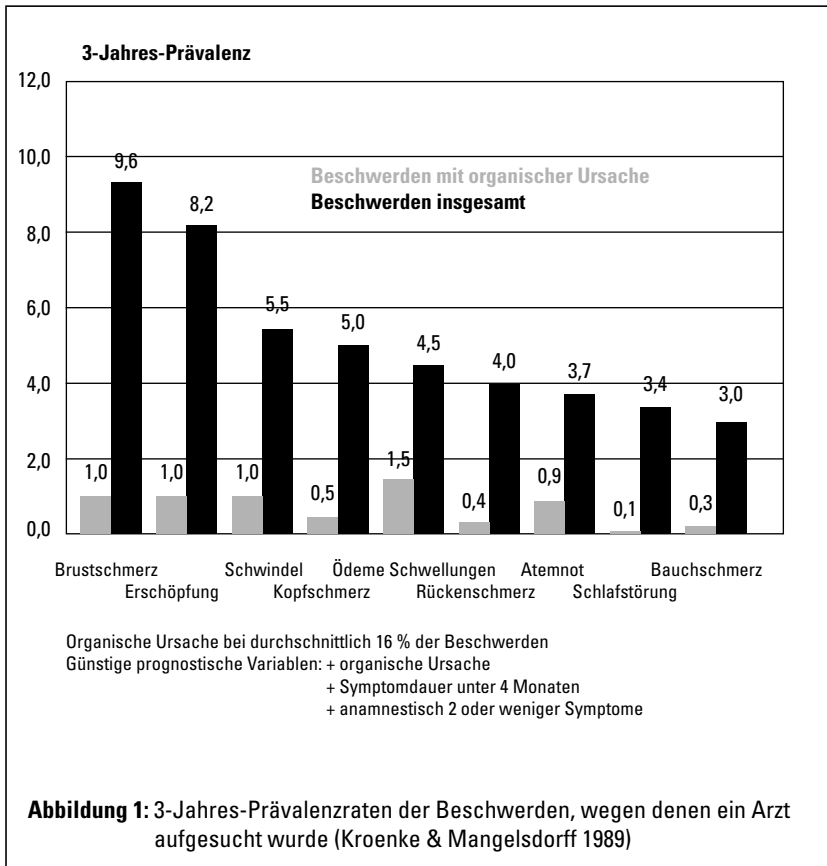


Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden

Körperliche Beschwerden gehören zum Leben dazu. Bereits in einer Studie aus den 60er Jahren berichteten fast die Hälfte der Befragten über Kopfschmerzen, an denen sie während des Zeitpunktes der Befragung litten und über ein Drittel gab Erschöpfungssymptome an (Hammond 1964). Meistens werden diese Beschwerden als leicht und nicht krankheitswertig wahrgenommen. Bereits seltener jedoch werden Symptome als Krankheit interpretiert und in noch weniger Fällen wird wegen bestimmter Beschwerden ein Arzt aufgesucht. Dort lassen sich dann nur bei einem geringen Anteil der Patienten organische Ursachen für die Beschwerden finden. Kroenke & Mangelsdorff (1989) konnten beispielsweise organische Ursachen nur bei 16% der Beschwerden, weswegen ein Arzt aufgesucht wurde, nachweisen. In nachfolgender Abbildung sind dazu eindrucksvoll das Verhältnis von Beschwerden mit und ohne organische Ursachen abgebildet.



Was sind nun die Ursachen für diese Diskrepanzen zwischen Befinden und Befund? Die *Medizin* hat sich bisher vor allem um eine Definition von (körperlicher) »Krankheit« bemüht. Als ein wesentliches Merkmal von Krankheit wird hier die *Abweichung* von einer biologischen Norm (physiologisches Gleichgewicht, biologischen Regelgröße, Organstruktur bzw. –funktion). Diese biologische Normen beruhen auf statistischen Häufigkeitsanalysen von biologischen Parametern (z.B. Körpergewicht, Blutdruck) in einer Referenzpopulation (z.B. den männlichen Deutschen zwischen 18 und 30 Jahren). Allerdings ist die Entscheidung, ob jemand als »gesund« oder »krank« einzustufen ist, allein auf der Basis biologischer Normen oftmals schwer zu treffen, da diese innerhalb der Bevölkerung nicht selten eine große Schwankungsbreite aufweisen und zudem oft nicht eindeutig klar ist, welche konkreten gesundheitlichen Auswirkungen bei welchen Normabweichungen zu erwarten sind.

