

Stellenwert und Herangehensweise im klinischen Alltag

Funktionelle Körperbeschwerden in Praxis und Spital

Dr. med. Verena Merki^a, Benjamin Hurni^{a,b}, PD Dr. med. Niklaus Egloff^b

^a Medizinische Klinik, Spital Emmental, Langnau und Burgdorf; ^b Medizinische Fakultät, Universität Bern, Bern

Neben den organbedingten Erkrankungen stellt die Gruppe der funktionell bedingten Körpersymptomstörungen die zweitgrösste Krankheitskategorie im medizinischen Alltag dar. Ziel dieses Artikels ist ein Orientierungsrahmen, um die Vielfalt dieser Beschwerden klarer einordnen und den Umgang mit ihnen verbessern zu können.

Einleitung

20–50% der von Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung geschilderten Körpersymptome sind funktioneller Natur, das heisst nicht mit einem biomorphologischen Befund auf Organebene korrelierbar [1]. In Zentrumsspitalern akkumulieren sich oftmals Fälle mit Kombinationssymptomen, die sich dadurch charakterisieren, dass zwar eine somatische Komponente vorhanden ist, diese aber das Gesamtbeschwerdebild nicht vollständig plausibilisiert. Erst die Integration der additiven funktionellen Komponente schafft ein schlüssiges Bild.

Ziel dieser Zusammenstellung ist es, einen Orientierungsrahmen zu schaffen, um die Vielfalt funktionell bedingter Körperbeschwerden besser einordnen und angehen zu können.

Definition

In ihrer Negativ-Definition charakterisieren sich funktionelle Beschwerden als Körpersymptome, die sich nicht (oder nicht vollumfänglich) mit einer läSIONalen Veränderung auf Organebene plausibilisieren lassen. Die Positiv-Definition erklärt die Entstehung funktioneller Körperbeschwerden als Resultat perzeptiver, regulativer oder neuroprädiktiver Prozesse des empfindenden Gesamtorganismus [2, 3]. Man beachte, dass diese Positiv-Definition entschieden das alte kartesiansche Schwarz-Weiss-Denken hinter sich lässt, das Körpersymptome, die sich nicht auf Organebene erklären lassen, ohne weitere Differenzierung als «psycho-gen» taxierte.

Leichtgradige funktionelle Beschwerden sind zum Beispiel vegetativ bedingte Körpersymptome wie etwa die

situativ bedingte Hypertonie, stressassoziierte Verdauungsstörungen sowie die meisten Fälle von Insomnie. Komplexere Formen funktioneller Körperbeschwerden zeigen sich oftmals im Rahmen von chronischen Schmerzerkrankungen oder bei neurofunktionellen Ausfallsstörungen.

Die grosse Häufigkeit funktioneller Körpersymptomen verdeutlicht, dass diese Beschwerden genauso wie organbedingte Körpersymptome zum üblichen Beschwerdespektrums der menschlichen Natur gehören.

Funktionelle Beschwerden sind in der medizinischen Fachwelt bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts präzise beschrieben worden [4]. Dennoch scheint sich noch nicht ein routinemässiger Umgang damit etabliert zu haben. Gute Basiskenntnisse im Umgang mit funktionellen Störungen sind angesichts derer Häufigkeit für Praxis und Spital unabdingbar, sie tragen wesentlich zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit bei. Neuerdings widmen sich zunehmend auch Websites dem besseren Verständnis von funktionellen Störungen (z.B. www.neurosymptoms.org).

Die diagnostische Herausforderung

Es ist eine bekannte alltagsklinische Herausforderung, dass sich organbedingte Körperbeschwerden oftmals klinisch-phänomenologisch nur wenig von funktionell bedingten Körperbeschwerden unterscheiden: So unterscheiden sich beispielsweise die Symptome einer funktionellen Dyspepsie kaum von den Symptomen einer chemisch-toxischen Gastritis. Und ein neurofunktionell bedingtes Anfallsleiden zeigt für die Nichtfachperson eine hohe Ähnlichkeit mit einer hirnorganisch bedingten Epilepsie. Das heisst phänomenologisch



