

Änderungen in der Terminologie psychosomatischer Störungen

Die somatische Belastungsstörung: Stress durch Körpersymptome

Roland von Känel^{a,b}, Anna Georgi^{a,c}, Dorothea Egli^{a,d}, Daniel Ackermann^{a,e}

^a Institut für Humanwissenschaftliche Medizin, Zürich; ^b Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid; ^c Klinik Susenberg, Zürich;

^d Frauenpraxis Winterthur; ^e Praxisgemeinschaft Dottikon

Die Änderungen in der Terminologie psychosomatischer Störungen reflektieren das heutige Verständnis dieser Erkrankungen und erleichtern damit auch den therapeutischen Zugang.

Die Terminologie psychosomatischer Störungen erfährt gegenwärtig Veränderungen, die auch für die Allgemeine Innere Medizin von grosser Bedeutung sind [1–9]. In der medizinischen Grundversorgung (*Primary Care*) werden die meisten Patienten mit subjektiv belastenden Körpersymptomen gesehen [1, 10]. Expertengremien haben für diesen Bereich der Medizin neue psychosomatische Diagnosen geschaffen und gleichzeitig alte abgeschafft [2, 4]. Die neue Terminologie reflektiert das heutige Verständnis dieser psychosomatischen Störungen und erleichtert damit auch den therapeutischen Zugang [1, 9, 11–13].

Körpersymptome sind häufig

In der Allgemeinbevölkerung berichten mindestens 80% der Personen über selbstlimitierende Körperbeschwerden in der vergangenen Woche [14]. Diese können im Zusammenhang stehen mit einem psychischen Faktor (z.B. Kopfschmerzen bei Ärger), einem körperlichen Faktor (z.B. Rückenschmerzen nach langer Autofahrt), oder aber der Zusammenhang bleibt unklar. In der ambulanten und stationären Grundversorgung präsentieren mindestens 20–40% der Patienten körperliche Beschwerden, für die sich keine organische Ursache im Sinne einer Gewebe- oder Nervenschädigung oder eines peripheren entzündlichen Prozesses finden lässt [1, 10]. Fachärzte berichten über vergleichbare Prävalenzen [1].

Pathophysiologie von Körpersymptomen

Bei funktionellen Symptomen und Syndromen (z.B. Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome, Reizdarm) besteht, vereinfacht zusammengefasst, eine verstärkte zentralnervöse Prozessierung von somatosensorischen und viszerale Reizen im Sinne einer zentralen

Hypersensitivität. Neuroinflammation, oxidativer Stress, mitochondriale Dysfunktion und Gliazellaktivierung sind wichtige zu nennende Mechanismen, die am Zustandekommen der zentralen Hypersensitivität beteiligt sind [11, 12]. Die zentrale Sensitivierung wird durch (epi-)genetische, biographische und frühere Symptomerfahrungen ausgebildet, so wie dies beispielsweise bei der Entstehung des Schmerzgedächtnisses hinlänglich bekannt ist. Klinisch manifestiert sich eine Hypersensitivität mit einer intensivierten und verlängerten Empfindung von Körpersymptomen (z.B. wird ein normaler Zug am Arm beim Tragen einer Einkaufstasche bereits nach wenigen Minuten als reisender Schmerz empfunden). Körperlicher (z.B. Infekte, Operationen) und psychosozialer Stress erhöht die zentrale Symptomsensitivität über neuroendokrine, autonome und immunologische Mechanismen zusätzlich. Eine zentrale Hypersensitivität kann auch die Wahrnehmung und Ausprägung von organisch begründbaren Körpersymptomen verstärken (z.B. verstärktes Müdigkeitsgefühl bei neurodegenerativen und Autoimmun-Krankheiten in Zeiten erhöhter psychischer Belastung oder bei banalen Infekten) [11, 12].

