

11.04.2026

**Von der ICD 10 zur ICD-11: von den somatoformen
Störungen zu den somatischen Belastungsstörungen
NGaT Malente 11.04.2026**

Dr. Monika Hollub

Inhalt

- Einleitung
- Definition DSM-5, ICD-11/ICD-10
- Störungsmodelle
- Fallbeispiele
- Therapiezugänge
- Psychische Konflikte und psychosozialer Kontext: biopsychosoziales Modell (Engel 1977)
- Weiterentwicklungen

Menschen mit somatoformen/funktionellen Störungen

- Anhaltend organische Ursachenüberzeugung
- Unrealistische Behandlungserwartungen trotz Chronifizierung
- Dysfunktionales Krankheitsverhalten
- Unsicherheit der Ärzte über angemessenen Umgang
- Viele Patienten machten negative Behandlungsvorerfahrungen und stellen vor Herausforderungen
- Aufgrund starker organmedizinischer Orientierung ist es schwer, für psychotherapeutische Ansätze zu motivieren.
- Der Interaktionsstil ist misstrauisch

Somatische Belastungsstörung (DSM-5: SSD = Somatic Symptom Disorder)

Somatische Belastungsstörung ist charakterisiert durch

- Anhaltendes Auftreten von einem oder von mehreren somatischen Symptomen mit Beeinträchtigung der Körper-Funktion sowie der Lebensqualität der Betroffenen, die sich häufig medizinisch unverstanden fühlen. Grund ist eine multiple Störung des körperlichen Wohlbefindens, meist ohne organische Ursachen (Störung der gesunden Selbstregulation).
- Betroffene hoffen auf eindeutige organische Befunde und Behandlungsmöglichkeiten und suchen verschiedene Behandler*innen auf, wodurch eine erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems verursacht wird.
- Sie leiden unter exzessiven Gedanken und Ängsten in Bezug auf ihre Symptome.
- In der Allgemeinbevölkerung geht man von einer Prävalenz der SSD von etwa 13% aus und viele Betroffene stellen sich deswegen in der Hausarztpraxis vor (nötige integrierte Versorgung incl. Online- und telemedizinische Angebote).
- In der Hausarztpraxis erfüllen bis zu 25% der Patient*innen die Kriterien der SSD.
- Während der HA-Behandlung sollte eine systematische, aber zurückhaltende Diagnostik der körperlichen Beschwerden erfolgen und Untersuchungen, die nur der Beruhigung dienen, sollten unterbleiben.

Somatische Belastungsstörung (DSM-5: SSD: Somatic Symptom Disorder)

- A: mindestens ein belastendes körperliches Symptom
- B: psychische Klassifikationsmerkmale (mindestens 1 von 3 Symptomen):
 - Kognition: unangemessene/andauernde Gedanken bzgl. der Ernsthaftigkeit der Beschwerden
 - Emotion: stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf Symptome
 - Verhalten: exzessiver Zeitaufwand für Gesundheitsorgen
- C: Mindestens 6 Monate: starke Beeinträchtigung durch die Beschwerden
- Bisherige Behandlungsversuche und deren Ergebnis
- unterschiedliche Krankheitsverläufe bei verschiedenen Patienten trotz gleicher Krankheiten
- Patienten denken unterschiedlich über die eigene Erkrankung (subjektives Krankheitsmodell) und deren Einflussmöglichkeiten

Subjektives Krankheitsmodell der somatischen Belastungsstörung

- DSM-5: Aktueller Schweregrad: leicht (nur ein somatisches A-Symptom); mittel (2 oder mehr somatische A-Symptome, Kriterium B: anhaltende Sorgen-Gedanken oder Gesundheitsangst oder Zeit-/Energieverbrauch); schwer (2 oder mehr Symptome treffen zu von Kriterium B-Symptomen und zudem bestehen multiple somatische A-Symptome), C-Symptom: Mindestdauer 5-12 Monate.

Daraus leitet sich ab:

- Eigenes Verhalten mit Emotionen
- Erwartungen an Behandler
- Compliance bzgl. Behandlungsmaßnahmen
- Folgen der Symptomatik
- Folgen der Behandlung

Somatische Belastungsstörung (DSM-5: SSD: Somatic Symptom Disorder) ICD-11: Bodily Distress Disorder

- Die Studienlage zur Behandlung der SSD zeigt eine große Heterogenität bezüglich Settings und Dauer der Interventionen (4 bis 40 Std.).
- Wirksam sind psychodynamische Kurzzeittherapien und
- Verhaltenstherapeutische Ansätze: Akzeptanz-Commitment-Ansatz oder
- Psychoedukation mit spezialisierten Interventionen
- Training von Emotionswahrnehmung und Emotionsausdruck
- Expositionstherapie krankheitsbezogener Ängste über 12 Wochen
- Internetbasierte 10-wöchige Intervention mit Fokus auf Emotionswahrnehmung, bzw. 6-std.ige verhaltenstherapeutische Online-Intervention
- Integrative Ansätze: 4-wöchige Gruppentherapie, Körperpsychotherapie über 20 Stunden, Biofeedback-Training (Herzratenvariabilität), AT, PR

Somatische Belastungsstörung (SSD)

ICD-11: Bodily Distress Disorder

- Belastende körperliche Beschwerden
- Exzessive Aufmerksamkeit auf Beschwerden
- Wiederholtes und übersteigertes Arzt-Aufsuchverhalten, das nicht zu dauerhafter Entlastung führt.
- Persistierend, an den meisten Tagen über mehr als 3 Monate
- Psychosoziale Beeinträchtigung durch Beschwerden
- ICD-10: somatoform als negative Definition („keine hinreichende somatische Begründung“) führt zu Ausschlussdiagnostik, weswegen die Weiterentwicklung in der ICD-11 zur somatischen Belastungsstörung = „Bodily Distress Disorder“ (auch durch sprachliche Ähnlichkeit zur posttraumatischen Belastungsstörung) eine Verbesserung darstellt.
- Ätiologie-offene Definition: Grundlage der Krankheitsdefinition ist die durch die Beschwerden hervorgerufene Belastung der Lebensqualität.

Ätiologie, Epidemiologie und Komorbidität bei SBS (Somatische Belastungsstörung, ICD-10: F45. somatoforme Störungen)

- Diese Kategorie betrifft psychosomatische Symptombildungen: solche, die auf der körperlichen Ebene manifest werden, an denen jedoch seelische Aspekte einschließlich (emotionalem) Stress mitwirken.
- Prävalenz funktioneller Störungen in der Allgemeinbevölkerung entsprechend Studien 6-13%: dritthäufigste psychische Erkrankung.
- Frauen sind 1,5 bis 3-mal häufiger betroffen im Vergleich zu Männern. Gründe hierfür sind: endokrinologische Ursachen wie Unterschiede in der Regulierung der Stresshormone, psychosoziale Differenzen, Häufigkeit von Traumatisierungen in der Kindheit neben Geschlechtsunterschieden im Krankheitsverhalten.
- Komorbiditäten der somatoformen Störungen sind v.a. depressive- und Angst-erkrankungen
- Erklärungsmodelle diskutieren ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Ursachen: frühkindliche Traumatisierungen, spezifische Erziehungsstile, veränderte Schmerzwahrnehmung im ZNS (predictive processing), frühe Erfahrungen von Krankheit und ein sorgenvoller Umgang mit Erkrankungen im Familiensystem.

ICD-10-Klassifikationssystem Kapitel F45

- F45.0 Somatisierungsstörung: multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome (Missempfindungen), die wenigstens 2 Jahre bestehen. Viele negative Untersuchungen, ergebnislose explorative Operationen, lange und komplizierte Patientenkarriere
- F45.1 undifferenzierte somatoforme Störung: Krankheitsdauer nicht erfüllt, bzw. andere Diagnosekriterien sind nicht erfüllt.
- F45.2 hypochondrische Störung: beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden, wobei die Krankheitsangst das Leiden stärker bestimmt als die Beschwerden.
- F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung: Symptome werden als Funktionsstörungen autonom innervierter Organe oder Organsysteme erlebt (kardiovaskuläres, respiratorisches System, Urogenitalsystem, oberer und unterer Gastrointestinaltrakt).
- F45.40 anhaltende somatoforme Schmerzstörung und F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

ICD-10-Klassifikationssystem Kapitel F45

- F45.40 anhaltende somatoforme Schmerzstörung: anhaltende und belastende Schmerzen, mindestens 6 Monate lang, Schmerz durch physiologische Prozesse oder körperliche Faktoren nicht ausreichend erklärt, psychosozialer Schwerpunkt.
 - F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: anhaltende und belastende Schmerzen von mindestens 6 Monaten Dauer, wobei den psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen wird, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn, die in der organischen Erkrankung liegt.
- Im DSM-5 erfolgte eine Neukonzeptualisierung des Begriffs der somatoformen Störung → somatische Belastungsstörung (Somatic Symptom Disorder), psychosoziale Faktoren geraten in den Vordergrund, wie Krankheitsverhalten, Symptominterpretation mit Fokus auf Aufmerksamkeitsausrichtung und übermäßiger Beschäftigung mit Symptomen.