Verena Merki



Abbildung 1: Typische Körpersymptome funktioneller Genese (aus: Egloff N. Grundformen Psychosomatischer Störungen. Schlusskurs 1, Medizinische Fakultät, Universität Bern. Wintersemester 2018/2019. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von N. Egloff.). Man beachte, dass sich funktionell bedingte Körperbeschwerden oftmals klinisch-phänomenologisch nur wenig von organbedingten Körperbeschwerden unterscheiden. Oftmals können sich funktionelle Körpersymptome auch *gleichzeitig* oder *im Nachzug* zu einer primär organisch angestossenen Symptomatik entwickeln. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

überschneidet sich das Spektrum funktionell bedingter Körperbeschwerden stark mit dem Spektrum organisch bedingter Körperbeschwerden (Abb. 1). Das Schwerpunktfach der Psychosomatischen Medizin definiert heute zahlreiche «Positivkriterien», die ein funktionelles Beschwerdebild kennzeichnen und liefert

damit für den differentialdiagnostischen Diskurs in Spital, Praxis und Begutachtung einen wichtigen Beitrag [2, 3].

Ein entscheidender Punkt: das Wording

Eine rein auf Ausschluss organbedingter Ursachen ausgerichtete Diagnostik führt bei Vorliegen einer funktionellen Störung oftmals in eine Sackgasse. Sie bringt Arzt und Patient gleichermaßen in eine Art Beweisnot. Fehlt es auf beiden Seiten am Basisverständnis für die Charakteristik funktioneller Beschwerden, besteht ärztlicherseits die Gefahr für oftmals nicht zielführende Weiterabklärungen und vonseiten der Patientinnen und Patienten zum Arztwechsel und Doktor-Shopping. Die heutige Fachmeinung empfiehlt daher von Anfang an, «doppelspurig» vorzugehen, das heisst bei jeder körperlichen Symptomatik sowohl die organbedingte wie auch die funktionell bedingte Pathoätiologie im Auge zu behalten. Zur Illustration: Diarrhoe kann im Rahmen einer inflammatorisch-infektiösen Kolonerkrankung entstehen. Oder Diarrhoe kann sich genauso gut funktionell bedingt im Rahmen einer vegetativ-stress-endokrin veränderten Kolonsteuerung entwickeln. Ein entscheidender Punkt liegt oftmals im richtigen «Wording» hinsichtlich dieses doppelspurigen Vorgehens. Für eine konkrete Handlungsanleitung sei diesbezüglich auf die deutschen S3-Leitlinien für den Umgang mit Funktionellen Störungen hingewiesen [2]. Bei entsprechendem Verdacht können Formulierung-

Tabelle 1: Basisinformationen für Patienten mit funktionellen Beschwerden (aus: Egloff N. Grundformen Psychosomatischer Störungen. Schlusskurs 1, Medizinische Fakultät, Universität Bern. Wintersemester 2018/2019. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von N. Egloff.). Folgende Basisinformationen helfen Patienten mit funktionellen Beschwerden beim verbesserten Coping ihrer Beschwerden. Nicht zuletzt wegen der breiten Thematisierung von Stresserkrankungen durch die Medien ist die gesellschaftliche Entwicklung heute so weit vorangeschritten, dass ein biopsychosoziales Basisverständnis von gesundheitlichen Zusammenhängen in der Bevölkerung zunehmend vorhanden ist. Die sorgfältige somatische Abklärung (Stufe 1 und 2) bleibt dabei als Bestandteil integriert. Angesichts der Häufigkeit funktioneller Beschwerden anbietet sich das gemeinsame Vertiefen eines individualisierten biopsychosozialen Krankheitsmodells (z.B. am Beispiel von Stress-Symptomen). Das veraltete, dualistische Symptomverständnis («entweder somatogen oder psychogen») wird damit durch eine nuanciertere Haltung ersetzt, die sowohl organische als auch funktionelle Körpersymptome gleichermaßen als physiologisch real anerkennt und beide Körpersymptomursachen ohne Zwang auch in Bezug zu unterschiedlichen psychischen Vorgängen und sozialen Bedingungen stellen kann. Inwiefern es dabei gelingt, in diesem Kontext eine solide therapeutische Allianz aufzubauen, ist prognostisch entscheidend.