Körpersymptome sind klinisch relevant

Körperliche Symptome tendieren zur Chronifizierung. In der Grundversorgung berichten Patienten über einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren in 40% der Fälle über persistierende und in je 30% der Fälle über gebesserte bzw. vollständig abgeklungene Beschwerden [10]. Wichtig ist die Beobachtung, dass nicht alle Personen mit körperlichen Beschwerden in die Praxis, auf die Notfallstation oder ins Spital kommen, sondern betont diejenigen, die sich durch Körpersymptome belastet («gestresst») und im Alltag eingeschränkt erleben [1]. Studien konnten zeigen, dass die

subjektive Belastung durch körperliche Symptome unabhängig von deren Ätiologie ist, und die klinische Relevanz von Körpersymptomen für die Lebensqualität, Arbeits(un)fähigkeit, Anzahl Arztbesuche, verursachten Gesundheitskosten und psychische Gesundheit hoch ist [15, 16].

Psychosomatik für den Praxisalltag

Die neue psychosomatische Diagnose einer «somatischen Belastungsstörung» (Tab. 1) berücksichtigt das akkumulierte Wissen der letzten 20 Jahre zur Pathogenese, Aufrechterhaltung und Prognose von subjektiv belastenden Körpersymptomen [17]. Somit wird offenkundig, dass sich die Psychosomatik im Praxisalltag mit körperlichen Symptomen jeglicher Ursache beschäftigt, die dadurch Krankheitswert erhalten, dass Patienten wegen symptombezogener dysfunktionaler

Neue Diagnose: Somatische Belastungsstörung

Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen leiden und deshalb (übermäßige) medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Zusätzlich wird der klinischen Tatsache Rechnung getragen, dass Körpersymptome als eigenständige klinische Entität ernst genommen werden müssen, da sie zu weitreichenden Einschränkungen bis hin zur Invalidisierung in allen wichtigen Alltagsbereichen führen können. Der erfolgte «Erdbeben» in der Nosologie psychosomatischer Erkrankungen bietet somit die Chance, Patienten mit psychosomatischem Mehrbedarf im Primary-Care-Bereich rechtzeitig zu erkennen, um unbefriedigende Behandlungsverläufe und Chronifizierung von körperlichen Beschwerden abzuwenden.

Tabelle 1: Definition der somatischen Belastungsstörung [8, 17].

Für die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung nach DSM-5 müssen die Kriterien A, B (mindestens 1 von 3 psychologischen Dimensionen) und C erfüllt sein:

- Kriterium A:** Somatische(s) Symptom(e)
– Belastend oder zu Störungen des Alltagslebens führend
- Kriterium B:** Psychologische Merkmale bezogen auf körperliche(s) Symptom(e)
– Übertriebene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome (kognitive Dimension)
– Anhaltend stark ausgeprägte Ängste bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome (emotionale Dimension)
– Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden (Verhaltensdimension)
- Kriterium C:** Symptombelastung ist persistierend (meist länger als sechs Monate)
- DSM-5 («Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen», 5. Auflage).

Die somatoforme Störung ist Geschichte

In der 2013 erschienenen 5. Auflage des «Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Störungen» (DSM-5, 300.82) der *American Psychiatric Association* wurden die somatoformen Störungen, die Somatisierungsstörung, die Hypochondrie und die Schmerzstörung abgeschafft. Die für 2018 geplante elfte Auflage der «Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten» (ICD-11) der *Weltgesundheitsorganisation* wird ebenfalls keine somatoformen Störungen mehr aufführen [3, 6].

Die somatische Belastungsstörung als neue psychosomatische Diagnose

Neu wurde im DSM-5 die Diagnose *Somatic Symptom Disorder* eingeführt [8] und wird, aller Voraussicht nach, im ICD-11 die Diagnose *Bodily Distress Syndrome* eingeführt werden [2, 5]. Als deutsche Übersetzung für *Somatic Symptom Disorder* wurde die Bezeichnung «Somatische Belastungsstörung» gewählt [17]. Die neue Diagnose soll zum Ausdruck bringen, dass ca. 30% der Patienten in der Grundversorgung körperliche Symptome haben, durch die sie sich erheblich oder sehr gestresst und eingeschränkt im Alltag fühlen (Familie, Beruf, Freizeit). Tabelle 1 zeigt die Diagnosekriterien für die somatische Belastungsstörung [8, 17].

