

Reale Symptome ohne biomorphologischen Befund

Funktionelle Körperbeschwerden sind Alltag

Niklaus Egloff^a, Kyrill Schwegler^a, Martin grosse Holtforth^{a,b}

^a Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinik für Neurologie, Universitätsspital Inselspital, Bern;

^b Institut für Psychologie, Universität Bern, Bern

Sowohl beim Grundversorger als auch bei der Spezialistin sind funktionelle Körperbeschwerden ein sehr häufiger Konsultationsgrund. Definitionsgemäss entziehen sich funktionelle Störungen einer biomorphologischen Befunderfassung auf Organebene. Die Symptome sind dennoch real und lassen sich heute im Rahmen übergeordneter Wahrnehmungs- und Steuerungsprozesse physiologisch verstehen. Die adäquate Kommunikation und Erklärung funktioneller Störungen ist häufig entscheidend für die Therapiemotivation des Betroffenen.

Häufigkeit und Entstehung funktioneller Symptome

Ungefähr jeder zweite bis fünfte Patient in der Grundversorgung leidet an funktionellen Beeinträchtigungen seiner Gesundheit [1]. Der Begriff *funktionell* wird häufig synonym mit *somatoform* oder *psychosomatisch* angewendet. Diese Begriffe überlappen bedeutungsmässig stark, implizieren aber unterschiedliche Krankheits-

konzepte, was die Rolle psychologischer Faktoren bei der Krankheitsgenese und -aufrechterhaltung anbelangt. Die zielführende Betrachtungsperspektive zum physiologischen Symptomverständnis funktioneller Störungen liegt nicht auf der organpathologischen Strukturebene, sondern bei den Steuerungs- und Wahrnehmungsprozessen der Organe durch den Organismus. In beide Richtungen des Informationsflusses zwischen Organperipherie und dem empfindenden Gehirn gibt es vielfältige neuroimmunologische, neurovegetative und neuroendokrine Möglichkeiten, die zur Entstehung funktioneller Körperbeschwerden beitragen. Diese veränderten Steuerungs- und Wahrnehmungsprozesse stehen ihrerseits regelhaft in Bezug zu körperlichen Vorerfahrungen sowie psychobiographischen Prägungen, insbesondere derjenigen der übermässigen Stressexposition.

Tabelle 1: Körpersymptome, die typischerweise auch funktionell bedingt sein können.

Mit Blick auf die üblichen Organerkrankungen zeigt sich, dass die Phänomenologie funktioneller Störungen stark mit den Leitsymptomen klassischer Organerkrankungen überlappt. Hier nicht aufgelistet sind somatische Erkrankungen (z.B. allergologische oder autoimmunologische Erkrankungen), die ebenfalls einer starken psychophysiologischen Modulation unterworfen sein können. Die nachfolgende Liste typischer funktioneller Symptome ist keinesfalls vollständig und ersetzt im Einzelfall nicht eine seriöse Differentialdiagnostik.

Kopf- und Halsorgane	Schwindel, Benommenheit, Visusprobleme, Tinnitus, Fatigue, Insomnie, Konzentrationsstörungen, Spannungskopfschmerzen, atypische Gesichtsschmerzen, epileptoide Anfallsstörungen, Räusperzwang, funktioneller Husten, Globussyndrom
Extremitäten	Somatosensorische und motorische Ausfallstörungen, Bewegungsstörungen, funktioneller Tremor, lokale, regionale oder generalisierte Weichteilschmerzen
Haut	Juckreiz, Allodynie, Hyperhidrose, stressassoziiertes Dermographismus, Erythrophobie
Herz-Kreislauf-System	Präkordialgien, atypische Thoraxschmerzen, Sinustachykardien, Palpitationen, hypertensive Entgleisungen, vasaovagale Synkopen
Atemorgane	Tachypnoe, Hyperventilation, asthmaartige Krisen (meist im Rahmen von Panikattacken)
Verdauungstrakt	Schluckstörungen, nichtallergische und nicht-enzymatisch bedingte Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Essstörungen, funktionelle Dyspepsie, Völlegefühl, Obstipation, Diarrhoe, Reizdarmbeschwerden, funktionelle Abdominalschmerzen, Anismus
Urogenitalbereich	Chronische Becken- oder Genitalschmerzen, Miktionsstörungen, Dysurie, Sexualfunktionsstörungen

Anspruchsvolle diagnostische Ausgangslage

Phänomenologisch zeigen viele funktionelle Körperbeschwerden Symptomüberlappungen mit somatischen Erkrankungen, was die Differentialdiagnose anspruchsvoll macht (Tab. 1).

