

# ***Klinische Psychologie (A)***

**WS 2004/2005**

**Vorlesung mit Diskussion (# 1768)**

**Montags, 14-16 Uhr, HS 8**

---

## ***Thema 5.3***

# ***Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen***

---

**Universität Trier**

**FB I - Psychologie**

**Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie  
und Wissenschaftsforschung**

**gkrampen Prof. Dr. Günter Krampen**

# Klinische Psychologie (A) - Überblick: Themenplan

- 1 Klinische Psychologie: Grundlagen
- 2 Störungs- und Krankheitsmodelle, Paradigmen
- 3 Klassifikationssysteme und klinisch-psychologische Diagnostik
- 4 Klinisch-psychologische Forschungsmethoden: Ätiologie-, Epidemiologie- und Interventionsforschung

## **5 Ausgewählte Störungen**

- 5.1 Angst- und Zwangsstörungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen
- 5.2 Affektive Störungen (Manie, Depression, inklusive Suizidalität)

## **5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen**

- 5.4 Persönlichkeitsstörungen
- 5.5 Substanzinduzierte Störungen
- 5.6 Sexuelle Störungen und Dysfunktionen
- 5.7 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 5.8 Entwicklungsstörungen sowie Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugendalter
- 5.9 Geriatrische Störungen  
Exkurs: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle  
Exkurs: Intelligenzminderungen

## **Literaturhinweise zu Thema 5.3: Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen**

### *Basisliteratur*

**B&P, Kap. 38; D&N, Kap. 7, Kap. 8 und Kap. 9**

### *Ergänzungslektüre*

**ICD-10: F44, F45, F48, F50, F51, F53, F54, F68**

**DSM-IV-TR: 300.81, 300.1x, 300.7, 300.12, 300.13, 300.14, 300.6, 307.1, 307.5x, 307.4x (Achse I)**

### *Vertiefungsliteratur*

**Delb, W., D'Amelio, R., Archonti, C. & Schonecke, O. (2002). *Tinnitus: Ein Manual zur Tinnitus-Retrainingtherapie*. Göttingen: Hogrefe.**

**Ehlert, U. (Hrsg.). (2003). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.**

**Fiedler, P. (2002). *Dissoziative Störungen*. Göttingen: Hogrefe.**

**Müller, T. & Paterok, B. (1999). *Schlaftraining: Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen*. Göttingen: Hogrefe.**

**Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.**

**Scheewe, S., Warschburger, P., Clausen, K., Skusa-Freeman, B. & Petermann, F. (1997). *Neurodermitis-Verhaltenstrainings für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern*. München: Quintessenz.**

**Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung*. Göttingen: Hogrefe.**

**Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.**

**van Quekelberghe, R. (1991). *Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Symptomatologie, Syndromatik und Differentialdiagnostik der somatoformen, dissoziativen und psychophysiologischen Störungen**

- **nosologisch extrem heterogene Störungsgruppe mit den Gemeinsamkeiten:**
  - unterschiedlichste, z.T. auch diffuse körperliche Leitsymptome (auf der deskriptiv-diagnostischen Ebene)
  - für die keine somatische Ätiologie bekannt ist (keine somatischen Substrate)
  - für die aber somatische Korrelate nachgewiesen sein können, aber nicht müssen
- **in ICD-10 sehr verstreut eingeordnet unter den Hauptgruppen**
  - **F4x: „neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“**
    - F44.x: dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
    - F45.x: somatoforme Störungen
    - F48.x: andere neurotische Störungen
  - **F5x: „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“**
    - F50.x: Ess-Störungen
    - F51.x: nicht-organische Schlafstörungen
    - F53.x: psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett
    - F54.x: psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen
  - **F6x: „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“**
    - F68.x: andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (wie etwa Rentenneurose, artifizielle Störung)

### **5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen**

#### **Symptomatologie, Syndromatik und Differentialdiagnostik der somatoformen, dissoziativen und psychophysiologischen St.**