Weitere psychosomatische Störungen ICD-10 anhaltende und belastende Körperbeschwerden

F4 neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen

- F40 phobische Störungen
- F41 andere Angststörungen
- F42 Zwangsstörungen
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen: dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen)
- F45 somatoforme Störungen
- F48 andere neurotische Störungen (Neurasthenie, Depersonalisations- und Derealisationsstörung)

Psychosomatische Erkrankungen nach ICD-11: Störungen des körperlichen Erlebens und der körperlichen Belastung

- ICD-11: 6C20 Körperstresstörung: Störungen der körperlichen Belastung: somatische Belastungsstörung incl. Neurasthenie
- 6C21: Körper-Integritäts-Identitätsstörung mit Wunsch nach körperlicher Behinderung
- 6B21: Körperdysmorphie Störung: gest. Wahrnehmung des eigenen Leibes
- 6B23: Krankheits-Angst-/Furcht-Störung als Zwangsstörung, ICD-10: Hypochondrie: Untergruppe der somatoformen Störungen (MUS)
- 6B25.0: Haare-Ausreißen/-Raufen 6B25.1: Skin-Picking-Störung (Zwang körperbezogene repetitive Verhaltensstörungen, Störung der Impulskontrolle)
- 6E63: sekundäres Angstsyndrom aufgrund schwerer körperlicher Erkrankung
- 6B60: Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen incl. Depersonalisations-/ Derealisationsstörung
- In 30% sind **Kindheitstraumen** nachweisbar, Blick auf das Erleben des Patienten, auf therapiebedürftige Aspekte, watchful waiting, Prävention.

ICD-11-Klassifikationssystem Neuerungen SBS

- 6C20 Bodily Distress Disorder: körperliche / somatische Belastungsstörung (SBS oder engl. SSD)
- Schwerpunkt ist der Einfluss psychischer Faktoren auf belastende körperliche Beschwerden, unabhängig von der körperlichen Ursache.
- Körperliche Beschwerden sind über die meiste Zeit des Tages über mehrere Monate lang präsent.
- Multiple somatische Symptome können dabei variieren, in Schweregrade eingeteilt (leicht, mittel, schwer).
- Es erfolgt eine übermäßige Beschäftigung (Präokkupation: zeitintensiv, negative Emotionen, versuchte Integration) mit den Symptomen
- Zur Differenzierung werden Kriterien der Präokkupation mit körperlichen Symptomen, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und Einschränkungen der Alltagsfunktionen genutzt.

ICD-11: 6C20: Unterkapitel zu Störungen körperlichen Erlebens und der körperlichen Belastung

6C20 Körperstresstörung: Störungen der körperlichen Belastung

- Betroffene Person leidet unter körperlichen Symptomen, lenkt darauf übermäßige Aufmerksamkeit neben wiederholten Kontakten mit Gesundheitsdienstleistern.
- Der Grad der Aufmerksamkeit ist im Verhältnis zur Art und zum Verlauf der Symptome eindeutig übermäßig, auch wenn ein anderer Gesundheitszustand die Symptome verursacht / dazu beiträgt.
- Geeignete klinische Untersuchungen neben angemessenen Beruhigungsmaßnahmen mildern nicht diese übermäßige Aufmerksamkeit.
- Körperliche Symptome sind anhaltend und treten an den meisten Tagen mindestens mehrere Monate lang auf.
- Typischerweise treten **mehrere körperliche Symptome** auf, die im Laufe der Zeit variieren können. Gelegentlich gibt es ein einzelnes Symptom (in der Regel: **Schmerzen oder Müdigkeit**).

ICD-11: auf englisch: Bodily Distress Disorder

- Meist mehrere belastende körperliche Beschwerden, z.B. Schmerz und Fatigue
- Exzessive Aufmerksamkeit auf Beschwerden
- Wiederholtes Arzt-Aufsuchverhalten, das nicht zu dauerhafter Entlastung führt
- Persistierend, an den meisten Tagen, über mehrere Monate, evtl. organische Ursache korreliert nicht mit dem Ausmaß der Einschränkungen
- **Psychosoziale Beeinträchtigung durch Beschwerden**, checking behavior (Prüfverhalten: z.B. bei Schluckbeschwerden, wie sich Kehlkopf anfühlt)
- Schmerz, Müdigkeit: geht mit den anderen Merkmalen der Störung einher.
- Die Symptome und die damit verbundenen Ängste/Sorgen wirken sich auf das **Funktionieren der Person** aus: z.B. Belastung in Beziehungen, weniger effektive schulische oder berufliche Leistungen, Verzicht auf bestimmte Freizeitaktivitäten.
- Folge einer Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung.

ICD-11: 6C21 Körper-Integritäts-Identitätsstörung

Störungen körperlichen Erlebens und der körperlichen Belastung

- Gekennzeichnet durch intensiven und anhaltenden Wunsch, in signifikanter Weise **körperlich behindert** zu sein (z.B. Amputation einer großen Gliedmaße, Querschnittslähmung, Erblindung).
- Dieser Wunsch tritt bereits in der frühen Adoleszenz auf und wird begleitet von anhaltendem Unbehagen oder intensiven Gefühlen der Unangemessenheit in Bezug auf die derzeitige nicht behinderte Körperkonfiguration.
- Wunsch, körperlich behindert zu werden, hat schädliche Folgen, die sich zum einen darin äußern, dass die Beschäftigung mit dem Wunsch (einschließlich der damit verbrachten Zeit, so zu tun, als sei man behindert) die **Produktivität, Freizeitaktivitäten oder das soziale Funktionieren erheblich beeinträchtigen**.

ICD-11: 6C21 Körper-Integritäts-Identitätsstörung

Störungen körperlichen Erlebens und der körperlichen Belastung

- Z.B. ist die Person nicht bereit, eine enge Beziehung einzugehen, weil es schwierig wäre, so zu tun, als ob sie behindert wäre.
- Diese schädlichen Folgen äußern sich auch darin, dass die Versuche, **tatsächlich behindert zu werden**, dazu führten, dass die Person ihre Gesundheit oder ihr Leben in erhebliche Gefahr gebracht hat.
- Diese **Störung lässt sich nicht besser durch andere psychische (Verhaltens-) Störungen oder Entwicklungsstörungen erklären**, auch nicht durch Krankheiten des Nervensystems (NS), oder durch einen anderen medizinischen Zustand, bzw. durch Malingering (Simulationen – bewusste und absichtliche Vortäuschung einer Krankheit).

ICD-11-Klassifikationssystem Neuerungen SBS

- Chronischer Schmerz wird außerhalb des Kapitels der psychischen Störungen verortet und in primären und sekundären Schmerz unterteilt.
- Primärer Schmerz in einer körperlichen Region verursacht eine ausgeprägte psychosoziale Belastung/Beeinträchtigung im Leben der Betroffenen, hält mindestens 3 Monate an. Periphere Ursache fehlt.
- Zentrale Sensitivierung spielt eine wichtige Rolle bei primären Schmerzzuständen (MG30.01, Fibromyalgie, ausgedehntes Schmerzsyndrom) im Sinne von Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren.
- Chronisch sekundären Schmerzen liegt ursächlich eine Gewebe- oder Nervenschädigung zugrunde.
- 6B23 Hypochondrische Störung (Krankheitsangststörung) wird den 6B2 Zwangsstörungen oder verwandten Störungen (engl. Obsessive-compulsive or related disorders) zugeordnet. Fokus auf der SBS wird auf Wahrnehmung und Erleben des eigenen Körpers verschoben.

ICD-11-Klassifikationssystem Neuerungen SBS

besonders bei Patient*innen mit psychotraumatisch induzierten Schmerzen im Rahmen einer PTBS

- ICD-11: eigenständiges Kapitel: Chronic Primary Pain: MG30.0 Chronische primäre Schmerzen: MG30.00 chronische primäre viszerale Schmerzen (z.B. Reizdarmsyndrom), MG30.01 chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom (Fibromyalgie), MG30.02 chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen, MG30.03 chronische primäre Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz) oder orofaziale Schmerzen, MG30.04 komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS). Bei primären Schmerzzuständen kommt es zu Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren im Sinne einer „zentralen Sensitivierung“, entsprechend dem biopsychosozialen Modell „noziplastisch“.

- Zu differenzieren ist zwischen chronischen primären Schmerzzuständen (MG30.0) und chronischen sekundären Schmerzen (MG30.1), z.B. MG30.11:nach Krebserkrankung, MG30.2 Chronische postoperative/traumatische Schmerzen, MG30.4 Chronische sekundäre viszerale Schmerzen. Bei letzteren sekundären Schmerzen liegt eine nachweisbare Gewebe- oder Nervenschädigung zugrunde.