Nicht nur deshalb sollten neben biologischen Normen immer auch *verhaltenbezogene* und *soziale Normen* berücksichtigt werden. Dies gilt um so mehr, je geringer oder unklarer der Anteil biologisch-somatischer Prozesse an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden und Probleme ist. Insbesondere gilt dies für den Bereich der psychischen Erkrankungen. *Verhaltensbezogene Normen* gehen davon aus, dass sich ein normales, »übliches« Verhalten von Menschen beschreiben lässt. *Soziale Normen* sind per Übereinkunft (informell) oder Verordnung (formell) festgelegte Regeln für ein allgemein akzeptiertes und von der Gemeinschaft erwartetes zwischenmenschliches Verhalten.

Die *Diagnose einer Krankheit* steht in der Regel am Ende eines Entscheidungsprozesses, bei dem der Arzt zu der Auffassung gelangt ist, dass die vom Patienten geschilderten Beschwerden und die darüber hinaus erhobenen Befunde signifikante Abweichungen von biologischen, verhaltensmäßigen und/oder sozialen Normen darstellen und sich einer der Medizin bekannten Krankheit zuordnen lassen. Liegen keine relevanten Normabweichungen vor (ohne Befund, o.B.), wird der Patient hingegen als *gesund* betrachtet. Die formale Entscheidung darüber, ob jemand als »gesund« oder aber als »krank« einzustufen ist und damit einer medizinischen Behandlung bedarf, liegt somit in der Hand des Arztes.

Gesundheit und Krankheit haben jedoch immer auch eine *subjektive (psychische)* Dimension, die im Erleben des Betroffenen zum Ausdruck kommt und mit den Begriffen »*Gesundsein*« und »*Kranksein*« beschrieben werden kann. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers und das subjektive Wohlbefinden sind dabei wesentliche Bedingungen dafür, ob sich jemand als gesund oder krank *erlebt*. Dabei kann das, was als »normales« Befinden zu betrachten ist, interindividuell stark variieren. Allgemein verbindliche Normen für die *subjektive Gesundheit* sind deshalb kaum festzulegen. Problematisch ist zudem, dass der subjektiv erlebte Gesundheitszustand von der Diagnose des Arztes und dessen objektiven Befunden mehr oder weniger deutlich abweichen kann.

Trotz aller Bemühungen, die Zuverlässigkeit medizinischer Diagnosen zu verbessern und die medizinische Befunderhebung zu vereinheitlichen, finden sich in der klinischen Praxis häufiger Patienten, bei denen eine eindeutige Diagnosestellung und eine Entscheidung zwischen »gesund« und »krank« nur sehr schwer gelingt. Zumeist handelt es sich hier um Patienten, bei denen zwischen objektivem *medizinischem Befund* und *subjektivem Befinden* eine mehr oder weniger große *Diskrepanz* besteht. Trotz Ausschöpfung aller verfügbaren diagnostischen Möglichkeiten lässt sich hier kein organischer Befund nachweisen, der die subjektiven Beschwerden und Befindensbeeinträchtigungen hinreichend erklären könnte. Auf der anderen Seite existieren natürlich auch viele Patienten, bei denen ein organischer Befund vorliegt, auf den die subjektiv geschilderten Beschwerden zurückzuführen sind. Das Spektrum möglicher Zusammenhänge zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund kann somit von einer hohen *Übereinstimmung* (Konvergenz) bis hin zu einer deutlichen *Diskrepanz* reichen. Dabei sind prinzipiell vier unterschiedliche Kombinationsformen denkbar:

Subjektive körperliche Beschwerden	Objektiver körperlicher Befund	
	vorhanden	nicht vorhanden
vorhanden	»normale Kranke«	»gesunde Kranke«
nicht vorhanden	»kranke Gesunde«	»normale Gesunde«

Abbildung 2: Typologie von Personen basierend auf dem Verhältnis von objektivem Befund und subjektiven Beschwerden

Personen mit körperlichen Befund und mit subjektiven Beschwerden sind im medizinischen Sinne als »normale Kranke« zu bezeichnen, da sich bei ihnen ein körperlicher Befund nachweisen lässt, der mit subjektiven Beschwerden und Symptomen einhergeht. Soweit sich die betroffenen Personen in ärztlicher Behandlung befinden, nehmen sie hier die soziale Rolle des »Patienten« ein.