##### **häufige Leitsymptomatik:**

- **(unterdrückte(r)) Ärger, Wut, Feindseligkeit als dominante Komponenten des dysfunktionalen *Coping* mit Stressbelastungen und *daily hassles* sowie interpersonaler Interaktionen**
- **negative Stimmungslage und negative Emotionalität**
- **S. Freud (1907): Theorie der Introjektion negativer Emotionen (Wut, Ärger), die sich auf die eigene Person richten**
- **z.T. (unbewusste) Autoaggressivität**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

## Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) - ICD-10: F44.x

- **Historisches**
  - **Pierre Janet (1859-1898):** vermutete Dissoziation (Trennung) des Bewusstseins durch Trauma mit Teil-Verdrängung als Ursache der Störung
  - **J.M. Charcot (1825-1893) :** Anerkennung der „Hysterie“ als psychische Erkrankung
  - **S. Freud (1856-1939):** hysterische Störung vom Konversionstypus („Konversionsneurose“)
- **Leitsymptome**
  - **Verlust der normalen Integration von Erinnerungen, Identitätsbewusstsein, unmittelbarer Empfindung und/oder Körperkontrolle**
  - **kein Nachweis einer körperlichen Ursache der spezifischen, klinisch bedeutsamen Symptomatik der jeweiligen Unterform**
  - **Nachweis eines zeitlichen Zusammenhangs mit Belastung, Problem od. gestörter Beziehung**
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10:**
  - **F44.0: dissoziative Amnesie = partielle oder vollständige Amnesie für Ereignis(se)**
  - **F44.1: dissoziative Fugue (Weglaufen) = F44.0 plus Ortsveränderung(en) über übliche Orte**
  - **F44.2: dissoziativer Stupor = F44.0 plus Bewegungslosigkeit**
  - **F44.3: Trance und Besessenheitszustände = zeitweiliger Identitätsverlust**
  - **F44.4 bis F44.7: spezifische dissoziative Störungen der Bewegung und Sinnesempfindung (wie dissoziative Bewegungsstörungen, dissoziative Krampfanfälle, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen) = Verlust od. Veränderung mot./sens. Funkt.**
  - **F44.7: dissoziative Störungen, gemischt**
  - **F44.80: Ganser-Syndrom = F44.x plus stetiges „Vorbei-Antworten“ in Gesprächen**
  - **F44.81: multiple Persönlichkeit (Dissoziale Identitätsstörung) = 2 oder mehr i.d.R. voll orientierte und abgegrenzte Persönlichkeitsbereiche in einem Individuum**
  - **F44.82: vorübergehende dissoziative Störungen in der Kindheit und Jugend**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## **Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) - ICD-10: F44.x**

- **Epidemiologie**

- **Prävalenzraten: 7% für diss. Amnesien; 2.4% für Depersonalisation; 0.2% für diss. Fugue**
- **häufigste Komorbidität: Posttraumatische Belastungsstörung**

- **Ätiologie**

- **Psychoanalyse: Hypothese der Dissoziation des Bewusstseins durch traumatische Erfahrung und deren Verdrängung ins Unbewusste**
- **Lerntheorie: Dissoziation ist eine Vermeidungsreaktion, die gelernt ist und den Pat. vor belastenden Ereignissen und den Erinnerungen daran schützt; die Vermeidung verhindert somit die schmerzlichen Erinnerungen, weswegen die Angst nicht gelöscht werden kann**
- **spezielle Ätiologie der Dissozialen Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit)**
  - **Gleaves (1996): schwere Missbrauchserfahrungen in Kindheit führen zu Dissoziation verschiedener Identitäten, um dem Trauma zu entkommen**
  - **Spanos (1994): nicht bewusste Vortäuschung/Simulation verschiedener Identitäten, die als soziales Rollenverhalten - angeregt durch Therapeuten, etwa durch Therapietechniken zum Perspektiven-/Rollenwechsel etc. - erlernt wurde (= iatrogene Störung!)**

- **Prognose und Behandlung => ff**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) - ICD-10: F44.x**

- Epidemiologie: s.o.
- Ätiologie: s.o.