ICD-11: Störungen körperlichen Erlebens und der körperlichen Belastung, Komorbiditäten

Komorbiditäten:

- 6B60 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen (Seh-, Hörstörung, Schwindel, sensorische Störung, nichtepileptischer Anfall, Sprach-/ Sprechstörung, Parese, Gang-/ Bewegungsstörung), 6B66 Depersonalisations- und Derealisationsstörung
- Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- ICD-11: eigenständiges Kapitel: Chronic Primary Pain: MG30.0 Chronische primäre Schmerzen: MG30.00 chronische primäre viszerale Schmerzen (z.B. Reizdarmsyndrom), MG30.01 chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom (Fibromyalgie), MG30.02 chronische primäre muskuloskelettale Schmerzen, MG30.03 chronische primäre Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz) oder orofaziale Schmerzen, MG30.04 komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS)
- 6B2 Zwangsstörung oder verwandte Störungen: 6B20 Zwangsstörung, 6B21 Körperdysmorphie Störung, 6B22 olfaktorische Referenzstörung, 6B23 Hypochondrische Störung (incl. Krankheitsangststörung, Zuordnung zu 6B2 Zwangsstörungen oder verwandten Störungen, engl. Obsessive-compulsive or related disorders), 6B24 Pathologisches Horten, 6B25 körperbezogene repetitive Verhaltensstörung (6B25.0 Trichotillomanie, 6B25.1 Skin-Picking-Störung, incl. Impulskontrollstörung)

ICD-11: 6B23 Hypochondrische Störung: Hypochondrie, Krankheitsangststörung

- A anhaltende Überzeugung oder Angst, an einer oder mehreren schweren, fortschreitenden oder lebensbedrohlichen Krankheiten zu leiden
 - B1 Verhalten: wiederholtes und exzessives, krankheitsbezogenes Verhalten, z.B. body checking behavior; Suche nach Information, Suche nach Rückversicherung;
 - B2: oder Vermeidung medizinischer Kontakte.
 - C Symptome sind belastend u/o einschränkend (Abstufungen: mit guter Krankheitseinsicht vs. mit geringer oder keiner Krankheitseinsicht)
- Verwandt mit Zwangsspektrumstörungen

Subjektives Krankheitsmodell des Betroffenen

- Was denkt Patient über seine eigene Erkrankung
- Ursachenmodell und vermuteter Verlauf der Erkrankung (akut/chronisch, episodisch/progredient)
- Bestehen eigene Einflussmöglichkeiten
- Welche Auswirkungen haben Symptome auf Lebensbereiche
- Behandlungsmöglichkeiten
- Nie gegen das Krankheitsmodell des Patienten arbeiten, sondern es integrieren bei Erweiterung des Krankheitsmodells um weitere Faktoren
- Welche Erwartungen bestehen in Bezug auf den Behandler
- Liegt Compliance bzgl. der Behandlungsmaßnahmen vor, Folgen der Symptomatik und der Behandlung

Folgen von Erwartungen

- Durch Erwartungen können körperliche Beschwerden ausgelöst/intensiviert werden.
- Menschen können lernen, körperliche Beschwerden zu entwickeln: aufgrund negativer Vorerfahrungen mit einem Medikament, werden auch auf Placebo Nebenwirkungen übertragen
- Behandeln wir Menschen als Patienten, berichten sie mehr Symptome und haben niedrige Schmerzschwellen
- Bei guten sozialen Kontakten und tragender Arzt-Patient-Beziehung werden weniger körperliche Beschwerden und weniger Nebenwirkungen entwickelt
- Traumatische Lebenserfahrungen wie familiäre Gewalt führen zu mehr Angst und negativen Bindungserfahrungen, die sich in körperlichen Symptomen äußern

Rolle von Affekt und Emotionsregulation

- Negative Emotionen lösen körperliche Beschwerden aus
- Betrachten negativ-affektiver Bilder führt zu mehr funktionellen Beschwerden als bei gesunden Probanden
- Induktion negativer Emotionen löst bei Patienten mit funktionellem Syndrom die Aktivierung somatosensorischer Schmerzareale aus
- fMRI-Studien: neurophysiologisch darstellbare Vernetzungsprozesse mit bei Betroffenen stärker ausgebildeten somatosensorischen Verbindungen als bei Gesunden

Motivation zur Psychotherapie mit Ergänzungen zum bestehenden Krankheitsmodell

- Es ist normal, wenn man bei körperlichen Beschwerden zunächst zum somatischen Arzt geht
- Aber wenn man schon 10 mal dort war...
- Zusammenfassung der bisherigen Strategien
- Wie viel Zeit wurde schon verbracht mit körperlicher Ursachensuchung
- „Was verlieren Sie mit Psychotherapieversuch?“
- Therapieversuch zeitlich festlegen mit Evaluation des Verlaufs und der Veränderung des subjektiven Krankheitsmodells
- Schritt für Schritt Ergänzungen zum bestehenden Krankheitsmodell herausarbeiten
- „was kann es für weitere Ursachen für körperliche Beschwerden geben außer einer unerkannten körperlichen Erkrankung: welche Rolle spielt die Angst, Ihr Umgang mit der Erkrankung und aktuelle Belastungsfaktoren?“

Rolle von Stress und Schonverhalten

- Stress-Symptome im Symptom-Tagebuch erfassen
- Bewältigungsstrategien mit Stress erarbeiten
- Aus dem Kreislauf von Schon- und Vermeidungsverhalten ausbrechen
- Therapeut als Modell für flexible Bewertung von Körpersymptomen: kein rigides Psychologisieren von rigidem Somatisieren!
- Kurz- versus langfristige Konsequenzen von Schonung: hierdurch wird die Belastbarkeit noch mehr vermindert, wodurch die körperlichen Beschwerden sich verschlimmern

Störungsmodelle Psychosomatische Medizin

- Die Psychosomatik befasst sich mit den wechselseitigen Beziehungen somatischer und psychosozialer Vorgänge in Entstehung, Verlauf und Behandlung von Krankheiten.
- Von psychosomatischer Betrachtungsweise spricht man dann, wenn bei Diagnostik und Therapie von Krankheiten diese somatischen und psychosozialen Faktoren Berücksichtigung finden.
- Traditionell bestimmen das Herangehen an den kranken Menschen der holistische (ganzheitlich: jede Erkrankung hat auch psychosoziale Aspekte) und der psychogenetische Ansatz (körperliche Erkrankungen haben auch seelische Ursachen).
- Eine Zusammenfassung beider ergänzender Ansätze ermöglicht das **biopsychosoziale Modell (Engel 1977)**

Infragestellung geteilter Realität: Konversion bzw. MUS: biomedizinisch unerklärte Krankheits-Symptome

- Symptombildung lässt sich als körpersprachlich vermittelte Symbolisierung des inneren Konflikts verstehen (von S. Freud 1895 beschriebenes Konversionsmodell). Biopsychosoziales Modell hilft bei der psychosomatischen Anamneseerhebung :
 1. aktuelle Beschwerden und Symptome
 2. Beginn und Verlauf der Beschwerden, Krankheitskonzepte, körperliche und apparative Untersuchungsergebnisse
 3. Lebenssituation bei Beschwerdebeginn und im Verlauf
 4. Lebensgeschichte und soziale Situation neben Gesamtbild der Persönlichkeit mit psychosomatischen Wechselwirkungen: Gewicht der ursächlichen Faktoren (mehr biologisch, oder psychisch, oder mehr sozial) bei Erkrankungen und Individuen unterschiedlich.

Somatische Belastungsstörung: DSM-5: Somatic Symptom Disorder, ICD-11: Körperstresstörung

- **Früher (Alexander 1940er- und 1950er-Jahre): klassische psychosomatische Erkrankungen:** Asthma bronchiale, Ulcus pepticum ventriculi et duodenalis, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, essenzielle Hypertonie, rheumatoide Arthritis, atopisches Ekzem, Hyperthyreose. Nicht mehr zutreffend ist die Hypothese, dass für jede obiger Erkrankungen ein spezifischer seelischer Konflikt ursächlich sei für die Entstehung der körperlichen Erkrankung. Aber: bei allen Erkrankungen spielen psychosoziale Faktoren eine Rolle entsprechend dem biopsychosozialen Modell (Engel 1977) mit multifaktorieller Ätiologie.
- **Neurose** wird verstanden als psychische (Verhaltens-/Erlebens-)Störung, die meistens durch ein schlimmes Erlebnis hervorgerufen ist, das der Betroffene noch nicht richtig verarbeitet hat und wodurch Leiden ausgelöst wird. Wachdenken störende konflikthafte Vorstellung/Gefühl wird verdrängt.

Neurose: Es – Ich – Über-Ich: Theorie der psychosexuellen Entwicklung nach S. Freud (psychodynamische / tiefenpsychologische Grundbegriffe) 3-Instanzen/psychische Strukturen-Modell mit Aufgaben/Eigenschaften

- Innerer unbewusster Konflikt besteht aus gegensätzlichen Antrieben, Vorstellungen und Gefühlen. Aufgrund innerer Gefahren entsteht Angst bei strengen Über-Ich-Forderungen. Diese Angst ist für das Ich Signal, Abwehrvorgänge zu mobilisieren zur Angstverdrängung und Angstvermeidung.
- Die **Wiederbelebung** der verinnerlichten ungelösten Konflikte erfolgt in auslösenden Situationen. Diese tragen an den Betroffenen Versuchung oder Versagung heran entsprechend des subjektiven Bedeutungsinhalts.
- Bei unmöglicher Konfliktlösung entsteht eine **Kompromissbildung** zwischen Triebimpulsen, Ich (Vermittler), internalisierten Normen und der äußeren Realität in Form der **Symptombildung** als unzureichender, jedoch bestmöglicher Lösung, da Entlastung von Konfliktspannung (primärer Krankheitsgewinn) erreicht wird.

Funktionelle somatische Syndrome: Häufigkeit in ambulanten medizinischen Behandlungszentren (Nimnuan et. al. 2001)

- 60% Gastroenterologie (z.B. Colon irritabile)
- 59% Lunge (z.B. Hyperventilationssyndrom)
- 58% Rheumatologie (z.B. Fibromyalgie)
- 57% Kardiologie (z.B. nicht kardialer Brustschmerz)
- 55% Neurologie (z.B. Spannungskopfschmerz)
- 49% Zahnmedizin (z.B. Temporomandibuläre Dysfunktion)
- 57% Gynäkologie (z.B. Prämenstruelles Syndrom)

Wer ein (1) funktionelles Syndrom hat, hat zu 80% auch weitere funktionelle Syndrome.