Personen ohne körperlichen Befund und ohne subjektive Beschwerden können im medizinischen Sinne als »normale Gesunde« bezeichnet. Es handelt sich hier um Menschen, die keine subjektiven Beschwerden äußern und bei denen auch kein somatischer Befund nachweisbar ist. Sie befinden sich nicht in der Rolle eines »Patienten« und sind deshalb in der Regel auch nicht in Arztpraxen und Krankenhäusern anzutreffen. Die Definition der Gruppe der »normalen Gesunden« erweist sich jedoch als nicht unproblematisch. Entsprechend der Modellvorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums kann

»Gesundheit« einen nur vorübergehenden Zustand darstellen. Jemand, der heute als »gesund« gilt, kann bereits morgen über subjektive Beschwerden klagen, oder es können bei ihm anlässlich einer Routineuntersuchung körperliche Befunde festgestellt werden.

Die beiden eben beschriebenen Gruppen lassen sich dadurch charakterisieren, dass zwischen dem Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein von subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden eine hohe *Übereinstimmung* besteht. Die »normalen Kranken« und die »normalen Gesunden« entsprechen somit weitgehend dem Grundverständnis eines *organmedizinischen Krankheitsmodells*, nach dem körperliche Symptome und Beschwerden auf organische Läsionen zurückzuführen sind. Die beiden Personengruppen, auf nachfolgend näher eingegangen werden soll, sind durch eine mehr oder weniger ausgeprägte *Diskrepanz* zwischen objektivem körperlichen Befund und subjektiven körperlichen Beschwerden gekennzeichnet.

Personen mit körperlichem Befund aber ohne subjektive Beschwerden sind unter einer psychologischen Perspektive als »Gesunde« zu klassifizieren, da sie keine relevanten Beeinträchtigungen ihres subjektiven Wohlbefindens aufweisen. Aufgrund der fehlenden subjektiven Beschwerden schätzen sie sich zumeist auch selbst als gesund ein und werden nicht selten auch von ihrer sozialen Umwelt so beurteilt. Im medizinischen Sinne handelt es sich hier jedoch um kranke Personen, da objektiv körperliche Störungen oder Erkrankungen vorliegen. Häufig wird der somatische Befund erstmalig bei einer Routineuntersuchung (z. B. bei einem Check-up oder eine Vorsorgeuntersuchung) offenbar. Zu den typischen körperlichen Befunden, die zunächst oft beschwerdefrei bleiben und dann mehr oder weniger zufällig entdeckt werden, zählen beispielsweise erhöhte Blutdruck- und Blutzuckerwerte, aber auch Tumorerkrankungen. Die spezifische Problematik der Gruppe der nur *scheinbar Gesunden* besteht darin, dass sie sich subjektiv nicht krank fühlen und deshalb zumeist auch keinen Grund sehen, einen Arzt aufzusuchen. Es besteht daher die Gefahr, dass Erkrankungen oder Störungen lange Zeit unentdeckt bleiben und erst zu einem Zeitpunkt diagnostiziert werden, zu dem eine effektive Behandlung oder Heilung nicht mehr möglich ist.

Personen ohne körperlichen Befund aber mit subjektiven Beschwerden berichten über einzelne oder mehrere körperliche Beschwerden und Symptome, für die sich jedoch trotz gründlicher medizinischer Untersuchungen keine eindeutigen organischen Ursachen finden lassen. Nichtsdestotrotz sind die betroffenen Personen vielfach der festen Überzeugung, dass ihren subjektiven Beschwerden allein durch eine körperliche Krankheit zu erklären sind, die bisher nur noch nicht entdeckt werden konnte. Damit verbunden sind häufige Arztbesuche (oftmals bei unterschiedlichen Ärzten: »*doctor shopping*«) und der zumeist sehr hartnäckig vorgebrachte Wunsch nach weiterer medizinischer Untersuchung und Behandlung. Das Fehlen eines objektiven organischen Befundes bei gleichzeitigem Vorhandensein subjektiver Beschwerden lässt diese Personen unter medizinischen Gesichtspunkten als »gesund« erscheinen. Aus einer psychologischen Perspektive handelt es sich jedoch eher um »Kranke«, die unter ernst zu nehmenden psychischen Be-

eintrüchtigungen leiden, welche in neuerer Zeit unter dem Begriff »*Somatoforme Störungen*« zusammen gefasst werden (somatoform = zunächst eine somatische Erkrankung suggerierend, die jedoch in Wirklichkeit nicht besteht).