#### **• Prognose und Behandlung**

- **Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Behandlung: Methoden der Wahl zur Aufdeckung verdrängte (dissoziierte) Inhalte**
- **Hypnosetechniken, um Zugang zu verlorenen Identitätsanteilen oder verdrängten Traumata zu erleichtern**
- **auch Anwendung von Methoden, die zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen (höchste Komorbidität!) eingesetzt werden: siehe Thema 5.1**
- **Psychopharmaka zur Linderung von Angst und Depression, die öfter komorbide zur Dissoziationen Identitätsstörung sind (ohne Effekte auf diss. Störung)**
- **Behandlungsprognose**

**N=123-PT-Einzelfall-Zusammenstellung (Kluft, 1984) zeigt,**

- **dass Integration der Persönlichkeiten bei 68% der Pat. für 3 Monate gelingt**
- **dass Integration der Persönlichkeiten bei 27% der Pat. für 2,5 Jahre gelingt**
- **dass die mittlere Behandlungsdauer bei > 500 Sitzungen in 2 Jahren liegt**
- **dass die Behandlungsdauer mit der Anzahl der dissoziierten Pers. wächst**

**Nachuntersuchung (Kluft, 1994) zeigt,**

- **dass bei 84% der Pat. eine stabile Integration erreicht wurde**
- **dass 10% der Pat. „besser zurecht kommen“ - minimales Therapieziel des „konfliktfreien Zusammenarbeit der verschiedenen Persönlichkeiten“**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

### Somatoforme Störungen - ICD-10: F45.x

#### • Leitsymptome

- primär körperliche Präsentation von Symptomen ohne somatischen Befund (d.h., weder somatische Substrate noch somatische Korrelate sind in med. Diagnostik nachweisbar)
- kennzeichnend sind verzerrte Wahrnehmungen (Interpretationen) von Körperprozessen und die Weigerung, körperliche Ursachen auszuschließen
- Abgrenzung zu „klassischen psychosomatischen Störungen“ anhand beider Leitsymptome

#### • Differentialdiagnostik nach ICD-10

- **F45.0: Somatisierungsstörung** = multiple, wechselnde, häufige körperliche Sympt. über mehr als 2 Jahre mit zumeist sehr langer medizinischer Behandlungsgeschichte
- **F45.1: Undifferenzierte Somatisierungsstörung** = nicht voll erfüllte F45.0 mit etwas weniger, aber hartnäckigen und unterschiedlichen körperlichen Beschwerden
- **F45.2: Hypochondrische Störung** = anhaltende Überzeugung vom körperl. Kranksein, beharrliche Beschäftigung damit, ärztl. Rat/Versicherungen werden abgelehnt
  - auch „Körperdysmorphie Störung“: intens. Beschäftigung mit körperl. Minderwertigkeit => Abb
- **F45.3: Somatoforme autonome Funktionsstörung** .. = dominant vegetative Symptompräsentation mit allgemeiner Sympt. (Herzklopfen, Zittern, Engeerleben, Schmerzen) und spezifischen Symptomen für best. Organsystem
  - **F45.30:** ... des kardiovaskulären Systems („Herzneurose“)
  - **F45.31:** ... des oberen Gastrointestinaltraktes (Aufstoßen, Dyspepsie, Magenneurose)
  - **F45.32:** ... des unteren Gastrointestinaltraktes (Colon irritabile, Diarrhö, Bläh.)
  - **F45.33:** ... des respiratorischen Systems (Hyperventilation)
  - **F45.34:** ... des urogenitalen Systems (Dysurie/erschwerter Harnentleerung)
- **F45.4: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung** = anhaltender, schwerer Schmerz, der körperlich nicht erklärt werden kann (z.B. psychogener Rückenschmerz; wichtig ist Abgrenzung zu F54: psychogener Schmerz im Rahmen einer anderen psych. Störung mit nachweisbaren somatischen Krankheitsaspekten als Korrelate)