Häufigkeit	Körpersymptome ohne nachweisbare Organschädigung sind sehr häufig. Jeder Mensch hat hin und wieder solche Symptome. In der medizinische Grundversorgung berichtet etwa jeder 4. Patient davon.
Lokalisation	Die Beschwerden können grundsätzlich jedes Organsystem betreffen. Sehr häufig sind das Herz- und Kreislaufsystem und das Verdauungssystem betroffen. Aber auch sehr viele chronische Schmerzerkrankungen haben funktionelle Anteile.
Entstehung	Viele funktionelle Symptome lassen sich aufgrund körperlicher (vorab vegetativer) <i>Steuerungsvorgänge</i> und/oder durch eine <i>verstärkte Reizübertragung</i> im Nervensystem (z.B. bei Reizdarm, Reizmagen, Reizblase und Fibromyalgie-Syndrom) verstehen. Das heisst, die Beschwerden sind absolut real. Einzelne funktionelle Syndrome kommen familiär gehäuft vor, was auf eine genetische Disposition hinweist.
Ursachen	Vielfach stehen die Symptome in Zusammenhang mit den Auswirkungen von <i>früheren gesundheitlichen Vorereignissen</i> (durch deren Symptom-Abspeicherung und Chronifizierung) oder sie entstehen im Zusammenhang mit Überbeanspruchung (durch Stress-Sensibilisierung des Körpers).
Therapie	Stress- und Schmerzsymptome wirken sich immer auf den ganzen Menschen aus. Ein Therapieweg, der ganzheitlich vorgeht, d.h. körperliche wie auch psychische Aspekte berücksichtigt, hilft am besten. Viele Patienten profitieren z.B. von einer Kombination aus Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren und verbessertem Stressmanagement.
Verlauf	Viele funktionelle Körpersymptome haben «On- und off»-Charakter, d.h. sie kommen und gehen je nach situativen Umständen. Da die Beschwerden nicht als «Hardware» sondern als «Software»-Probleme charakterisiert werden können, entstehen keine Organschädigungen. Das heisst, funktionelle Beschwerden sind medizinisch gesehen «gutartig».

gen, wie zum Beispiel «dass grundsätzlich stets auch an ein körperliches Stress-Symptom gedacht werden muss», differentialdiagnostisch die Tür für eine funktionelle Ursache offenhalten. Die eigene Fachkompetenz im Erkennen einer funktionell bedingten Pathologie und das Benennen dieser Pathologie als «eine häufige und gut bekannte Variante» ist der erste Schritt zum Reframing und zur Entstigmatisierung der Betroffenen. In Tabelle 1 finden Sie die wichtigsten Informationen, die Patientinnen und Patienten mit funktionellen Symptomen wissen müssen.

Entstigmatisierung durch Wissen

Das medizinische Wissen hinsichtlich funktioneller Beschwerden hat sich in den letzten Jahrzehnten lau-

fend weiter differenziert. Die ursprünglichen psychodynamischen Modelle wurde schon in den 1980er Jahren zu Gunsten des *biopsychosozialen Modells* erweitert. Die technischen und molekularbiologischen Fortschritte der letzten zwei Jahrzehnte erbrachten zudem viel neue Erkenntnisse bezüglich der Physiologie funktioneller Störungen und füllen mittlerweile die Lehrbücher [5].

Um es unmissverständlich zu formulieren: Funktionelle Symptome haben eine physiologische Basis und sind nicht eingebildet. Auch liegt keine willentliche Symptomvortäuschung (Simulation) vor. Auch ist eine psychiatrische Komorbidität nicht eine unabdingbare Bedingung für die Entstehung einer funktionellen Störung. In anderen Worten: Jeder höhere Organismus kann betroffen sein.

Pathophysiologie

Wie erwähnt, entbehren funktionelle Körpersymptome *per definitionem* einer strukturpathologischen Ursache auf der Ebene *des Organes*. Funktionelle Körpersymptome entstehen auf dem *übergeordneten* Niveau einer *veränderten Organsteuerung* oder einer *veränderten Organperzeption*. Organsteuerung und Organperzeption sind letztlich beides dynamische Funktionen des Nervensystems. Die Organsteuerung manifestiert sich im Organismus vor allem mittels des autonomen und neuroendokrinen Systems. Die Organperzeption basiert unter anderem auf propriozeptiven, nozizeptiven, interozeptiven und sensorischen Bahnen (Abb. 2).