Diese Personen mit somatoformen Störungen stellen in nahezu allen Bereichen der Medizin, wie eingangs bereits angedeutet, einen bedeutsamen Anteil der Patienten dar. Dazu sind in folgender Tabelle medizinische Fachgebiete und die dort am häufigsten auftretenden somatoformen Störungen dargestellt.

Tabelle 1: Medizinisch unklare Beschwerden bei Spezialisten

Generell	Funktionelle Störung, Psychovegetative Labilität, Nervöses Erschöpfungssyndrom
Kardiologie	Atypischer, nicht-kardialer Brustschmerz
Gastroenterologie	Reizdarmsyndrom, Chronisches Magen-Darmsyndrom
Rheumatologie	Fibromyalgie
Neurologie	Kopfschmerzen vom Spannungstyp
Zahnmedizin	Atypischer Gesichtsschmerz
Gynäkologie	Chronische Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhö, Prämenstruelles Syndrom
Allergologie	Multiple Chemical Sensitivity
HNO	Globussyndrom
Urologie	Chronische Prostatitis, Benigne Prostahyperplasie

Es wird davon ausgegangen, dass bei jedem fünften Patienten, der wegen körperlicher Beschwerden einen Arzt aufsucht, *keine* eindeutigen organischen Ursachen für seine Beschwerden gefunden werden können. In einer groß angelegten interkulturellen Vergleichsstudie berichteten sogar mehr als 30 % der Patienten, die die ärztliche Primärversorgung in Anspruch nahmen, über multiple somatoforme Störungen (Gureje et al. 1997). Aber auch in der Normalbevölkerung wurden in epidemiologischen Studien zur Auftretenshäufigkeit multipler körperlicher Beschwerden ohne eindeutige organische Ursache vergleichsweise hohe Prävalenzraten von bis zu 20 % gefunden. Im Rahmen des Bundesgesundheits-Surveys 1998 (N = 7.124) wurde für Somatoforme Störungen (nach ICD-10 und DSM-IV) eine 4-Wochen-Prävalenz von 7,5 % ermittelt (vgl. Wittchen et al. 1999). Auch bei Kindern und Jugendlichen treten Somatoforme Störungen bereits vergleichsweise häufig auf. So fand sich in einer Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (14-24 Jahre) eine Prävalenzrate von etwa 11% (Lieb et al. 1998). Auch Rief et al. konnten in einer

repräsentativen Befragung hohe Raten von somatoformn Symptomen in der Allgemeinbevölkerung aufzeigen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 2: Häufige somatoforme Symptome in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands (Rief 2001)

Symptom	Prozentualer Anteil in Allgemeinbevölkerung
Rückenschmerzen	30%
Gelenkschmerzen	25%
Kopfschmerz	19%
Blähungen	13%
Magenbeschwerden	11%
Herzbeschwerden	11%

Die Somatoformen Störungen zählen somit zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Die Gruppe der Somatoformen Störungen lässt sich noch einmal in einzelne Störungsbilder untergliedern. Nach ICD-10 gehören zu den Somatoformen Störungen die Somatisierungsstörung (ICD-Code: F45.0), die undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), die hypochondrische Störung (F45.2), die Somatoforme Autonome Funktionsstörung (F45.3), die Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie die sonstigen und Nicht Näher Bezeichneten Somatoformen Störungen (F45.8 und F45.9). In der Medizin werden Somatoforme Störungen häufig auch als »Funktionelle Störungen« bezeichnet.

Subjektive Körperbeschwerden sind aber auch abhängig von Alter und Geschlecht. Unabhängig vom Alter berichten Frauen mehr Beschwerden als Männer (siehe Abbildung 3). Menschen in höherem Lebensalter geben deutlich mehr Beschwerden an als Jüngere

Es sind aber auch regionale Unterschiede in den Körperbeschwerden zu beobachten. Hierzu zeigt Abbildung 3 die Körperbeschwerden von Westdeutschen aus einer Untersuchung mit dem Gießener Beschwerde-Bogen (GGB) aus dem Jahre 2001 im Vergleich mit den zeitgleich erhobenen GGB-Daten von Ostdeutschen (Merbach & Brähler 2004).

Die Körperbeschwerden der Männer sind sowohl im Osten als auch im Westen deutlich geringer als die der Frauen. Da der Beschwerdedruck im Osten auf einem generell höherem Niveau liegt, ist zu beobachten, dass ostdeutsche Männer fast genau so stark wie westdeutschen Frauen klagen.