Konzeptuelle Überlegungen zur somatischen Belastungsstörung

Studien haben wiederholt gezeigt, dass Einschätzungen von Klinikern, ob körperliche Symptome somatisch erklärbar sind oder nicht, unzuverlässig sind [1]. Der Leidensdruck der Patienten, die funktionellen Einschränkungen in wichtigen Bereichen des Alltags und das Chronifizierungsrisiko steigen zudem unabhängig von der Ursache der Symptome mit zunehmender Anzahl somatischer Symptome linear an [16]. Deshalb wird die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung unabhängig von der Ursache [sic!] der körperlichen Beschwerden gestellt [8, 17]. Damit entfällt die stigmatisierende Unterscheidung zwischen somatoformen (medizinisch unerklärten, ergo «psycho-genen») und somatischen (organmedizinisch begründeten) Symptomen. So kann auch ein anhaltend hohes Angstniveau, das auf durch eine körperliche Krankheit verursachte Symptome bezogen ist, die Diagnose rechtfertigen (z.B. exzessive Ängste, bei Orthopnoe zu ersticken oder bei leichter Hypoglykämie ohnmächtig zu werden).

Bereits ein einziges chronisches körperliches Symptom, das zu erheblicher funktioneller Einschränkung in wichtigen Lebensbereichen führt, reicht für die Diagnose aus. Am häufigsten sind in der Grundversorgung Schmerzen, Müdigkeit und Schwindel (in dieser Reihenfolge) [10]. Mit zunehmender Dauer und Anzahl von körperlichen Symptomen steigen die Häufigkeit von Arztbesuchen, komorbiden Angst- und depressiven Störungen und Fehlzeiten am Arbeitsplatz und nimmt die gesundheitsbezogene Lebensqualität in allen Dimensionen ab. Das Inanspruchnahme-Verhalten, funktionelle Einschränkungen und Unzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung steigen an, wenn zu den somatischen Symptomen Krankheitsängste und -überzeugungen hinzukommen [1].

Schweregrad der Belastung durch Körperbeschwerden (Kriterium A)

Die *Somatische Symptomskala-8* erfasst die Belastung durch somatische Symptome in der vergangenen Woche (Tab. 2) [18]. In der Grundversorgung haben ca. 10% der Patienten eine hohe bis sehr hohe und weitere 20% eine mittelgradige Symptombelastung [19].

Tabelle 2: Somatische Symptomskala-8 zur Erhebung der somatischen Belastung [21].

Die Person wird gefragt, wie stark sie sich in der letzten Woche durch folgende Symptome beeinträchtigt gefühlt hat. Fünf Antwortkategorien stehen für jedes Symptom zur Auswahl mit den Punktescores «0» (gar nicht), «1» (wenig), «2» (mittel), «3» (stark) und «4» (sehr stark).

- Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden
- Rückenschmerzen
- Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken
- Kopfschmerzen
- Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit
- Schwindel
- Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
- Schlafstörungen

Skalensummenwert mit Kategorien für den Schweregrad der somatischen Belastung: 0–3 (keine bis minimal), 4–7 (gering), 8–11 (mittelgradig), 12–15 (hoch), 16–32 (sehr hoch).

Erfassung der psychologischen Merkmale (Kriterium B)

Ein kürzlich veröffentlichtes Instrument mit insgesamt zwölf Fragen erlaubt die rasche Einschätzung (nie, selten, manchmal, oft, sehr oft) der psychologischen B-Kriterien der somatischen Belastungsstörung durch den Patienten selber oder als Teil der ärztlichen Anamnese [20]. Beispielfragen sind:

- Ich bin von der *Ernsthaftigkeit* meiner körperlichen Beschwerden überzeugt (kognitiv);

- Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden *nicht schlimm* sind (kognitiv);
- Ich mache mir *grosse Sorgen* um meine Gesundheit (emotional);
- Meine körperlichen Beschwerden machen mir *Angst* (emotional);
- Meine gesundheitlichen Sorgen *behindern* mich im Alltag (Verhalten);
- Meine körperlichen Beschwerden *beschäftigen* mich den grössten Teil des Tages (Verhalten).