Biopsychosoziales Modell (Engel 1977)

- Es erklärt, warum Veranlagung (genetische Prädisposition), Krankheitsbeginn (Auslöser), Aufrechterhaltung und Folgen einer Erkrankung soziale, psychologische und physiologische Komponenten haben.
- Es ermöglicht ein Verständnis von Erkrankung, das über Pathophysiologie und Pathologie hinausgeht.
- In ihm werden Leib und Seele als zwei sich gegenseitig beeinflussende Wesenheiten angesehen (statt: Dichotomie von Körper und Seele).
- Die unterschiedlich beobachtbaren Ebenen stehen miteinander psychosozial in Wechselwirkung: Beispiel: Konflikte in Familie/Partnerschaft (Beziehung) führen bei inadäquaten Konfliktlösungsmöglichkeiten und/oder Verletzungen des Organapparats bzw. genetischer Veranlagung (Gewebe) zu entsprechenden Organ-/Gewebeschäden (Komorbidität); diese wirken wiederum zurück auf Organsystem, Nervensystem, Person und Familie (Selbstversorgung, Kognition: anhaltende Stressoren, Isolation, Einschränkungen in Arbeit/Wohnen).

Biopsychosoziales Modell

1. Biologie unter systemischer Sichtweise: HPA-Achse, Immunsystem, Stoffwechsel (Darm-Hirn-Achse), Entzündung als Verstärker; Vernetzung mit neuronalen Schaltkreisen und Plastizität: präfrontaler Cortex – limbisches System und striatale Belohnungs-/Netzwerke, (epi-)genetische Veranlagung
2. Psychische und verhaltensbezogene Aspekte: Kognition/Grübeleien, Konflikt/negative Affekte, Vermeidung/Bedrohung, Schlaf/Erregung/somatische Symptome, Gewohnheiten, Aktivität, Sinnhaftigkeit, Motivation/Belohnung
3. Sozial und umweltbedingt: Stressoren, Unterstützung, Entzug, Trauma, Beeinträchtigung; Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung versus Risikofaktoren wie verminderte Resilienz/Rückfall.

Biopsychosoziale Rückkopplungsschleifen im Zusammenhang mit Stress und Biologie

1. Veranlagung: (epi-)genetische Anfälligkeiten, Traumata/Stressoren, kognitiver Stil, kognitive Kontrolle/Aufmerksamkeit, medizinische Komorbidität mit Entzündungen als Verstärker über das Immunsystem
2. Auslöser: Krankheit, Substanzkonsum, Medikationsänderung, Beziehungsverlust, Schlafstörung, akuter Stress
3. Aufrechterhalter: Grübeln/negative Voreingenommenheit, Vermeidung / verminderte Aktivität, sozialer Rückzug, Behandlungsbarrieren /gestörte therapeutische Allianz; Heterogenität unterschiedlicher Konnektivitätsveränderungen mit Ziel des Abbaus von Barrieren. Über diese Mechanismen kommt es zur funktionellen Erholung mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Gesundheit.

Gesundheits- und Krankheitsmodelle

Krankheitsmodelle: a) Pathogenese: beschäftigt sich mit der Entstehung von Krankheit

- Krankheitsmodelle: bio-medizinisches Modell: Anfang des 19. Jahrhunderts: einfaches Ursache-Wirkungs-Prinzip, abstrakte Beziehung zu Patient*in
- Risikofaktoren-Modell: stehen im Mittelpunkt der Erklärung von Krankheitsursachen: Schäfer & Blohmke 1978
- Bio-Psycho-Soziales Modell: Engel 1977

Gesundheitsmodelle: b) Salutogenese-Modell: Antonovsky 1979: beschäftigt sich mit der Entstehung von Gesundheit

- Resilienzmodell: Abwehrkraft gegen Stress: Werner & Smith 1977
- Anforderungs-Ressourcen-Modell: Becker u.a. 1994

Traditionelle Medizin: Dichotomie von Körper und Seele

Multifaktorielle Genese versus einfaches Kausalitäts-Prinzip: Claus Grawe: 4 Grundmotive (1998, 2004)

- Streben nach Durchsetzung, Einfluss, Selbstwirksamkeit
- Nach Ordnung, Ruhe, Frieden, Stabilität, Ereignisse verstehen
- Mitgefühl, Bindung, Angenommen-Werden in z.B. Trauer
- Inspiration, Leichtigkeit, Kreativität, Neugierde

Werden Grundbedürfnisse erfüllt, führt das zum Gleichgewicht, zur Lösung von Blockierung. Emotionen werden in Bewegung und in die Mitte gebracht und die Funktion der Emotion für das Leben wird in einem Entwicklungsprozess erkannt.

Aaron Antonovsky 1994: salutogenetisches Modell: Resilienzforschung zu den Faktoren, die Menschen gesund halten und Erforschung derjenigen Risikofaktoren, die krank machen. Wichtig dabei: Kohärenz-Gefühl: dynamisches Gefühl des Vertrauens bzw. Stimmigkeit, das sich ausdrückt im Erleben von Ereignissen als bewältigbar, des eigenen Handelns als sinnhaft und bedeutsam, wobei die Welt als vorhersehbar und verstehbar erlebt wird.

Gehirnforschung und Psychotherapieforschung

Zu berücksichtigen sind:

- Interpersonelle Bezugnahme und Bindungstypologie
- Individuelle Selbstreflexion und Mentalisierungsfähigkeit
- Individuelle Ressourcen und Resilienzfaktoren
- Neurobiologische Mechanismen bei der Verarbeitung der traumatischen Erfahrung und deren Wechselwirkung mit der Stressverarbeitung
- Erfahrungsgesteuerte neuronale Plastizität als Folge einer belasteten Entwicklung in Kindheit und Jugend
- Unser Gehirn arbeitet bei externen wie internen Sinneseindrücken zur „Energieeinsparung“ mit Vorannahmen und Erwartungen; diese entwickeln sich aus der Integration vorausgegangener Prägungen und Lernprozessen sowie aktueller biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren (predictive processing model = Wahrscheinlichkeits-Vorhersage-Modell)

Gehirnforschung und Psychotherapieforschung

Umgang mit ungünstigen und früh erworbenen Erwartungen:

- Diese sollen im Rahmen der Therapie „verletzt“ = korrigiert werden.
- Aufgrund früher Stresserfahrungen werden unbewusste Filterprozesse im Gehirn angestoßen, die störende/belastende Wahrnehmungen bevorzugen, da sie den ungünstigen Erwartungen am ehesten entsprechen.
- Entsprechend des predictive-processing-Modells wurden Therapietechniken entwickelt, durch die solche negativen Erwartungen verändert werden sollen.
- Ebenso bedarf das Konzept des „epistemischen Misstrauens“ , wonach Menschen mit traumatischen Erfahrungen negative Erwartungen gegenüber anderen Informationsquellen entwickeln, diese als unzuverlässig ansehen, einer anderen Herangehensweise im therapeutischen Kontakt, um Angst, Enttäuschung, Kränkung und Passivität beim Patienten vorzubeugen. Negative Erwartungen sind zu „verletzen“ und neue, positivere Erfahrungen zu fördern.

Gehirnforschung und Psychotherapieforschung

Wichtige Rolle spielen 3 intrinsische Konnektivitätsnetzwerke

- **Salienz-Netzwerk:** durch die Integration emotionaler und sensorischer Informationen erkennt es Auffälligkeiten und steuert das Verhalten: Annäherung/Vermeidung. Dadurch bewältigt es Herausforderungen seitens der Umwelt ebenso wie seitens des Körpers, z.B. bei potenziellen Bedrohungssituationen. Beteiligt sind der anteriore insuläre Kortex, dorsale anteriore cinguläre Kortex mit Konnektivität zu subcortikalen und limbischen Strukturen (Amygdala, periaquäduktales Grau), wodurch die **HPA-Achse** aktiviert wird sowie die Steuerung des deszendierend-hemmenden Schmerzsystems. Daneben besteht eine Verbindung mit dem für die Reizwahrnehmung/Verortung zuständigen somatosensorischen Kortex (Homunkulus).

Gehirnforschung und Psychotherapieforschung

- Das **Ruhezustandsnetzwerk** (Default Mode Network) steht für Sicherheit, Ruhe und wird bei Tagträumen, Biografie-Erinnerungen, Zukunftsplanung und bei sozialen Kognitionen aktiviert, also beim Blick nach Innen (Selbstreflexion, Selbstwahrnehmung). Beteiligt sind medialer Präfrontalkortex, Präcuneus und posteriorer cingulärer Kortex. Es ist antagonistisch zum Salienz-Netzwerk.
- **Zentrales Exekutivnetzwerk** wird bei kognitiven Aufgaben (Problemlösung, Entscheidungsfindung) und bei der Emotionsregulation aktiviert. Zentrale Komponenten sind der dorsolaterale Präfrontalkortex und der posteriore Parietalkortex.
- Diese **drei intrinsischen Netzwerke** sind auch für die Verarbeitung biologischer und psychosozialer Stressoren (z.B. (K) PTBS + Schmerz) verantwortlich. Das **Salienz-Netzwerk** moduliert die beiden anderen Netzwerke (bzgl. nach Außen bzw. nach Innen gerichteter Aufmerksamkeit).