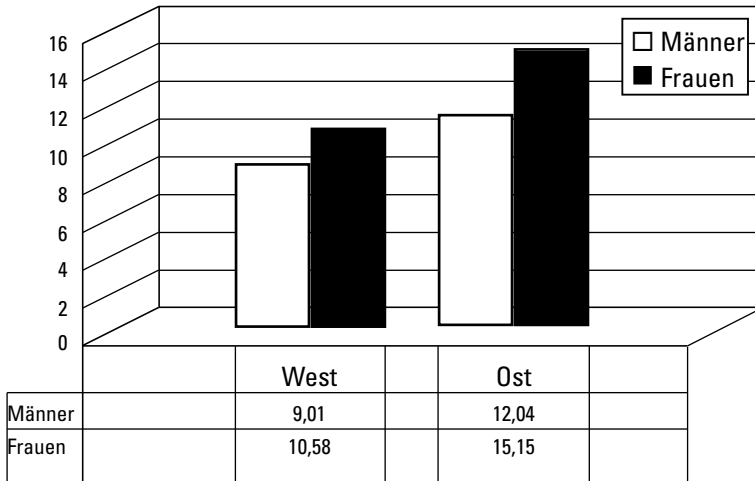


Abbildung 3: GBB-Skala Beschwerdedruck in Ost- und Westdeutschland (Merbach & Brähler, 2004)

Abbildung 4 zeigt den Beschwerdedruck der Westdeutschen im GBB, erhoben in den Jahren 1975, 1994 und 2001. Es wird deutlich, dass sich der Geschlechtsunterschied im Beschwerdedruck von 1975 bis 2001 deutlich vermindert hat (Differenz 1975 = 5.32, Differenz 1994 = 2.45, Differenz 2001 = 1.57), was vor allem in einer Abnahme der Klagsamkeit bei den Frauen begründet ist.

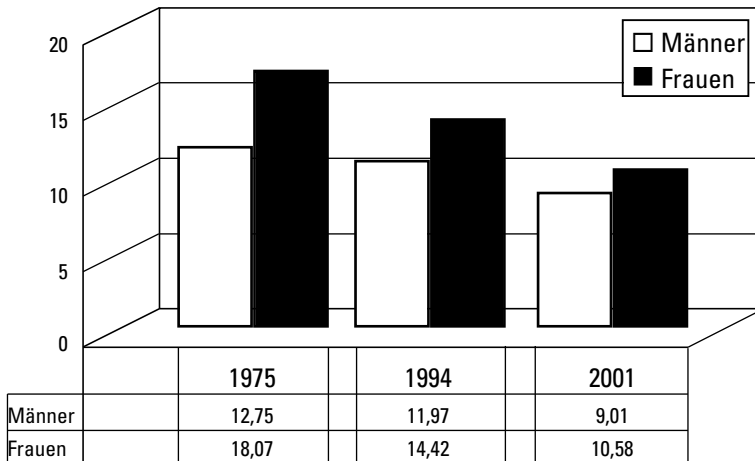


Abbildung 4: Beschwerdedruck (GBB-Gesamtwert) 18- bis 60-jähriger Westdeutscher 1975 und 1994, 2001 (Brähler et al., Merbach & Brähler, 2004)

All diese Befunde deuten darauf hin, dass das Ausmaß der Klagsamkeit auf Sozialisationseinflüsse zurückgeht und epochenspezifisch sein kann.

Literatur

- Brähler E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens GBB-24. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 14-21.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Felder, H. (1999). Die Geschlechtsabhängigkeit von Körperbeschwerden im Wandel der Zeit. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), *Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen* (2. Auflage) (S. 171-185). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989-995.
- Hammond, E.C. (1964). Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1.064.004 men and women. *American Journal of Public Health*, 54, 11-23.
- Kroenke, K. & Mangelsdorff, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262-266.
- Lieb, R., Mastaler, M. & Wittchen, H.-U. (1998). Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie*, 8, 81-93.
- Merbach, M. & Brähler, E. (2004). Warum sterben Männer früher? *Psychomed*, 16 (1), 4-11.
- Rief, W., Hessel, A., Brähler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*, 63, 595-602.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. *Gesundheitswesen*, 61 (Sonderheft 2), 216-222.

Martin Merbach und Antje Klaiberg arbeiten als Diplom-Psychologe bzw. -Psychologin an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig, deren Leiter Prof. Elmar Brähler ist. Dieser Beitrag geht zurück auf den Vortrag, den Prof. Brähler auf der Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen 2004 in Trier gehalten hat.