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

# Somatoforme Störungen - ICD-10: F45.x

- **Ätiologie**

- **Risikofaktoren-Ansatz**

- **Genetische Faktoren: familiäre Belastung durch Alkoholismus, Soziopathie, affektive Störungen und somatoforme Störungen**
    - **Epidemiologische Faktoren: weibliches Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status**
    - **Entwicklungspsychologische Faktoren: organmedizinischer Gesundheitsbegriff und Krankheitsmodell, sexuelle Opfererfahrungen**
    - **Auslösende Faktoren: kritische LE, organische Erkrankungen, psychischer Dauerstress, chronifizierte daily hassles**
    - **Aufrechterhaltende Faktoren: dysfunktionales Coping, Krankheitsgewinn**

- **Psychoanalyse: Theorie der Konversionsstörung**

- **Breuer & Freud (1895): „Studien über Hysterie“ - traumatisches Ereignis mit starker emotionaler Erregung als Ursache, da Affekt nicht ausgedrückt wird (werden kann) und die Erinnerung an das Trauma verdrängt wird**
    - **berühmte Fallstudie Freuds: „Anna O.“ mit hysterischer Lähmung und Insensibilität des Armes, mit dem sie ihren kranken Vater im Wachtraum am Bett vor Schlange retten wollte, aber nicht konnte, da der Arm eingeschlafen war ...**
    - **Freud (1907): ungelöster Elektrakomplex als Ursache der Konversionsstörung bei Frauen**
    - **Sackheim et al. (1979): hysterische Blindheit (von Mädchen) als Wahrnehmungsabwehr mit unbewusster Trennung von verbalen Aussagen („sehe nichts“) und Verhalten (Reaktionen auf visuelle Reize im Experiment)**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### Somatoforme Störungen - ICD-10: F45.x

- **Ätiologie** => Abb.
  - Risikofaktoren-Ansatz: s.o.
  - Psychoanalyse: s.o.
- **Verhaltenstheorie: Hypothese der Simulation?**
  - **Ullmann & Krasner (1975): Konversionssymptom ist ähnlich zur Simulation, da die Symptompräsentation einem bestimmten Ziel folgt (zweckgerichtet ist)**
- **Soziokultureller Ansatz: Sexuelle und wissenschaftliche Aufklärung?**
  - **Rückgang von klassischen Konversionsstörungen wird zurückgeführt auf (1.) Reduktion sexueller Tabus und Repressionen, (2.) Zunahme des medizinischen und psychologischen Wissens (Abkehr vom medizinischen Modell)**
- **Biologischer Ansatz: ?**
  - **keine Hinweise auf Erblichkeit**
  - **neuropsychologische Hypothese: Konversionssymptome treten zumeist links auf, sind also kortikal rechts lokalisiert, wo auch i.d.R. emotionale Erregung lokalisiert ist ...**
- **Prognose und Behandlung** => ff

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## Somatoforme Störungen - ICD-10: F45.x

#### • Prognose und Behandlung

##### • Allgemeines

- zumeist medizinische Erstbehandlung und i.d.R. zahlreiche med. Vorbehandlungen
- trotz Leidensdruck ist Widerstand gegen Überweisung häufig und *compliance gering*
- häufiger „Trick“ von Medizinern: Einweisung in Fach- oder Kurklinik und die dortigen Kollegen/innen haben dann die Aufgabe der Motivierung zu Psychotherapie etc....
- Verhalten des Arztes sollte generell bei wertschätzender Akzeptanz des Pat. und seiner Beschwerden, die nicht bestritten werden, in Diagnostik und Medikation restriktiv sein

##### • Psychoanalyse: klassische „Redekur“ sensu J. Breuer und S. Freud

- Katharsis durch Konfrontation mit kindlichen Ursprüngen der verdrängten psychischen Energien, die der Konversion zugrunde liegen ...
- Behandlungsprognose: keine Effektnachweise (außer Pat. machen sich weniger Sorgen)

##### • Entspannungstrainings und -therapie

- Verbesserung der Interozeption durch Uminterpretieren und der Selbstwirksamkeit
- Behandlungsprognose: gute Effektnachweise in Kombination mit Kognitiver Therapie

##### • Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie: Arbeiten an der Angst

- systematische Desensibilisierung und kognitive Therapie der Ängste in/vor bestimmten Situationen, die mit dem Somatisierungssyndrom häufig verbunden sind
- Behandlungsprognose: Effektnachweise für Reduktion hypochondrischer Symptome und weniger selektive Beachtung körperlicher „Symptome“

##### • Kombination von Familientherapie und Selbstsicherheitstraining

- Krankheitsgewinn analysieren und minimieren sowie (am besten vorher) Selbstbehauptung und soziale Fertigkeiten der Pat. stärken ...

### Andere Neurotische (Somatoforme) Störungen - ICD-10: F48.x

- **Leitsymptome**
  - **heterogene „Restkategorie“ für Störungen mit primär körperliche Präsentation von Symptomen ohne somatischen Befund (d.h., weder somatische Substrate noch somatische Korrelate sind in med. Diagnostik nachweisbar)**
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**
  - **F48.0: Neurasthenie = allg. Erschöpfungssyndrom (auch „chronisches Fatigue-Syndrom“) mit**
    - **(1.) anhaltenden, quälenden Klagen über hohe Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung *oder* körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen (= kulturspezifische Varianten),**
    - **(2.) Muskelbeschwerden oder -schmerzen, Schwindel, Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, Entspannungsunfähigkeit, Reizbarkeit und Dypepsie (min. 2 davon)**
    - **(3.) (leichte) Angst- oder Depressionssymptome**
    - **Prävalenz: 0%-3% der Bevölkerung; F:M = 2:1**
    - **Behandlung: zumeist in Spezialkliniken mit kognitiv-behavioraler Therapie, Entspannungstherapie und angepasstem aeroben Ausdauertraining**
    - **Prognose: methodisch gute Effektnachweise**
      - **Responder-Rate von bis zu 90% bei Kindern (Remission in 6-Jahres-Katamnese)**
      - **Responder-Rate bis zu 50% bei Erwachsenen (leichte mittelfristige Besserung) und 6% langfristige Remission**
    - **keine Effektnachweise für medikamentöse Behandlung**
      - F48.1: Depersonalisations-/Derealisationssyndrom => ff
      - F48.8: „andere“ neurotische Störungen - sehr kulturspezifisch, z.B. => ff

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

## **Andere Neurotische (Somatoforme) Störungen - ICD-10: F48.x**

- Leitsymptome: s.o.
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**
  - F48.0: Neurasthenie: s.o.
  - **F48.1: Depersonalisations-/Derealisationssyndrom**
    - **Pat. beklagt, dass geistige Aktivität, Körper oder Umgebung sich in ihrer Qualität verändert haben und als unwirklich, wie in weiter Ferne oder automatisiert erlebt werden; Krankheitseinsicht ist bei klarem Bewusstsein (kein toxischer Verwirrheitszustand, keine Epilepsie) gegeben (keine Attribution auf andere oder äußere Kräfte)**
  - **F48.8: „andere“ neurotische (somatoforme) Störungen - sehr kulturspezifisch\* zum Beispiel:**
    - **Dhat-Syndrom (Griechenland, Puerto Rico, z.T. auch USA): ungerechtfertigte Sorge um schwächende Wirkung des Samenergusses (sowohl bei Onanie als auch bei nächtlicher Ejakulation und bei sexueller Penetration)**
    - **Koro (Malaysia), Suo-Yang (China, Taiwan): Überzeugung der Penis-Schrumpfung in Bauchhöhle, z.T. mit Epidemie-artiger Ausbreitung zu best. Zeiten in bestimmten Regionen**
    - **Latah (Indonesien), Bah-tsche (Thailand), Ikota (Sibirien), Ainu (Nord-Japan), Jumping (franz. Kanada): heftige imitierende und stereotype motorische (Schreck-) Reaktionen in neuen Situationen und bei Zuschauern (auch Echolalie, Befehlsautomatie)**
    - **Beschäftigungsneurose (auch etwa Schreibkrämpfe) in modernen Industriestaaten**
    - **Karoshi (Japan): neue japanische Wortschöpfung für Tod durch Überarbeiten**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