Predictive Processing Model

- Das „predictive processing“-Modell geht davon aus, dass bei Störungen der Schmerzverarbeitung mit Chronifizierung von Schmerzzuständen eine gesteigerte Schmerz- bzw. Stresserwartung zugrunde liegt.
- Diese Erwartung ist auf frühe körperliche Schmerzerfahrungen oder soziale Einflussfaktoren zurückzuführen, wie z.B. Auswirkungen einer dysfunktionalen Familiensituation.
- Zugleich wird in Kindheit und Jugend eine hohe neuronale Plastizität beobachtet, sog. „neuronales Tuning“ (Antwortverhalten=Response einer sensorischen Nervenzelle auf einen bestimmten externen Reiz/Stimulus, auf den sie abgestimmt ist).
- Aufgrund vorausgegangener Lernprozesse im Umgang mit anhaltenden Belastungs-/Bedrohungssituationen bleibt diese erhöhte neuronale Plastizität zur Optimierung des Energiebedarfs/Schutzmechanismus des Gehirns auch bis ins Erwachsenenalter als sog. „neuronales Pruning“ (nicht mehr benötigte Nervenverbindungen=Synapsen werden abgebaut) erhalten.

Predictive Processing Model

- Infolge des „neuronalen Pruning“ kann es schon bei geringgradigen Sinnesreizen (nozizeptiv, visuell, akustisch) zu einer anhaltenden Überaktivierung des Salienz-Netzwerks und einer Beeinträchtigung der normalerweise antagonistisch wirksamen Konnektivität zwischen Salienz- und Ruhezustandsnetzwerk kommen.
- Hierdurch wird im Hinblick auf Reizstärke und -qualität eine Fehlinterpretation von Stimuli („Gefahr im Verzug“) verursacht.
- Bei funktionellen („medizinisch nicht erklärbaren“) Beschwerden und zentral generierten Schmerzen kann nach dem Wahrscheinlichkeitsprinzip die Schlussfolgerung „körperliche Schädigung“ bzw. „Schmerz“ zustande kommen, weil auf die individuellen früheren und aktuellen sensorischen Informationen zurückgegriffen wird beim Erschließen der Ursachen für eingehende sensorische Informationen, um bestmöglich darauf vorbereitet zu sein.

Predictive Processing Model

- Die affektiv-soziale Konnotation des Schmerzerlebens wird ebenfalls von den verfügbaren Erfahrungen beeinflusst.
- So kann das Erleben von sozialer Zurückweisung und Ausgrenzung über die Aktivierung des Salienz-Netzwerks ein verstärktes Stress- und Schmerzerleben bewirken, während soziale Unterstützung die Schmerzwahrnehmung positiv beeinflussen kann.
- Ist eine emotionale Sicherheit gebende Hauptbezugsperson präsent, so führt die damit verbundene Aktivierung des medialen Präfrontalkortex (Ruhezustandsnetzwerk) zur Stressreduktion und Schmerzdämpfung, und damit zur Resilienz hinsichtlich Schmerz und Stress.
- Der dorsolaterale Präfrontalkortex ist wesentlicher Knotenpunkt des Zentralen Exekutivnetzwerks für die kognitive Bewertung der Situation und ist für die Emotionssteuerung zuständig.

Präditive Processing Model

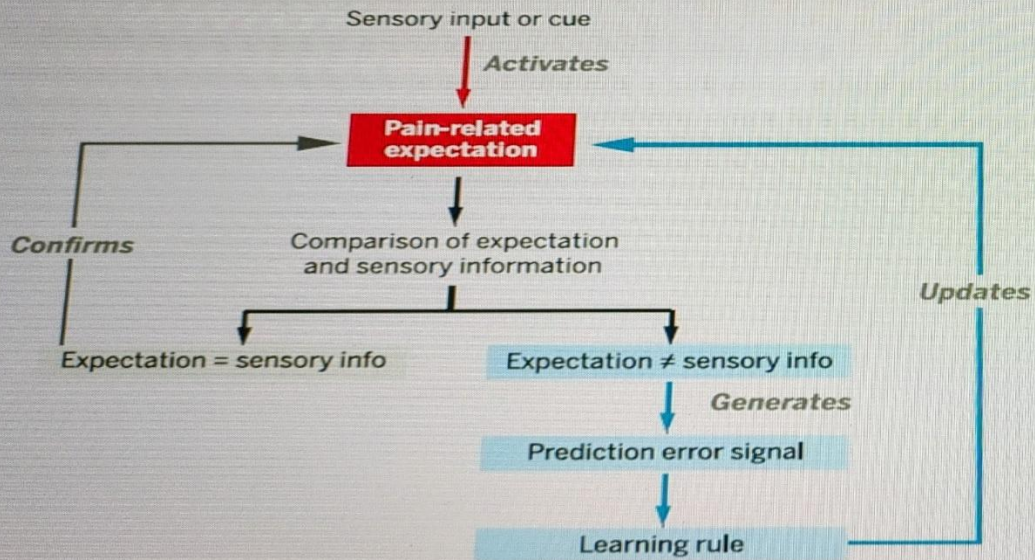
- Ungewissheit infolge unterschiedlicher medizinischer Erklärungen durch Vorbehandler oder Enttäuschungen hinsichtlich erwarteter Behandlungsergebnisse und/oder katastrophisierende Copingstrategien, führt über Einflussnahme auf das Periaquäduktale Grau zu Funktionseinschränkungen des deszendierend-hemmenden Systems.
- Zudem kann eine situative Ungewissheit oder negative Lernprozesse zu in der Persönlichkeit negativ verankerter Erwartungshaltung (ähnlich wie bei Nocebo-Reaktion) führen, was zu einer verstärkten Schmerzwahrnehmung führt.
- Wenn es zu kontextuellen angstauslösenden/negativen Erinnerungen kommt, sind zudem andere Hirngebiete vernetzt (Hippocampus, Amygdala, ventromedialer präfrontaler Cortex, anteriore Insula, anteriorer Gyrus cinguli), zumal temporal, kognitiv, emotional, interozeptiv, sozial und kulturell erinnert wird an vorausgegangene Erfahrungen mit Sinneseindrücken.

Präditive Processing Model

- Kontextuelle Einflussfaktoren können zu einer eingeschränkten Genauigkeit bei der interozeptiven Wahrnehmung und zu einer katastrophisierenden Bedeutungszuschreibung eines sensorischen Inputs beitragen, auch wenn dieser gar nicht Folge eines peripheren Schmerzreizes ist.
- Dabei besteht auch ein „Gender-Bias“, insofern Frauen von solchen funktionellen Beschwerden häufiger betroffen sind als Männer.
- Durch diese Verknüpfungen erklärt sich, dass Schmerz nicht nur als Folge einer Gewebe- oder Nervenschädigung, sondern auch infolge psychosozialer Belastung (z.B. soziale Ausgrenzung) bzw. der Reaktivierung einer solchen aus der Vergangenheit auftreten kann, insbesondere, wenn diese mit Schmerzerfahrungen (z.B. körperliche Misshandlung, insuffiziente postoperative Schmerzversorgung) assoziiert ist.
- In Körpertherapien werden die negativen Erwartungen durch gezielte Übungen widerlegt, damit das Vermeidungsverhalten mit Angst vor bestimmten Bewegungen die Beschwerden nicht weiter aufrechterhält.

Perception Inference Model

Wiech, Science, 2016; Henningsen et al., Psychosom Med 2018; Van den Bergh et al., Neurosc Biobeh Rev 2017)



Somatosensorische Verstärkung



Wissenschaftlicher Exkurs

Perception Inference Model (Wahrnehmungsinterferenzmodell: Der Prozess des Gehirns, sensorische Informationen zu interpretieren, indem es auf früheren Erfahrungen und Kenntnissen aufbaut, um eine Wahrnehmung der Welt zu schaffen): Eine somatosensorische Verstärkung eines Input-Reizes aktiviert z.B. die Schmerzerwartung

- Tritt der Schmerz dann auf, wird die Erwartung verstärkt/bestätigt
- Tritt kein Schmerz auf, wird daraus gelernt, dass es sich um ein irrtümliches Signal gehandelt hat
- Ist die Schmerzerwartung sehr groß, überschreibt sie die tatsächliche Erfahrung

Prediction Error Model (Vorhersagefehlermodell: Predictive-Coding-Model, Vorhersagekodierung: Predictive Coding geht davon aus, dass das Gehirn kommende Sinneseindrücke aktiv vorhersagt, anstatt sie passiv zu registrieren):
a) Mein Körper ist gesund: der Schmerz ist normal/gesunde Reaktion wegen z.B. Sitzposition mit Druckungleichgewicht, besonders starker Stimulus kann diese Einschätzung überschreiben/ korrigieren.

Noziplastischer Pathomechanismus (IASP)

- Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) spricht vom noziplastischen Pathomechanismus, weil die Funktion nozizeptiver Leitungsbahnen ohne nachweisbaren peripheren Input verändert ist und andere Einflussfaktoren über zentrale Prozesse das Schmerzgeschehen determinieren, die zudem bei der Behandlung im Mittelpunkt stehen sollten.
- Bei chronischen Schmerzzuständen sollen – über die (Ausschluss-) Diagnostik evtl. Nerven- und Gewebeschädigungen hinaus – zentrale Prozesse bei der Stress-/Schmerzverarbeitung („top-down“ Regulation) mitberücksichtigt werden (funktionelle Prozesse bei intrinsischen Konnektivitätsnetzwerken ohne schmerzspezifische Funktion, aber mit erhöhter Stressanfälligkeit), indem eine stressbezogene Behandlung angeboten wird.

Körperliche Beschwerden bei Patienten in Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie

Fallbeispiele: A: 50-j. Frau mit Schluckbeschwerden, schmerzhaften Verkrampfungen, vor 8 Jahren Brustkrebs, Angst vor Krebs, hypochondrisch besorgt, sucht viele Ärzte auf (**Krankheitsangststörung**).