Die somatische Belastungsstörung mit symptombezogenen Ängsten und Befürchtungen ist von der Krankheitsangststörung (*Illness Anxiety Disorder*) abzugrenzen, bei der nach DSM-5 die Überzeugung vorherrscht, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, ohne dass körperliche Symptome vorliegen [8].

Erfassung von Angst und depressiver Symptomatik

Ungefähr die Hälfte der Patienten mit belastenden Körpersymptomen zeigt gleichzeitig eine erhöhte Ängstlichkeit und/oder Depressivität [1]. Mit vier einfachen Screeningfragen aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) können diese erfasst werden (Tab. 3) [21]. Angst und Depression können, müssen aber nicht im Zusammenhang mit den Körpersymptomen stehen, verstärken und unterhalten Körpersymptome aber regelmässig, was therapeutische Implikationen hat.

Tabelle 3: Screeningfragen für Depressivität und Ängstlichkeit [22].

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? Einschätzung (Punktescore): überhaupt nicht (0), an einzelnen Tagen (1), an mehr als der Hälfte der Tage (2), beinahe jeden Tag (3)

- Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
- Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung
- Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren

Sensitivität und Spezifität bei ≥ 3 Punkten je ca. 80% für Depression (Fragen 1 + 2) und Angststörung (Fragen 3 + 4), wenn diese mit einem klinischen Interview verifiziert werden.

Therapeutische Zugänge

Es stehen mehrere empirisch getestete Therapien zur Verfügung, mit denen sich Elemente der somatischen Belastungsstörung erfolgreich behandeln lassen [1, 4, 22], insbesondere der verbesserte Umgang mit exzessiven Ängsten, katastrophisierenden Gedanken und symptomverstärkenden und -chronifizierenden Verhaltensweisen (*fear avoidance behavior*):

- Psychoedukation
- Kognitive Verhaltenstherapien
- Andere Formen der Psychotherapie
- Entspannungsformen (inkl. Achtsamkeit)
- Psychopharmaka
- Körperliche Aktivität.

Behandlungssetting

Je nach Schweregrad der somatischen Belastungsstörung erfolgt die Patientenversorgung in unterschiedlichen Settings, die von der psychosomatischen Grundversorgung bis zum interdisziplinären und multimodalen Therapieansatz in spezialisierten psychosomatischen Kliniken reichen [1]. Letzterer ist vor allem indiziert in schweren Fällen mit körperlicher und psychischer Komorbidität, starken Ängsten, ungünstigen Verhaltensweisen und drohender Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidisierung. Die Koordination der therapeutischen Bemühungen sollte stets beim Hausarzt liegen.

Fazit für die Praxis

- Mit der zunehmenden Anzahl von Körpersymptomen steigt das Risiko für Leiden, funktionelle Einschränkungen im Alltag, psychische Belastung, wiederholte Arztbesuche, Kosten und Arbeitsunfähigkeit (d.h. mehr Symptome = mehr Leid!); deshalb kommt der erschöpfenden Erfragung von Körpersymptomen als Teil der biopsychosozialen Anamnese eine zentrale Bedeutung zu (sog. «Landkarte der Beschwerden»).
- Auch wenn die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung unabhängig von der Ursache der somatischen Symptome ist, entbindet dies nicht davon, lege artis eine biopsychosoziale Anamnese zu erheben und gegebenenfalls eine weiterführende Diagnostik zu veranlassen.

- Körperliche, psychische, soziale und verhaltensrelevante Ursachen für symptombedingtes Leid sollen im geeigneten Versorgungssetting adäquat therapeutisch angegangen werden, um auch die Funktionsfähigkeit im Alltag zu verbessern.

Erwerb vertiefter Qualifikationen

Die von der *Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin* (www.sappm.ch) anerkannten Ausbildungskurse bieten sich für alle Ärztinnen und Ärzte an, die am Erwerb spezifischer Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit einer somatischen Belastungsstörung und anderen gemeinhin als «psychosomatisch» klassifizierten Beschwerden interessiert sind. In Zürich beispielsweise führt das *Institut für Humanwissenschaftliche Medizin* (IHM) in Kooperation mit der Universität Zürich einen zweijährigen berufsbegleitenden Zertifikatsstudiengang durch, der im Februar 2017 zum 13. Mal beginnt. Die meisten Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer sind im Primary-Care-Bereich tätig. Das Kursprogramm wird im Hinblick auf die geschilderten Veränderungen in der psychosomatischen Nosologie überarbeitet, um die Relevanz der neuen Terminologie für die praktische Arbeit zu vermitteln. Näheres zum aktuellen Kursangebot und Dozententeam ist zu finden unter www.ihm-institut.ch.