# Andere Neurotische (Somatoforme) Störungen - ICD-10: F48.x

### Exkurs: Beruf und „andere somatoforme Störungen“ (F48.8)

- **Japan: Karoshi** = neue japanische Wortschöpfung für Tod durch Überarbeiten
- **Industriestaaten: Beschäftigungsneurose, „workaholism“ (Arbeitssucht), „Burn-Out“**
- **Frankreich: Diagnose von „pathologischem Anwesenheits- und Erreichbarkeitsdrang/-zwang“**
- **USA: Diagnose von „hurry sickness“ und „Competitive Stress Disorder, CSD“** (= Protzen mit viel Arbeit, Hektik und Eile, um zu zeigen, wie gefragt, begehrt und unentbehrlich man/frau ist ... = Art sozialer Phobie vor Nicht-Wichtig-Erscheinen oder Nicht-Wichtig-Sein ; evtl. ICD-10: F40.9 - NNB)
- **Leitsymptome: somatoforme, chronifizierte Stresssymptome von Tinnitus über Rückenschmerzen bis zu Morbus Crohn und Infarkt**
- **Epidemiologie: massive Zunahme der berufsbezogenen Störungen seit 80er Jahren des 20. Jahrh**
  - **Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (1999)**
    - 50% der dt. Erwerbstätigen geben an, ständig unter Termindruck zu arbeiten
    - 25% geben an, im Beruf ständig oder meist an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gehen zu müssen
    - 60% erleben sich ständig als überbeansprucht
    - 60% kritisieren das Klima in ihrem Betrieb
- **ätiologisch relevante und aufrechterhaltende Faktoren nach der Arbeitspsychologie**
  - **Beschleunigung und Arbeitsverdichtung im Beruf durch Sparzwänge, Zeitdruck sowie die neuen Kommunikations- und Informationsmedien**
  - **häufige Veränderungen der Rollen in Arbeitsorganisation erhöhen Konkurrenzdruck sowie „Mobbing“ und „Bossing“**
  - **„spannungsgeladene Ambivalenz der modernen Projektarbeit“ zwischen Selbstkontrolle und Selbstausbeutung der modernen „unselbstständigen Selbstständigen“**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

### Ess-Störungen - ICD-10: F50.x

- **Leitsymptome**
  - **Störungen des Appetits & der Nahrungsaufnahme mit spezifischer differentieller Syndrom.**
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**
  - **F50.0: Anorexia nervosa = absichtlich herbeigeführter starker Gewichtsverlust mit 5 diagnostischen Kriterien (Magersucht)**
    1. **Quetelets-Index / Body Mass Index (BMI) < 17,6**  
=> BMI = Gewicht in kg / ((Körpergröße in Meter)im Quadrat)
    2. **selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung best. Speisen, aktives Erbrechen, aktives Abführen, übertriebene körperliche Aktivität oder Appetitzügler und/oder Diuretika - Subtypen nach DSM-IV-TR:**
      - „**Restriktiver Typus**“: Diäten, Fasten, übermäßige körperliche Aktivitäten ohne „Fressattacken“ oder „Purging“-Verhalten
      - „**Binge-Eating/Purging**“-Typus: in Perioden regelmäßige „Fressanfälle“ oder „purging“ (= aktives Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren)
    3. **Körperschema-Störung (Angst, dick zu werden ...)**
    4. **endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse**  
=> Frauen: Amenorrhoe; => Männer: Libido- und Potenzverlust
    5. **körperliche Reifungsverzögerung bei Beginn vor der Pubertät**
  - **Epidemiologie: Lebenszeitprävalenz 1%; F:M = 10:1; höchste Inzidenz: 13-19 Jahre; viele Komorbiditäten; 10fach erhöhte Morbidität => Lebensgefahr!**
  - **F50.1: Atypische Anorexia nervosa = F50.0 ohne ein oder mehrere Kernsympt.**
  - **F50.2: Bulimia nervosa etc. => ff**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