B: 47-j. Mann mit multiplen körperlichen Beschwerden, unverheiratet, Lehre abgebrochen, nicht belastbar, viele ambulante und (teil-) stationäre Therapien, seit vielen Jahren keine Arbeitstätigkeit, vermeidet jegliche körperliche Belastung (somatische Belastungsstörung: **MUS**).

C: Migrant mit ethnisch-kulturellen Anpassungsschwierigkeiten, differenter Gesundheitsverhalten, Schmerzen, Vorurteilen bei der Begegnung, Sprachbarrieren, beklagt Entwurzelungsgefühle, Verluste, fühlt sich entfremdet, Informationsdefizite, ungünstige Arbeits- und Wohnsituation, leidet unter Angst/Panik: **Schmerzkrankung**.

Kernsymptom Angst: ICD-11: 6B23 Krankheitsangststörung, Hypochondrische Störung

Beispiel: Frau A

- Ist verheiratet, berufstätig, 1 Kind
- Vor 8 Jahren Brustkrebs-Erkrankung (Rezidivangst)
- Seit längerem Globusgefühl: Schluckbeschwerden mit verkrampftem wiederholtem Schlucken
- Viele Arztkontakte pro Woche
- Tendenz, multiple somatische Beschwerden zu erleben
- Entsprechend dem **subjektiven Krankheitsmodell** der Patientin: Krankheitsangststörung mit Krankheitseinsicht: Krebs wurde von den Ärzten noch nicht erkannt (wie bei der Tante...), nur Ärzte können beruhigen, jeden Moment kann Krebs aufbrechen, keine Kontrolle

Kernsymptom MUS: medizinisch unerklärte somatische Beschwerden/Symptome: somatische Belastungsstörung

Beispiel: Herr B: schwere somatische Belastungsstörung **6C20**

- Unverheiratet, Lehre nicht abgeschlossen, lange Jahre arbeitslos, frühberentet
- Schon in der Kindheit multiple körperliche Beschwerden, für die es biomedizinisch keine ausreichende Erklärung gab (MUS: medizinisch unerklärte Symptome), durch die Leidenszustände verursacht werden.
- Fühlt sich nicht belastbar, „fertig“, starker Einfluss auf Lebensführung
- Seit Jahren viele ambulante, stationäre (Reha-)Behandlungen
- Vermeidet jegliche körperliche Belastung, MUS sind Lebensinhalt geworden
- Tendenz, multiple somatische Beschwerden zu erleben (somatoforme Störungen, funktionelle somatische Beschwerden, Somatisierung)
- Erlebt sich körperlich krank entsprechend dem **subjektiven Krankheitsmodell**
- Irritables Colon, Fibromyalgie, funktionelle Herzbeschwerden, Atemwegsbehinderung, konstitutionell bedingte psychosomatische Störung

Kernsymptom MUS: medizinisch unerklärte somatische Beschwerden/Symptome: somatische Belastungsstörung

Beispiel: Herr B: schwere somatische Belastungsstörung 6C20

Entsprechend dem **subjektiven Krankheitsmodell** des Patienten:

- Ursache vermutlich angeborene Körperschwäche und Anomalien
- Oder doch eine verschleppte Infektion, Autoimmunprozess?
- Werde nie wieder auf die Beine kommen
- Niemand kann mir helfen
- Verstehe nicht, was ich beim Psychotherapeuten soll?

Therapeut: nie gegen das Krankheitsmodell des Patienten bzgl. seiner anhaltenden und belastenden Körperbeschwerden sprechen, es nicht „widerlegen“, sondern nur validieren, modifizieren, weiterentwickeln.

Kernsymptom Schmerz: ICD-11: MG30 Chronisch sekundäre Schmerzen: ursächlich eine Gewebe- oder Nervenschädigung

Beispiel Herr C: unbegleiteter Minderjähriger mit jahrelanger Fluchtreise

- Kam als Jugendlicher im Alter von 15 Jahren unbegleitet nach BRD, wird als Asylbewerber anerkannt und kann zum ersten Mal in seinem Leben in die Schule gehen.
- Widrige und traumatische biografische Ereignisse: Arbeit ab dem 7.Lebensjahr, Verfolgung wegen religiöser Auseinandersetzungen
- Auf der Flucht in verschiedenen Ländern als Gelegenheitsarbeiter ausgebeutet, später verhaftet und misshandelt worden.
- In BRD in einer betreuten WG fallen Schlafstörungen, Schmerzen (Armen) auf: verschläft morgens, zu spät zum Unterricht (Konflikte).
- Als Bauarbeiter mehrere Brüche in den Armen erlitten, orthopädische Behandlung der Frakturen in BRD kann einen Teil der Schmerzen lindern.

Kernsymptom Schmerz: ICD-11: MG30.2 chronisch sekundäre Schmerzen MG30.0 Chronische primäre Schmerzen

Beispiel Herr C: Neben chronisch sekundären Schmerzen MG30.2, die ursächlich auf eine Gewebe- oder Nervenschädigung (Knochenbrüche) zurückzuführen sind, sind bei Herrn C auch primäre Schmerzzustände MG30.0 auffällig

- Zentrale Sensitivierung spielt eine Rolle bei primären Schmerzzuständen im Sinne von Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren als Flüchtling (migrations- und kulturspezifische Besonderheiten).
- **Subjektives Krankheitsmodell:** Herr C unternimmt viele eigene Versuche, „fit und stark“ zu bleiben und geht regelmäßig ins Fitnessstudio und verdrängt die traumatischen Ereignisse in der Biografie, incl. Knochenbrüche.
- Interkulturelle Besonderheit: früheres Lebensumfeld ist Therapeutin wenig bekannt (z.B. seine Kinderarbeit-Tätigkeiten als Teppichknüpfer, Müllsammler, Näher, Bauarbeiter) und wird zunächst abgespalten.
- Erst als sich Vertrauen in der therapeutischen Beziehung von beiden Seiten entwickelt, können diese Informationen in Beziehung zur Symptomatik gesetzt werden.

Personalisierte neurobiologisch fundierte Psychotherapie bei chronischen primären Schmerzzuständen

- Z.B. bei Patient*innen mit stressinduzierter Hyperalgesie **entkatastrophisierende Besprechung** bisheriger Untersuchungsbefunde zur Schmerzgenese; **Differenzierung** zwischen Normvariante und relevanten Schädigungen (Psychoedukation).
- Als Folge eines „Fehlalarms“ im Gehirn entsteht ein **Schmerz-Angst-Zirkel**, der **reversibel** ist.
- Verstärken von **Gegenbeweisen** bzgl. einer Läsions-bedingten Schmerzursache, wie z.B. Schmerzverstärkung bei psychosozialem Stress.
- Übungen zum Wahrnehmen und unaufgeregtem Betrachten von Schmerzempfindungen durch „eine **Brille der Sicherheit**“.
- Differenzierung bei der Wahrnehmung von Schmerz und Affekt (emotionales Kompetenztraining)
- „negative Affektivität“ thematisieren als emotionale Bedrohung hinsichtlich Beziehungserleben/epistemischem Misstrauen.
- **Veränderung von Vermeidungsschemata** (wie z.B. Überaktivität, mangelnde Selbstfürsorge/überzogener Altruismus, Kontrollverhalten/Ungewissheitsintoleranz) mit fokussierter Erfüllung von Grundbedürfnissen (Bindung, Kontrolle, Selbstwert, Lustgewinn/Unlustvermeidung) als Schutz vor Enttäuschung und vor „hausgemachtem“ Stressor („Prior“ = früheres Erlebnis hinsichtlich Schmerz-Erwartungshaltung im Rahmen „predictive processing“).

Personalisierte neurobiologisch fundierte Psychotherapie bei chronischen primären Schmerzzuständen („Pain Reprocessing Therapy“)

- Reduktion des psychophysiologischen Hyperarousal durch Entspannungsverfahren gemäß neuerer Erkenntnisse der Hirnforschung.
- Schulung zu besserer Interozeption und Erkennung von Zusammenhängen zwischen psychischen Prozessen, Verhalten und beobachteter Körperaktivität.
- Hinwendung zu positiven Gefühlen und Neuausrichtung der Strategien im Umgang mit psychischen Grundbedürfnissen. Veränderung der kausalen Schmerzattribuierung vom Rücken-(Schmerz) aufs Gehirn in Form eines überzogenen Bedrohungserlebens („Fehlalarm“) als Folge eines überaktivierten Salienz-Netzwerks. Eine Reduktion des Vermeidungsverhaltens („motivationale Inkongruenz“: Erfahrungen widersprechen den Grundbedürfnissen = motivationalen Zielen) führt zu einer signifikanten Schmerzreduktion. Wichtig dabei: iatrogenen Opiatübergebrauch beheben.
- „Predictive processing“: durch nicht-bewusst ablaufende Wahrscheinlichkeitsberechnungen gemäß Erwartungen und Vorannahmen aus früheren Lernprozessen kann es zu Fehlwahrnehmungen gefilterter/interpretierter Sinneseindrücke kommen.

Personalisierte neurobiologisch fundierte Psychotherapie bei chronischen primären Schmerzzuständen („Pain Reprocessing Therapy“)

- Multifunktionale neuronale Netzwerke (auch bei Stressverarbeitung involviert) bedingen neurobiologische Mechanismen, die bei der Krankheitsentstehung somatischer Belastungsstörungen eine Rolle spielen.
- Entsprechend edukativer Wissensvermittlung mit Patienten auf gemeinsame Suche begeben nach falschen Zuschreibungen, um katastrophisierende Gedanken zu korrigieren und Gefahrenrisiken zu distanzieren.
- Stattdessen Umgangsformen finden für psychische Grundbedürfnisse, deren Erfüllung - als Selbstschutz vor Enttäuschung/Zurückweisung - bisher vermieden wurde.