Darüber hinaus versteht sich das Gehirn als eigenständig arbeitendes, «Hypothesen generierendes Organ» (engl. «predictive brain»), das fortlaufend zwischen Erwartung und realem Sinnesreiz abgleicht und das auch selbst perzeptive Prozesse bilden und dahingehend Symptome auslösen und verstärken kann [6]. Wird die innere Homöostase des Subjekts zu stark irritiert, reagiert der Organismus durch stressadaptive Prozesse. Dieses Reagieren gegenüber äusseren und inneren Einwirkungen geht im Organismus mit organübergreifenden *neuroendokrinen*, *neuroimmunologischen*, *neuroviszeralen*, *neurometabolischen*, *neuroperzeptorischen* und *verhaltensmässigen* Prozessen einher [7].

Äussere und innere Einflüsse auf die Erlebenswelt des Subjekts sowie seine medizinischen Vorerfahrungen prägen die Funktionalität der Organsteuerung und Organperzeption ebenso wie konstitutionelle, erbliche und erlernte Faktoren.

Viele dieser funktionellen, adaptiven Symptome lassen sich in der Forschung zunehmend auch auf stressphy-

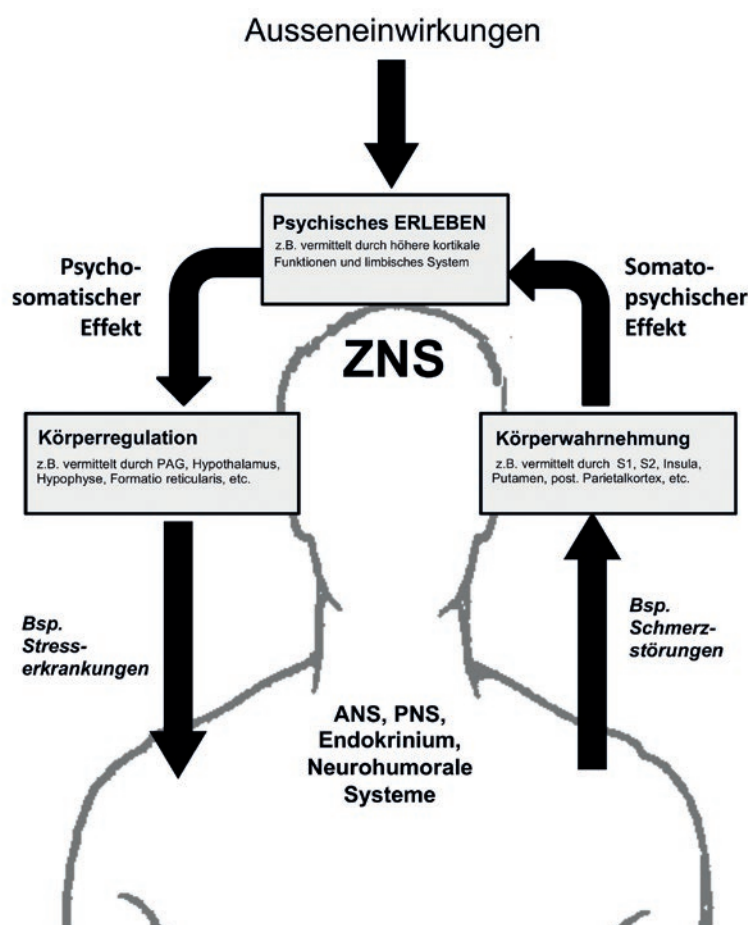


Abbildung 2: Pathophysiologie (aus: Egloff N. Grundformen Psychosomatischer Störungen. Schlusskurs 1, Medizinische Fakultät, Universität Bern. Wintersemester 2018/2019. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von N. Egloff.).

Funktionelle Störungen entziehen sich definitionsgemäss einer biomorphologischen Befundssicherung auf Organebene, denn sie entstehen im Rahmen übergeordneter Wahrnehmungs- und Steuerungsprozesse. Jeder vegetativ regulierte höhere Organismus zeigt unter Belastung funktionelle Symptome. Die begleitenden neuroendokrinen, neuroimmunologischen, neurometabolischen und neuroperzeptorischen Vorgänge lassen sich zunehmend operationalisieren.

ANS: autonomes Nervensystem; PAG: periaquäduktale Graue Substanz; PNS: peripheres Nervensystem; S1: primärer somatosensorischer Kortex; S2: sekundärer somatosensorischer Kortex.

siologischer, epigenetischer, neuroplastischer wie auch auf verhaltenspsychologischer Ebene operationalisieren [5].