Die nächsten Kurse in Psychosomatik in der Schweiz

- DAS-Weiterbildungskurs in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin an der Universität Basel: September 2017.
- CAS-Médecine psychosomatique et psychosociale in der Romandie (Universität Lausanne und Genf): September 2018.
- CAS-Studiengang in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin, Institut für Humanwissenschaftliche Medizin, Zürich (Universität Zürich): Februar 2017.
- Tessin: evtl. im September 2018 (Interessenten melden sich bei Martin Zogg, Cadro, [zoggcadro\[at\]ticino.com](mailto:zoggcadro[at]ticino.com)).

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Roland von Känel
Chefarzt Psychosomatische
Medizin
Klinik Barmelweid
CH-5017 Barmelweid
[roland.vonkaenel\[at\]
barmelweid.ch](mailto:roland.vonkaenel[at]barmelweid.ch)

Literatur / Références

- 1 Creed F, Henningsen P, Fink P. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- 2 Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):180. doi:10.1186/s12875-015-0393-8.
- 3 Hiller W, Rief W. Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schilfbürgerstreich? *Psychotherapeut* 2014;59:448-55. doi:10.1007/s00278-014-1081-1.
- 4 Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic Symptom Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(1):49-54.
- 5 Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC, Fortes S, Mbatia JK, Minhas FA, et al. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Fam Pract*. 2013;30(1):76-87. doi:10.1093/fampra/cms037.
- 6 Rief W, Isaac M. The future of somatoform disorders: somatic symptom disorder, bodily distress disorder or functional syndromes? *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):315-9. doi:10.1097/YCO.000000000000089.
- 7 Tavel ME. Somatic symptom disorders without known physical causes: one disease with many names? *Am J Med*. 2015;128(10):1054-8. doi:10.1016/j.amjmed.2015.04.041.
- 8 Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223-8. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.06.033.
- 9 Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2010;68(5):415-26. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.02.004.
- 10 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. 1989;86(3):262-6.
- 11 Morris G, Berk M, Walder K, Maes M. Central pathways causing fatigue in neuro-inflammatory and autoimmune illnesses. *BMC Med*. 2015;13:28. doi:10.1186/s12916-014-0259-2.
- 12 Ursin H. Brain sensitization to external and internal stimuli. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;42:134-45. doi:10.1016/j.psyneuen.2014.01.008.29.
- 13 von Känel R. Psychosomatische Medizin in der Grundversorgung. *Praxis (Bern 1994)* 2006;95(9):311-20. doi:10.1024/0369-8394.95.9.311.
- 14 Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Sep;41(9):704-12.
- 15 Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. The prognosis of bodily distress syndrome: a cohort study in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):560-6. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.08.002.
- 16 Jackson J, Fiddler M, Kapur N, Wells A, Tomenson B, Creed F. Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res*. 2006;60(4):357-63.
- 17 Sonnleitner J, Aigner M. Von den somatoformen Störungen zur somatischen Belastungsstörung. *Diagnoserichtlinien des DSM 5*. *psychopraxis.neuropraxis* 2015;18:132-36. doi:10.1007/s00739-015-0273-y.
- 18 Gierk B, Kohlmann S, Toussaint A, Wahl I, Brünahl CA, Murray AM, et al. Assessing somatic symptom burden: a psychometric comparison of the patient health questionnaire-15 (PHQ-15) and the somatic symptom scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res*. 2015;78(4):352-5. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.11.006.
- 19 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2002;64(2):258-66.
- 20 Toussaint A, Murray AM, Voigt K, et al. Development and validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosom Med*. 2016;78(1):5-12. doi:10.1097/PSY.0000000000000240.
- 21 Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(1-2):86-95. doi:10.1016/j.jad.2009.06.019.
- 22 Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):116-24. doi:10.3109/09540261.2012.746649.