Psychotherapie: Zweifel validieren

- Im Gespräch Zusammenfassen bisheriger Strategien des Betroffenen
- Mit dem bisherigen subjektiven Krankheitsmodell mitgehen und es erweitern, flexibler gestalten (Besonderheiten herausarbeiten)
- Was wäre verloren, wenn ein Psychotherapieversuch gestartet werden würde mit zeitlicher Limitierung und Zwischenevaluation?
- Wieviel Zeit wurde dafür verbracht, eine körperliche Ursache der Beschwerden suchen zu lassen; wie viel Zeit, eine andere Erklärung für die Beschwerden zu suchen? Schritt für Schritt Ergänzungen zum bestehenden Krankheitsmodell herausarbeiten. Betonung der Patienten-Autonomie, um für sich selbst eine Behandlungsentscheidung zu treffen.
- Rolle von Stress darstellen, Stress führt zu körperlichen Symptomen und umgekehrt, Stress-Symptome sammeln, Symptom-Tagebuch, Stressbewältigungs-Möglichkeiten erarbeiten

Behandlung von SBS: Somatische Belastungsstörung

- S3-Leitlinie (2018): schweregradgestuftes Vorgehen mit 3 Behandlungsphasen und aufeinander aufbauenden Empfehlungen.
- **Initiale Grundversorgung:** „sowohl-als-auch-Haltung“ mit Beachtung sowohl somatischer als auch psychosozialer Faktoren. Therapeutische Zurückhaltung (abwartendes Offenhalten) und Empathie, um körperliche Belastungsstörungen frühzeitig durch aufmerksame Untersuchung zu erkennen, Betroffene zu entlasten und sorgfältig beraten zu können. Überdiagnostik und Passivierung der Betroffenen soll vermieden werden. Dies schafft eine höhere Behandlungszufriedenheit und eine positive Prognose bzgl. des weiteren Behandlungsverlaufs.
- Bei anhaltenden Beschwerden ist in der Phase der **erweiterten Grundversorgung** eine Simultandiagnostik mit Erweiterung der Diagnostik sinnvoll.

Behandlung von SBS

- Phase der **erweiterten Grundversorgung**: es erfolgt jetzt körperliche und psychosoziale Diagnostik sowie Erarbeitung eines biopsychosozialen Erklärungsmodells mit Ableitung bewältigungsorientierter Therapiemaßnahmen. Hierzu ist klares Setting mit regelmäßigen Terminen erforderlich. Beratung bzgl. passiver symptomatischer Maßnahmen wie Analgetika oder Psychopharmaka soll erfolgen neben Stärkung von Selbstfürsorge sowie Selbstwirksamkeit durch aktive Bewältigung wie Aufmerksamkeitsumlenkung oder körperliche Aktivierung.
- Bei schweren Verläufen mit starken Beeinträchtigungen wird in der 3. Behandlungsphase, der **multimodalen Behandlungsphase**, eine Ausweitung des Behandlungsnetzwerkes angestrebt.

Behandlung von SBS

- Die **3.Behandlungsphase (multimodale Behandlung)** bei schweren Verläufen mit starken Beeinträchtigungen erfordert eine Ausweitung des Behandlungsnetzwerkes und es werden psychotherapeutische, (teil)stationäre und rehabilitative Maßnahmen mit einbezogen. Dabei gelten die kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie und Ansätze der Hypnotherapie für spezifische Symptome (z.B. Reizdarmsyndrom) als gut fundiert.
- Relevant für den Therapieerfolg erweisen sich eine gute Therapeut-Patient-Beziehung und eine Schwerpunktsetzung in der Behandlung auf den Körper (meditative Bewegungsverfahren, AT, PR).
- Nach Stärkung der Therapiemotivation werden ein positives Selbst- und Körpererleben, aktive Selbstregulationstechniken und die eigene Krankheitsrolle thematisiert.

Warnhinweise: Red Flags

- Suizidalität ist erhöht bei somatischer Belastungsstörung
- Warnzeichen bekannter körperlicher Erkrankungen (Untergewicht, Erschöpfung, Ikterus, Tumore, Blut im Stuhl, Stuhlverhalt, Inkontinenz)
- Körperliche Folgeschäden von Schonung, Fehlhaltung, Kontrakturen, Mangelernährung mit Avitaminosen
- Gefährdung durch Andere: z.B. Ärzte (Vorenthalten nötiger Therapien oder nicht indizierte riskante Operationen).

Warnhinweise: Yellow Flags

- Fremdheits-, Ekel-, Hassgefühle eigenem Körper gegenüber
- Ausgeprägtes Schonverhalten
- Rechtsstreite und ausgeprägtes Inanspruchnahme-Verhalten
- Arbeitsplatzkonflikte, Behinderungen im Umfeld
- Schwierige Nocebotschaften durch Arzt
- Laufende Fehlbehandlungen, überflüssige Hilfsmittel, nicht indizierte Medizin, restriktive Diäten
- Destruktive Arzt-Patient-Beziehung

Schutzfaktoren

- Selbstbewusstsein
- Humor, Optimismus
- Erleben von Kontrolle und Handlungsfähigkeit
- Positives Körpererleben
- Bewegung, Genussfähigkeit, Ressourcen, Sinnstiftung
- Gute soziale Unterstützung
- Bisher positive Erfahrungen im Gesundheitswesen
- Behandlungsbeziehung tragfähig
- Keine unnötige Diagnostik

Behandlung von SBS

- Körper- und achtsamkeitsbasierte Verfahren können empfohlen werden (J.Kabat-Zinn: Achtsamkeitspraxis, MBCT: Mindfulness-Based- Cognitive-Therapy, Body-Scan, Meditative Bewegungsverfahren)
- Für medikamentöse Therapien bestehen nur Indikationen zur vorübergehenden Beschwerdelinderung und zur Behandlung von Komorbiditäten.
- Die somatische Belastungsstörung (SBS) wird als biopsychosoziales Phänomen im Überschneidungsbereich verschiedener Disziplinen, einschließlich Psychologie und Medizin, angesehen. Eine Behandlung kann nur erfolgreich sein, wenn die Störung aus verschiedenen – u.a. medizinischen und psychologischen – Perspektiven betrachtet wird. Als Teil eines interdisziplinären Behandlungsansatzes spielen psychotherapeutische Verfahren eine führende Rolle. Psychosoziale Krankheitsfaktoren sind hierbei Ansatzpunkte für die Psychotherapie.

personenzentrierte psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei SBS im Besonderen

- Personen mit somatischer Belastungsstörung haben Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahrzunehmen, zu beschreiben und zu regulieren.
- Sie weisen eine höhere Sensitivität für negative Emotionen auf und
- Zeigen ein geringeres epistemisches Vertrauen in andere.
- Sie „verschieben“ psychische Belastungen in den Körper.
- Die Unfähigkeit, sich selbst, den eigenen Körper und andere zu verstehen, sowie eine beeinträchtigte Selbstregulation – beides basale psychische Fähigkeiten – scheinen an der Entstehung und Aufrechterhaltung der somatischen Belastungsstörung beteiligt zu sein.
- Diese maladaptiven psychischen Prozesse innerhalb der Persönlichkeitsfunktionen erklären lange diagnostische Prozesse („niemand kann mir helfen“), Angst vor Stigmatisierung („ich bilde mir das doch nicht ein“) und Schwierigkeiten in der Behandlung (epistemisches Misstrauen).

Patienten-Behandler-Beziehung

- Patient hofft auf Erfüllung seiner hohen Erwartungen, idealisiert Behandler
- Behandler macht Versprechen und enttäuscht, woraufhin Patient ihn entwertet
- Negative Gegenübertragungsgefühle wie Ärger oder Hilflosigkeit beim Therapeuten
- Iatrogene Fixierung / Chronifizierung: Weggeschickt werden
- Erneute Enttäuschung beim Patienten mit dysfunktionalen doctor (s)hopping

Psychotherapeutische Verfahren bei der SBS

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist die Therapieform mit der am umfangreichsten erforschten Wirksamkeitsevidenz: sie zeigt moderate kurz- und langfristige Effekte auf die Symptomschwere. Daneben auch Wirksamkeitsnachweise für psychodynamische Verfahren wie auch Verfahren der 3.Welle der KVT (ACT Akzeptanz- und Commitment-Therapie, achtsamkeitsbasierte Verfahren).
- Module der KVT bei SBS: a) Grundhaltung des Therapeuten: Toleranz für kleinschrittigen Therapieerfolg bei enormem Leidensdruck der Patienten und noch zu erarbeitender Behandlungseinsicht für Psychotherapie. Meist haben die Betroffenen viele enttäuschende Behandlungserfahrungen hinter sich gebracht und sind sehr sensitiv gegenüber nicht ernstnehmendem Verhalten.

Psychotherapeutische Verfahren bei der SBS: KVT

- a) Grundhaltung des Therapeuten/Behandlers bei Menschen mit SBS
- b) Erwartungskklärung und Aufbau einer Therapiebeziehung: meist erhielten die Betroffenen widersprüchliche Informationen über ihre Symptome. Diese Informationen formen Krankheitswahrnehmungen und -modelle, die die Patienten heranziehen, um sich selbst ihre Beschwerden zu erklären. Idealisierende Erwartungen an Therapie (einzige Hilfe, die noch bleibt), so dass zu Therapiebeginn die Symptomwahrnehmungen und Behandlungserwartungen der Betroffenen exploriert werden sollten, um zu verstehen, inwieweit biopsychosoziales Verständnis der Beschwerden schon vorliegt mit der Einsicht, dass erfolgreiches Symptommanagement mit Verhaltensänderungen von Seiten der Patienten einhergeht.