Hat die Entwicklungspsychologie der letzten Dekaden vorab die defizitären Folgen negativer Lebensumstände herausgearbeitet, weisen neuere Ansätze der Resilienzforschung zusätzlich auf die enormen adaptiven Leistungen hin, die bei schwierigen biographischen Lebensumständen dem Individuum abgefordert werden und seine Entwicklungspotentiale herausfordern, aber auch überfordern können («hidden talents in harsh environments») [8].

Modulations- und Interventionsstufen

Das in Tabelle 2 vorgestellte Orientierungsschema zeigt die wichtigsten Modulationsstufen, die die Phänomenologie eines komplexen Körpersymptoms bestimmen können.

Das Schema integriert organbedingte und funktionelle Symptomeinflüsse, da beide regelhaft auch in Kombination vorliegen (siehe Fallvignette). Die Stufen 1 und 2 der Organgesundheit ist jener Bereich, auf den sich die Medizin konventionell prioritär ausrichtet. Hier verfügen wir auch über zahlreiche Objektivierungsmethoden. Die Diagnostik ab Stufe 3 beinhaltet deutlich weniger apparative Möglichkeiten. Oft geschieht hier die Diagnosebestätigung in einer *indirekten* Beweisführung, indem nach *typischen Begleitsymptomen* und nach *typischen Begleitumständen* exploriert wird. Im Schweizerischen Leitfaden zur Begutachtung funktionell-somatoformer Störungen sind entsprechende *Indikatorenlisten* zusammengestellt worden [3].

Die oberen Bereiche des Schemas explorieren Symptommodulationsfaktoren im Bezug zur Gesamtpersönlichkeit. Diese anamnestiche Exploration erschliesst auch das Krankheitsmodell der Patientin / des Patienten, an das später gegebenenfalls die Patienten-

Tabelle 2: Stufenschema zur Operationalisierung funktioneller Körpersymptome (aus: Egloff N. Grundformen Psychosomatischer Störungen. Schlusskurs 1, Medizinische Fakultät, Universität Bern. Wintersemester 2018/2019. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von N. Egloff.).

Die Zusammenhänge und Interaktionen der hier dargestellten Stufen sind Hauptgegenstand der psychosomatischen Forschung. Funktionelle Körpersymptome lassen sich phänomenologisch mehrheitlich der Stufe 4 und 5 zuordnen. Nicht selten liegen sie in Kombination mit Symptomen der Stufe 1–3 vor. Jedes Körpersymptom (jedwelter Ursache) kann durch Stufe 6–10 massgeblich zentralnervös moduliert werden.