Detailcharakteristik, anatomische Verteilungsmuster, Modulationsfaktoren, Kombination mit anderen vegetativen oder hyperperzeptiven Symptomen, Dynamik und der biopsychosoziale Kontext erlauben die Diagnose einer funktionellen Störung jedoch meist mit hoher Wahrscheinlichkeit. Dabei ist anzumerken, dass sich strukturell und funktionell bedingte Symptome nicht ausschliessen, sondern häufig sogar gegenseitig

bedingen. Bei vielen Schmerzkrankungen zum Beispiel findet sich ein somatisches Auslöseereignis oder ein somatischer Kernanteil. Die funktionellen Sekundärprobleme sind dann der Grund, weshalb eine einzig auf die primäre Läsion ausgerichtete Schmerztherapie ungenügend wirkt.

Fallvignette

Ein 35-jähriger Fabrikangestellter erfährt im Anschluss an einen Arbeitsunfall mit Weichteilverletzung an der rechten Schulter eine Schmerzausweitung auf den gesamten rechten oberen Quadranten. Die vom Patienten erstellte Schmerzzeichnung deutet zunächst auf ein myofasziales Verteilmuster unter Einbezug der *Musculi trapezius, sternokleidomastoideus* und *occipitofrontalis* hin. In der klinischen Untersuchung findet sich ein generell sehr angespannter Patient mit deutlichen nuchalen Myogelosen und einem ausgeprägter Dermographismus ruber. Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Appetitminderung und Verdauungsbeschwerden weisen ebenfalls auf eine erhöhte Stressreaktion hin. Die zunächst wirksamen NSAR hatten ihren Effekt weitgehend verloren. Die aktuellen Symptome und Befunde sind nicht mehr mit der primären Läsion zu erklären, sondern weisen auf eine Schmerzdysregulationsstörung hin.

Hyperperzeption

Anatomische Basis für funktionelle Störungen ist das Nervensystem mit seinen peripheren, zentralen und autonomen Anteilen. Frühere Terminologien verwendeten dementsprechend auch die Begriffe *nervöse Leiden* oder *Organ-Neurosen*. Im Gegensatz zu klassisch neurologischen Erkrankungen sind bei funktionellen Störungen die Nerven zytomorphologisch intakt. Die Veränderungen betreffen also lediglich die *Funktionalität* der Nerven, was mit einer alterierten Physiologie auf Ebene der Rezeptoren sowie der Synapsen einhergeht. So sind bei funktionellen Körperschmerzen sehr häufig die Reizschwellen für Druck und Schmerz erniedrigt [2]. Dieser Aspekt der Hypersensibilität wurde unter dem Begriff der «*Central Sensitivity Syndromes*» präzise herausgearbeitet [3]. Vorerkrankungen, Dauerstress oder Traumata können die Sensibilisierung des Schmerzperzeptionssystems begünstigen, was zum wichtigen Arbeitsbegriff der *stressinduzierten Hyperalgesie* geführt hat [4].

Fallvignette

Die Frau des 35-jährigen Fabrikangestellten meint, ihr Mann sei in letzter Zeit viel empfindlicher und reizbarer geworden. Die Weichteilschmerzen gehen klinisch tatsächlich einher mit einer schmerzhaften Drucküberempfindlichkeit (Allodynie). Die algometrische Untersuchung weist ebenfalls auf eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit (Hyperalgesie) hin. Der Patient erwähnt zudem eine Lärm- und Lichtüberempfindlichkeit, wie er sie von früheren Migränebeschwerden her kannte. Auch sei der vorbestehende Tinnitus deutlich lauter geworden. Die Frau bemerkt, dass der Patient sich schon vor dem Unfall etwas verändert hätte, seit er vornehmlich in der

Nachtschicht gearbeitet hätte. Auf die Nachtschicht angesprochen meint sie, dass er ihr damit ermögliche, nachmittags als Raumreinerin arbeiten zu können. Er würde dann am Nachmittag auf die Kinder und die kranke Schwiegermutter aufpassen.

