde-Geschichte anzustreben und den subjektiven Bedeutungs-Gehalt im Auge zu behalten.

Wichtig sind dabei nicht nur aktuelle oder zeitlich überschaubare Ereignisse, sondern auch weiter zurückliegende lebensgeschichtliche Belastungen. Gerade sie gelten ja als nicht unerheblicher Risikofaktor für die spätere Entwicklung von nicht-spezifischen funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Sie wirken sowohl als ungünstige Lern-Erfahrungen als auch (stress-)physiologisch und möglicherweise sogar epigenetisch prägende Ereignisse. Das betrifft beispielsweise Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit, die Erfahrung eigener Krankheiten, aber auch solcher wichtiger Bezugspersonen. Und schließlich die lebensgeschichtliche Entwicklung mit positiven Ereignissen und Lebensleistungen, aber eben auch negativen Erfahrungen. Kurz: eine erweiterte biographische Anamnese bis hin zu früheren Generationen, wichtigen Beziehungen bzw. Ereignissen aus Kindheit, Pubertät und frühem Erwachsenenalter.

Zuletzt geht es um das, was die Experten eine *psychosomatisch/psychiatrisch/psychologisch-psychotherapeutische Anamnese* nennen, die folgende Punkte enthalten sollte:

- Eine *ausführliche Beschwerde-Anamnese* mit den Eckpunkten Beginn / Verbesserung / Verschlechterung des Leidensbildes.
- Eine ausführliche, den aktuellen und biographischen Zusammenhang einbeziehende *Anamnese zu körperbezogenen Erfahrungen und Gewohnheiten*: z. B. Vorerkrankungen in der gesamten Familie, eigene Erfahrungen mit dem Kranksein, Sexualanamnese, Schlaf-, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten u. a.
- Das Erfragen *biographischer und Persönlichkeitsfaktoren*, nämlich familiärer Hintergrund, traumatisch erlebte Begegnungen und Lebensereignisse, Aufwachsen, Ausbildung, Partnerschaft(en), Rollenvorstellungen und Annahmen, Selbsteinschätzung der eigenen Persönlichkeit u. a.
- Das Erfahren *komplizierter psychosozialer Belastungsfaktoren*: aktuelle Ereignisse oder chronische Belastungen hinsichtlich Beziehungen, Sexualität, Arbeit, Finanzen, Rentenbegehren, Rechtsstreit etc.
- Die genaue *Schilderung eines typischen Tagesablaufs* zur Erfassung von Aktivität, Funktionalität und Teilhabe.
- Schließlich, aber nur mit der Zustimmung des Betreffenden, das Einholen von *Fremd-Einschätzungen*, z. B. durch Paargespräche.

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