Stufe	Symptommodulation durch ...	Kommentar
11	Kontextfaktoren	Situative Umgebungseinflüsse (Arbeit, Wohnen, Freizeit, Familie, Gesellschaft), die zu Belastungen, Fehlverhalten und Symptomen (Stufen 1–11) führen (z.B. Schichtarbeit, Lärmimmissionen, Bewegungsmangel, fehlende Rückzugsmöglichkeit, Arbeitsüberbelastung, soziale Entwurzelung, Gewaltbereite Umgebung).
10	Intrapsychische Stressoren	Psychogene Stresseinwirkungen als Symptomverstärker (z.B. Mangel an Zukunftsperspektiven, Sicherheit, Sinnhaftigkeit, Anerkennung, Zugehörigkeit, Bindung, Spannungsausgleich, Genussfähigkeit).
9	Kommunikative Aspekte	Atypische Symptomdarlegung aufgrund anderer Gesundheitskonzepte, Anderssprachigkeit, mangels verbaler Ausdrucksfähigkeit (Kinder, Menschen mit Behinderungen, Demenz) oder aufgrund interaktioneller Erschwernisse (z.B. bei Autismus, Persönlichkeitsstörungen, Bindungsstörungen).
8	Kognitive Wertung	Symptomerleben leidenschaftlich verstärkt durch dysfunktionale Kognitionen, Katastrophisieren, Fehlinterpretation, «Internetrecherchen». (Andererseits persönlicher Gewinn, wenn funktionelles Symptom z.B. als Stresshinweis verstanden und als Veränderungsanlass akzeptiert wird.)
7	Affektive Konnotation	Angst, Schamgefühle, Schuldgefühle, Depressivität und Verzweiflung wirken als affektive Symptomverstärker und tragen gegebenenfalls zur Symptomaufrechterhaltung bei (z.B. bei somatoformen Schmerzsyndromen). Pathophysiologisch spielen bei der Entstehung und Unterhaltung funktioneller Symptome aber auch emotionale Defizitzustände wie Alexthymie oder affektive Agnosie eine Rolle.
6	Memorisation	Mnestische Fixation und Wiedererleben von Körpersymptomen (wie auch der dazugehörigen situativen Umstände) stellt ein physiologischer Prägungsprozess dar, welcher insbesondere (aber nicht nur) bei Traumafolgestörungen eine Rolle spielt und epigenetische Veränderungen auslöst.
5	Perzeptive Verstärkung	Die quantitative Ausprägung funktioneller Symptome lässt sich häufig durch somatosensorische Reizverstärkung erklären, z.B. einhergehend mit Hyperalgesie, Allodynie, Phonophobie, Photophobie, nicht-allergische und nicht-enzymatisch bedingten Unverträglichkeiten, niederschwelliger Fatigue, etc. Eine algometrische Austestung ist bei Schmerzsyndromen mit Verdacht auf Hyperalgesie zwingend. Cave: Hyposensorische Reaktionen im Rahmen von Dissoziationen.
4	Vegetative Symptome	Z.B. situativ bedingte Verdauungsstörungen, Schlafstörungen, Leistungsintoleranz. Klinische Hinweise für vegetative Dysregulation: kalte Akren, erhöhter Muskeltonus, Kaltschweissigkeit, roter Dermographismus, reduzierte Herzratenvariabilität, veränderter Hautleitwiderstand, etc.
3	Muskuläre Reaktionen	Z.B. Muskelhartspann, Myogelosen, myofaszialen Ausbreitungen, «Kettentendinosen». Diese myogenen Veränderungen können reaktiv verbunden mit Stufe 1 und 2 sein oder auch losgelöst in Bezug zu Stufen 4–12 auftreten.
2	Inflammation	Immunologisch-inflammatorische Prozesse additiv zu Stufe 1. Inflammation wirkt oft generell symptomverstärkend («bottom-up»). Zunehmend werden neuroinflammatorische Symptomverstärkungs-Effekte in Bezug zu Stufe 5 (ev. auch 6–8) beschrieben (u.a. mittels Interleukine). Cave: Psychoneuroimmunologische und psychoneuroendokrine «top-down»-Interferenzen von Stufe 4–11 bei Allergien und Autoimmunerkrankungen.
1	Organische Läsion	Symptomentstehung («bottom-up») im Rahmen von Organschädigung. Nachweis z.B. serologisch, zytologisch, histologisch, bildgebeisch oder anatomisch-klinisch.

Fallvignette 1

Eine 21-jährige Patientin mit bekanntem Asthma bronchiale kommt mit rezidivierenden Atemnotattacken auf den Notfall. Sie steht unter einer Symbicort®-Therapie. Vor wenigen Jahren erlebte die Patientin eine allergische Reaktion Grad 2 nach Verzehr eines unverträglichen Nahrungsmittels (Stufe 1 und 2). Diese Atemnot ging bei ihr damals mit Todesängsten vor dem Ersticken einher (Stufe 7). Die damals als Lebensbedrohung empfunden Atemnot wurde memorisiert (Stufe 6) und hinterliess eine Hypervigilanz hinsichtlich des Wiederauftretens beginnender Atembeschwerden. So wurden spätere, milde Atemobstruktionssymptome sowie auch harmlose Tachypnoe im Rahmen körperlicher Anstrengungen als potentiell lebensbedrohliches Störungsbild interpretiert (Stufe 8), was jeweils eine sympathikotone Reaktion mit panikattackenartiger Dynamik auslöste, klinisch gekennzeichnet durch Tachypnoe, Hyperventilation, Tachykardie, Kaltschweissigkeit (Stufe 4) und Derealisationsgefühlen (Stufe 7). Auf dem Notfall zeigen sich jeweils keine Zeichen einer relevanten pulmonalen Obstruktion (Stufe 1) und eine probatorisch vorgenommene Feuchtinhalationen erbringt auch keine Besserung. Indessen führt eine Instruktion hinsichtlich Peakflow-Überwachung zu einem ersten Symptomkontrollzuwachs. Eine additive verhaltenstherapeutische Instruktion mit Fokus auf Interventionstechniken bei Panikattacken (Stufe 8) führt schliesslich zum angestrebten therapeutischen Durchbruch. Insbesondere das Üben einer verbesserten vegetativen Eigenkontrolle (Stufe 4) mittels einer Biofeedback-App führt zum nachhaltigen Sicherheitszuwachs und dem Sistieren der Atemnotattacken.

edukation und die Plausibilisierung der Therapie angeknüpft werden sollen. Die sorgfältige *klinische Untersuchung* sowie die kompetente *anamnestische Exploration* begünstigen gleichermassen die Entstehung eines soliden Arbeitsbündnisses. Dieser Aspekt ist insofern wichtig, da Patientinnen und Patienten mit funktionellen Symptomen (solange man sich ihnen einzig auf der Stufe 1 und 2 angenähert hat) im Vorfeld oftmals viel Irritation erfahren haben.