### Ess-Störungen - ICD-10: F50.x

- Leitsymptome: s.o.
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**
  - F50.0: Anorexia nervosa: s.o.      • F50.1: Atypische Anorexia nervosa: s.o.
  - **F50.2: Bulimia nervosa = wiederholte, massive Anfälle von Heißhunger (Essattacken) und extreme Beschäftigung mit Gewichtskontrolle mit 4 diag. Krit.**
    - andauernde Beschäftigung mit dem Essen, Gier, Essattacken
    - Versuche dem dickmachenden Effekt aktiv entgegenzusteuern (Erbrechen; Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern, Diuretika, Schilddrüsenmedik.; Hungerperioden)
    - krankhafte Furcht, dick zu werden (scharf definierte Gewichtsgrenze)
    - häufig ist Nachweis einer manifesten oder verdeckten Anorexia in der Vorgeschichte
  - **Epidemiologie: Prävalenz 1-2%; F:M = 9:1; Beginn: späte Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter; zahlreiche Komorbiditäten**
  - **F50.3: Atypische Bulimia nervosa = F50.2 ohne ein oder mehr Kernsymptome**
  - **F50.4: Essattacken bei anderen psychischen Störungen = übermäßiges Essen als Reaktion auf Stressbelastungen und in der Folge Übergewicht**
    - ggfs. Adipositas: BMI > 29,9 (keine ICD-10-Diagnose, da nur Risikofaktor für Erkrankungen, aber selbst keine Erkrankung)
  - **F50.5: Erbrechen bei anderen psychischen Störungen = evtl. Nebendiagnose bei Dissoziativen Störungen (F44.x), Hypochondrischen Störungen (F45.2) und „Störungen im Wochenbett“ (F53.x)**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

#### **Exkurs: BMI-Schwellenwerte nach der WHO (1997)**

$$\text{BMI} = (\text{Körpergewicht in kg}) / (\text{Körpergröße in m})^2$$

z.B.: bei 64 kg Körpergewicht und 1,86 Körpergröße

$$\text{BMI} = 64 \text{ kg} / 1,86 \text{ m}^2 = 64 / 3,4596 = 18,49$$

**BMI < 17,6:** anorektisch

**BMI < 20,1:** Untergewicht

**20 < BMI < 25:** empfohlen

=> bei BMI = 22: optimale Lebenserwartung

**BMI > 25:** „übergewichtig“

**BMI > 29,9:** adipös

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Ess-Störungen - ICD-10: F50.x**

#### **Ätiologie der Ess-Störungen**

- **Biologische Faktoren**
  - **Genetik: erhöhte Familien-Konkordanzraten**
  - **Hypothalamus-Modell der Anorexie: niedriger Kortisolspiegel  $\Leftrightarrow$  Gewichtsverlust?**
  - **Endogene Opioid-Ausschüttung in Hungerphasen bei Anorexie & Bulimie  $\Leftrightarrow$  Verstärker?**
  - **Serotonin-These: Fressattacken bei Bulimie als Folge von Serotonin-Mangel?**
- **Soziokulturelle Faktoren: Geschlechtsrollenorientierungen und Schönheitsideale**
  - **moderne Schlankheitsideale in modernen Industrienationen, Massenmedien?**
  - **erhöhte Sensibilität von Frauen für Schönheitsideale nach trad. Geschlechtsrolle und Soziobiologie?**
  - **Kulturunterschiede in Schönheitsidealen  $\Leftrightarrow$  unterschiedliche Prävalenzen?**
- **Psychodynamischer Ansatz**
  - **Basis sind gestörte M-K-Beziehungen und ein daraus resultierendes geringes Selbstwertgefühl und erhöhter Perfektionismus (anale Fixation)**
  - **Sympt. stärken das Selbstkontroll- und Selbstwirksamkeitsgefühl („I control...“)**
- Systemischer Ansatz und familienpsychologischer Ansatz => ff
- Persönlichkeitspsychologischer Ansatz => ff
- Viktimologischer und kritischer LE-Ansatz => ff
- Kognitiv-verhaltenstheoretischer Ansatz => ff