Affektiv-kognitive Modulation des Symptomempfindens

Unangenehme Körperempfindungen lösen stets eine affektive sowie eine kognitive Reaktion aus. So verursacht Schmerz regelhaft Angst und Besorgnis. Die Art dieser affektiv-kognitiven Wertung moduliert das Ausmass des subjektiven Leidens stark und stellt daher einen eigenständigen Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen dar.

Komorbide Angst- und Depressionserkrankungen liegen bei Patientinnen und Patienten mit anhaltenden funktionellen Beschwerden gehäuft vor. Ist ein Patient generell in einer dysphorischen, verängstigten oder gekränkten Verfassung, wird dadurch die aversive Dimension des funktionellen Körperleidens oftmals noch verstärkt. ICD-11 propagiert für den Aspekt des übermässigen, präokkupierten Reagierens neu eine eigenständige Diagnose, die sogenannte *somatische Belastungsstörung*. ICD-10 beschränkt zuvor den umgekehrten, quasi «zentrifugalen» Weg: Eine psychische Problematik führt über Somatisierungsvorgänge zu Körpersymptomen. In der klinischen Praxis kommen beide Wege sowohl alleine wie auch in Kombination vor. Fakt ist, dass Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden funktionellen Symptomstörungen gehäuft an psychischen Begleitbeschwerden leiden. Der Kausalitätsbezug zum funktionellen Körpersymptom ist aber komplex und kaum je unidirektional. So kann beispielsweise die frühe unsichere Bindungserfahrung Ursache einer anhaltend veränderten Stressphysiologie sein, Verhaltensschwierigkeiten mit sich bringen und psychische Folgen haben, die sich wiederum auf Perzeption und Regulation der Körperfunktionen auswirken.

Fallvignette

Der Patient vermutet, dass bei der Schulterverletzung etwas «kaputt gegangen» sei. Am liebsten würde er die Schulter «reparieren» lassen, um dann wieder arbeiten können. Er hätte nun deswegen schon drei Spezialisten aufgesucht. Der Orthopäde hätte gesagt, er hätte eine Depression und keine Schulterkrankheit. Er habe Angst, dass wenn man ihn nicht erst nähme, er tatsächlich noch eine Depression bekomme. Er wisse, was eine Depression sei. Seine Mutter hätte, seit er sich erinnern könne, immer wieder Depressionen gehabt. Er hoffe, das habe nicht auf ihn abgefärbt. Er sei wegen der Krankheit der Mutter mehrheitlich bei den Grosseltern aufgewachsen.

Dissoziatives Reagieren auf Symptome

Übersteigen Körpersymptome oder emotionale Spannungen das «lebbare» Ausmass, kommen zusätzlich die

Mechanismen der *Dissoziation* und der *Konversion* zum Zuge. Unter Dissoziation versteht man zentralnervöse Vorgänge, die zu einem Abspalten oder Ausschalten von Bewusstseinsinhalten oder körperlichen Empfindungen führt. In Bezug auf Körpersymptome führt dies mitunter zu einer Art Autoanästhesie, mit Sensibilitätsabschwächung oder Sensibilitätsverlust, bis hin zu einer Art Auto-Narkose mit vorübergehender Bewusstseinsintrübung. Diese Art von neurofunktionellen Ausfällen wird regelhaft bei schwer traumatisierten Patienten beobachtet; Leichtere Formen solch dissoziativer neurofunktioneller Störungen kommen aber auch bei weniger dramatischen Konstellationen vor.

Fallvignette

Auf den Arbeitsunfall angesprochen, berichtet der Patient, dass er noch heute häufig daran denken müsse. Während eines Nachtschichtdienstes hätte sich damals ein Metallstück des Deckenkrans gelöst und sei auf ihn herunter gedonnert. In den ersten Wochen nach dem Unfall hätte er oft davon geträumt. Er könne noch heute kaum in die Arbeitshalle gehen, weil er immer wieder vermute, es könnte sich etwas Ähnliches wiederholen. Das Schlimmste sei gewesen, dass er zunächst blutend am Boden gelegen hätte und es niemand bemerkte. Er hätte vermutlich dabei immer wieder das Bewusstsein verloren. Noch heute, wenn er starke Schmerzen habe, schlafe der rechte Arm ein und der Hinterkopf fühle sich dann wie taub an.