Individualisierter Therapieplan

Bei komplexen Symptomkonstellationen sollte das Profil der Patientin respektive des Patienten systematisch auf allen aufgeführten Stufen exploriert werden. Je nach Profilergebnis formulieren sich daraus die entsprechenden stufenbezogenen therapeutischen Inter-

ventionen. Die dabei erhobenen Befunde dienen der Zusammenstellung eines individualisierten Therapieplans. Meistens bestehen simultan auf verschiedenen Ebenen Ansatzpunkte, die nacheinander oder idealerweise miteinander (multimodal) angegangen werden können. Auch hierfür gibt es systematisierte Handlungsanleitungen [9]. Die Priorisierung der Interventionen geschieht unter anderem hinsichtlich der Grösse des zu erwartenden Entlastungseffekts und dem derzeitigen Ressourcenprofil der Patientin oder des Patienten. Das Interventionsspektrum enthält eine Vielfalt an spezifischen physiotherapeutischen, psychotherapeutischen wie auch pharmakologischen Angeboten [9]. Ein wichtiger therapeutischer Faktor neben *Information* (Patientenedukation) besteht in der *Zuverlässigkeit der Begleitung* der Betroffenen. All diese Elemente helfen dem vielfach im Vorfeld erfahrenen «Kontrollverlust» entgegenzuwirken.

Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. Dtsch Arztebl Int. 2015;112:279–87.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). S3 Leitlinie «Funktionelle Körperbeschwerden». <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>.
- Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM). Leitlinien Psychosomatische Medizin – Begutachtung somatoform-funktioneller Schmerzstörungen (ICD-10), respektive chronischer Primärschmerzen (ICD-11 draft) sowie analoger funktioneller Körpersymptomstörungen. <https://www.sappm.ch/ueber-uns/begutachtung>.
- Dubois P. Les psychonévroses et leur traitement moral: Leçons faites à l'université de Berne. Paris: Masson; 1904. Deutsche Übersetzung: Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung: Vorlesungen gehalten an der Universität Bern. Bern: Francke; 1905.
- Egle UT, Heim C, Strauss B, von Känel R. Psychosomatik-neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert. Stuttgart: Kohlhammer; 2020.
- Henningsen P, Gündel H, Kop WJ, Löwe B, Martin A, Rief W, Rosmalen JGM, Schröder A, van der Feltz-Cornelis C, van den Bergh O. Persistent Physical Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Clinical Implications. Psychosom Med. 2018;80(5):422–31.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. Nat Rev Endocrinol 2009;5(7):374–81.
- Ellis BJ, Abrams LS, Masten AS, Sternberg RJ, Tottenham N, Frankenhuys WE. Hidden talents in harsh environments. Dev Psychopathol 2020; 16:1–19.
- Grolimund J, Grolimund S, grosse Holtforth M, Egloff N. Wegleitung zur Planung einer personalisierten, interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie. Der Schmerz 2019;33(6):514–22.

Korrespondenz:

Dr. med. Verena Merki
Medizinische Klinik
Spital Emmental Langnau
CH-3550 Langnau
[verena.merki\[at\]](mailto:verena.merki[at]spital-emental.ch)
spital-emental.ch

Das Wichtigste für die Praxis

- Funktionelle Störungen sind heute physiologisch verstehbare Körpersymptomleiden.
- Das vorgestellte integrative, psychosomatische Stufenmodell dient als diagnostisches und therapeutisches Instrument zur verbesserten therapeutischen Operationalisierung dieser Beschwerden.
- Wichtig ist, dass sich die Medizin stets auf allen Stufen des Orientierungsschemas Rechenschaft gibt und das frühere dichotome Krankheitsverständnis (somatogen versus psychogen) zugunsten eines deutlich differenzierteren Symptomverständnisses revidiert.