Psychotherapeutische Verfahren bei der SBS: KVT

- c) Psychoedukation: das subjektive Störungsmodell und die Krankheitswahrnehmungen des Patienten sollen validiert und gleichzeitig um weitere psychische und soziale Faktoren erweitert werden. Jedes Thematikfeld soll psychoedukativ eingeführt und mit Übungen verknüpft werden, wodurch Raum für korrigierende Selbsterfahrung entsteht.
- d) Stressmanagement: Grundlagen der menschlichen Stressreaktion wie Aktivierung des sympathischen und parasympathischen Nervensystems mit körperlichen Symptomen werden vorgestellt. Übung: Symptomtagebuch (Erfahrung des Zusammenhangs zwischen Stress und Körpersymptomen); individuelle situationsbezogene Stressoren identifizieren und Entspannungsstrategien einüben; Stress induzierende Kognitionen ausmachen („werde nur akzeptiert, wenn ich alles korrekt mache“)

Prototypische, wenig hilfreiche Gedankeninhalte von Patienten mit SBS

- Krankheitsbefürchtungen/-überzeugungen (meine Symptome sind Anzeichen von Krankheit)
- Unkontrollierbarkeit der Symptome (mein Körper macht mit mir, was er will)
- Katastrophisierende Gedanken bzgl. des Symptomverlaufs (ich werde nie wieder frei davon)
- Zukunftssorgen (ich werde meine Familie im Stich lassen müssen)
- Schuldannahme (es muss einen Schuld-Grund geben, warum ausgerechnet ich diese Symptome habe)
- Symptom als „Sündenbock“ für andere Lebensprobleme (wegen der Symptome ist alles anders, ich kann nichts mehr)
- Angstvermeidungsgedanken (brauche Ruhe, da es schlimmer wird)
- Bedürfnis nach 100% Sicherheit (wer kann ausschließen, dass es doch nicht eine schlimme Krankheit ist?)
- Durchhaltetendenzen/Selbstverausgabung (ich muss funktionieren)
- Körperbild, -funktion (ich kann mich auf meinen Körper nicht mehr verlassen)
- Allgemeines Gesundheitskonzept (gesund bedeutet, komplett beschwerdefrei zu sein)

Psychotherapeutische Verfahren bei der SBS: KVT

- e) Aufmerksamkeitsstrategien: Aufmerksamkeitsprozesse ausschlaggebend in der Aufrechterhaltung und Verstärkung von Körpersymptomen.
- f) Kognitive Strategien: Identifikation der individuellen wenig hilfreichen Gedanken in Zusammenhang mit störenden körperlichen Symptomen.
Verhaltensexperimente: Patient soll Körpersymptome induzieren, symptomspezifische Gedanken dazu protokollieren incl. angstinduzierender Erwartungen über die Konsequenzen von z.B. Brustschmerzen.
Sokratischer Dialog zur Gedanken hinterfragung und Entwicklung von alternativen, hilfreichen Gedanken, die in Verhaltensexperimente umgesetzt werden. Vergleich der angstinduzierenden Erwartungen mit den Erfahrungen während der Symptominduktion bei Exposition, die weniger schlimm ausfiel (hatte leichten Durchfall, Restaurant hatte Toilette).

Psychotherapeutische Verfahren bei der SBS: KVT

- g) Krankheitsverhaltensweisen: Ziel ist die Reduktion der Häufigkeit des Auftretens von Krankheitsverhalten. Hierzu werden die hinter dem Vermeidungsverhalten stehenden Gedanken exploriert, um anschließend mittels kognitiver Strategien umstrukturiert zu werden (statt dem Glauben, körperliche Aktivität führt zur Verstärkung der Symptome, kann eine leichte Besserung danach wahrgenommen werden).
- h) Akzeptanz- und Achtsamkeitsstrategien (ACT: Akzeptanz- und Commitment-Therapie): Viele Patienten mit SBS richten ihr Symptommanagement allein auf die Kontrolle ihres Symptoms aus und leben in ständigem „Kampf“ gegen ihr Symptom. Akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte Strategien zielen darauf ab, Patienten zu motivieren, ihr Erleben incl. Körperbeschwerden achtsam anzunehmen und sich wieder mehr auf die Dinge in ihrem Leben flexibel zu fokussieren, die wichtig für sie sind. Es erfolgt Motivation dazu, sich auf die Lebenswerte und -ziele zu beziehen und achtsam gegenüber ihren Gedanken, Gefühlen und Symptomen zu sein. Schwerpunkt sind Bemühungen, Gedanken, Gefühle und Verhalten anders/verändert zu erleben als bisher.

Funktionales Modell der SBS

Funktionales Modell der SBS

Auslöser/Trigger -> Krankheitsverhaltensweisen --> körperliche Veränderung -> Wahrnehmung --> Fehlinterpretation --> Symptomverstärkung --> Fehlinterpretation: Symptomverstärkung (Checking des Körpers, übermäßige Gesundheitsorgen, medizinische Untersuchungen, Medikamente, Schonung- und Vermeidungsverhalten)

Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Erwartungsklärung (Flexibilität) ->

Erwartungsklärung -> Psychoedukation--->Aufmerksamkeits- und kognitive Strategien
-> Interventionen zur Reduktion von Krankheitsverhalten---> zusammenfassendes
Störungsmodell-> Rückfallprophylaxe---> Ergänzungs-Strategien bei individuellen Problembereichen incl. ACT (3.Welle der KVT, achtsamkeitsbasierte Ansätze als Bewältigungsstrategien).

Bewältigungsmodell, Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe

- Als Zusammenfassung aller Erfahrungen über den Therapieverlauf hinweg kann das biopsychosoziale Störungsmodell herangezogen werden.
- In Ergänzung zum Störungsmodell kann ein Bewältigungsmodell eingeführt werden mit Ressourcenfokussierung, wodurch der Weg in die Rückfallprophylaxe mit Blick in die Zukunft geebnet wird.
- Die erworbenen Bewältigungsstrategien helfen in Situationen mit Symptomverstärkung oder neuartigen Symptomen und können auch nach Therapieende fortgeführt werden.

ACT und 6 Behandlungsfragen

Selbstkonzept: Kann ich mich von den Vorstellungen über mich selbst und meinen Körper sowie von meinen Selbstbeschreibungen lösen?

Akzeptanz: Bin ich bereit, mich auf mein Erleben (incl. meiner Körpersymptome) einzulassen, es anzunehmen, ohne zu versuchen, es zu verändern?

Kognitive Defusion: Bin ich bereit, mich aus meinen Gedankenverstrickungen zu lösen und anzunehmen, dass ich nicht das bin, was meine Gedanken sagen?

Entschlossenes werteorientiertes Handeln: bin ich bereit, nach meinen Werten zu handeln (anstatt nach meinen Körpersymptomen und nach meinen Gedanken, was diese mir sagen)?

Lebenswerte: bin ich bereit, meine Lebenswerte und -ziele zu klären?

Achtsamkeit:in achtsamer Weise?

Gemeinsam an Erwartungen und Zielen arbeiten

- Kleinschrittiges, aktives, bewältigungsorientiertes Handeln ist nachhaltiger als passive, schnelle Interventionen
- Funktionale Ziele verstärken, dysfunktionale entkräften
- Zwischenziele und Fernziele gemeinsam vereinbaren
- Begleiten und Fortschritte anerkennen, Behandlungserwartungen reflektieren
- Sokratischer Dialog, Psychoedukation, Aktivitätspläne modifizieren, Hausaufgaben
- Bewältigung statt Heilung, Ansprüche relativieren, Symptommanagement, Wachsamkeit, PHQ-15-Werte erfassen
- Biopsychosoziales Erweitern des Erklärungsmodells „sowohl als auch“
- Erweiterte Perspektive: somatische Beschwerden (organischer Schwindel) ebenso biopsychosozial determiniert wie funktionale Körperbeschwerden
- Tangentiale Gesprächsführung, Motivation zur Psychotherapie (keine Bringschuld), Kooperation zu Mitbehandlern.

PHQ-15-Fragebogen

Der PHQ-15-Fragebogen

Gesundheitsfragebogen für Patienten - 15 (PHQ-15) H4NPA6HHTK

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können.

Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt	
Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schmerzen im Brustbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklopfen oder Herzasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Literatur

- AWMF S3-Leitlinien „Funktionelle Körperbeschwerden“: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Deutsches Ärzteblatt /Jg. 120/Heft 20/19.05.2023: Prof. Dr.med. Scheibenbogen, C u.a. „Myalgische Ezephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom. Interdisziplinär versorgen“
- Pid Psychotherapie im Dialog, 4/2024: Somatische Belastungsstörungen, Thieme Verlag, Herausgeber: Zaby, A und Köllner, V.
- Die deutsche Übersetzung der ICD-11 ist derzeit als Testversion verfügbar, jedoch noch nicht für amtliche oder klinische Anwendungen freigegeben.
- BfArM Testversion: Zugriff auf die deutsche ICD-11 über die BfArM-Webseite und WHO-API
- BfArM - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
- <https://www.bfarm.de> > DE > Kodiersysteme > Klassifikationen > ICD

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—