Hilfestellungen für die Praxis

Obwohl funktionelle Körpersymptomstörungen sehr häufig sind, hat die Medizin noch keinen routinemässigen Umgang damit gefunden. Je intensiver man sich

Tabelle 2: Basisinformationen für Patienten mit funktionellen Beschwerden.

1. Symptome ohne nachweisbare körperliche Schädigung sind sehr häufig. Jeder Mensch kennt solche Symptome. Sie können grundsätzlich jedes Organsystem betreffen.
2. Diese Symptome sind keine Einbildung, sondern absolut real.
3. Funktionelle Symptome lassen sich aufgrund körperlicher (vorab vegetativer) Steuerungsvorgänge und/oder durch eine verstärkte Reizübertragung im Nervensystem (z. B. Reizdarm, Reizmagen, Reizblase) verstehen.
4. Vielfach stehen die Symptome in Zusammenhang mit den Auswirkungen von gesundheitlichen Vorereignissen oder Stress. Stress wirkt sich immer auf den ganzen Menschen aus.
5. Für eine Symptomatik mit mehreren Bedingungsfaktoren empfiehlt sich ein ganzheitlicher Therapieansatz, der oftmals medikamentöse, physiotherapeutische und stressreduzierende Massnahmen umfasst.
6. Funktionelle Symptome sind grundsätzlich gutartiger Natur.

mit funktionellen Störungen befasst, umso deutlicher erkennt man, dass funktionelle Störungen nicht einfach nur Ausschlussdiagnosen sind, sondern eine eigene Positiv-Charakteristik haben. Die Zeichen vegetativer Dysregulation, somatosensorischer Hyperperzeption, emotional-kognitiver Präokkupation sowie einer biographischen Stress-Disposition müssen systematisch exploriert werden. Die *Schweizerische Akademie für Psychosomatische Medizin (SAPPM)* hat gemeinsam mit der *Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS)* dazu eine Positiv-Indikatoren-Liste für funktionelle (Schmerz-)Erkrankungen erstellt, die auch zur Begutachtung dieser Störungen dient [5]. Die von der Deutschen *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* regelmässig überarbeiteten *S-3 Leitlinien zu Funktionellen Körperbeschwerden* enthalten konkrete therapeutische Wegleitungen. Im Rahmen einer multikausalen Symptomentogenese ist auch der Therapieansatz multimodal zu planen [6].

Bei der Diagnosekommunikation muss das initiale ärztliche «Wording» mit Bedacht gewählt sein (Tab. 2). Wie in jeder komplexen Krankheitssituation ist auch hier eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung für den Therapieverlauf von grossem Vorteil.

Fallvignette

Das vorliegende Fallbeispiel illustriert multiple pathophysiologische Mechanismen, die zu funktionellen Beschwerden führen könnten. Damit sich dieser Patient auf ein multimodales Therapiekonzept einlassen konnte, musste er Gewissheit haben, dass die Behandelnden sein Leiden verstehen und nichts «verpassen» würden. Umgekehrt ist es auch für die Behandler notwendig, dass sich das Krankheitsverständnis einigermaßen deckt. Der Einstieg hierfür erfolgte über folgenden verständnisfördernden Schmerzedukations-Clip zu traumassozierten Schmerzen: www.hklearning.net/CLIP/Trauma.pdf. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass der Patient sich auf eine physiotherapeutisch aktivierende, behaviourale, medikamentöse wie auch stützende psychologische Therapie einlassen konnte. Gemeinsames Ziel war die Rückkehr an den Arbeitsplatz – allerdings in Zukunft mit nur noch reduzierter Nachtschichtpflicht.

Literatur

- 1 Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(16): 279-87.
- 2 Egloff N, Cámara R, von Känel R, Klingler N, Marti E, Ferrari ML: Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *General Hospital Psychiatry* 2014; 36; 284-290.
- 3 Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 36: 339-356.
- 4 Jennings EM, Okine BN, Roche M, Finn DP. Stress-induced hyperalgesia. *Prog Neurobiol* 2014;121:1-18.
- 5 <https://www.sappm.ch/ueber-uns/begutachtung>
- 6 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>

Korrespondenz:
PD Dr. med. Niklaus Egloff
Leiter Psychosomatische
Medizin, Universitätsklinik
für Neurologie, Inselspital
Freiburgstrasse
CH-3010 Bern
[niklaus.egloff\[at\]insel.ch](mailto:niklaus.egloff[at]insel.ch)