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Ess-Störungen - ICD-10: F50.x**

#### **Ätiologie der Ess-Störungen ff**

- Biologische Faktoren
- Soziokulturelle Faktoren: Geschlechtsrollenorientierungen und Schönheitsideale
- Psychodynamischer Ansatz
- **Systemischer Ansatz und familienpsychologischer Ansatz**
  - **S. Minuchin (1975): Anorexie und Bulimie sind Ausdruck (Symptom) einer dysfunktionalen Familienstruktur, die durch (1.) emotionale Verstrickung der Mitglieder, (2.) Überbesorgtheit, (3.) Rigidität und Status-quo-Orientierungen sowie (4.) fehlende Konfliktlösungen charakterisiert ist**
  - **Pat. selbst berichten zumeist über viele Konflikte in Familie, Eltern dagegen eher nicht**
- **Persönlichkeitspsychologischer Ansatz**
  - **Unterernährung führt zu Persönlichkeitsveränderungen (Depression, Gereiztheit, negative Stimmungslage, erhöhte Ermüdbarkeit und Konzentrationsdefizite)**
  - **retrospektive Einschätzungen deuten auf entsprechende Veränderungen bei Pat., die vor Störungsbeginn als perfektionistisch, schüchtern und nachgiebig beschrieben wurden**
  - **Anorexie und Bulimie <=> hohe emotionale Labilität, Ängstlichkeit, geringer Selbstwert, hoher Traditionalismus und Familiarismus, negative Emotionalität**
- **Viktimologischer und kritischer LE-Ansatz**
  - **überdurchschnittlich häufige sexuelle Missbrauchserfahrungen und körperliche Misshandlungserfahrungen bei Pat. (insbesondere bei Bulimie)**
  - **Befundlage ist aber bislang unklar und eher störungs-unspezifisch**
- Kognitiv-verhaltenstheoretischer Ansatz => ff

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

# Ess-Störungen - ICD-10: F50.x

### Ätiologie der Ess-Störungen ff

- Biologische Faktoren
- Soziokulturelle Faktoren
- Psychodynamischer Ansatz
- Systemischer Ansatz und familienpsychologischer Ansatz
- Persönlichkeitspsychologischer Ansatz
- Viktimologischer und kritischer LE-Ansatz
- **Kognitiv-verhaltenstheoretischer Ansatz**
  - **Anorexia nervosa**
    - **Gewichtsverlust und Abmagerung werden durch Selbstkontrollgefühl positiv verstärkt und die damit verbundene Vermeidung von Dicksein ist negativer Verstärker**
    - **dies kann sozial vermittelt werden, da Übergewicht bei Mädchen vor und in der Pubertät von Gleichaltrigen und Eltern kritisiert wird (Hänseleien etc.)**
  - **Bulimia nervosa**
    - **Teufelskreis aus „Hungern - Fressen - Entleeren“**
      - **Selbstwert hängt von Gewicht und Figur ab => sonst geringes Selbstwertgefühl und geringe Selbstkontrolle => strenge Essregeln (Kontrollversuch) => Regeln werden unweigerlich gebrochen: Essanfall => Ekel und Angst vor Dickwerden => Erbrechen etc. => kurze Angstreduktion, bei reduzierte Selbstachtung => strenge Essregeln => ....**
      - **typisch ist vor allem übermäßiges Essen**
        - **(1.) bei Überschreitung strenger Regeln**
        - **(2.) bei negativer Stimmung (Ärger, Stress etc.)**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Ess-Störungen - ICD-10: F50.x**

## **Prognose und Behandlung**

- **Allgemeines**
  - **wegen mangelnder Krankheitseinsicht (bis zur Krankheitsverleugnung) oft sehr schwierige Therapiemotivierung (häufig: Fremdmotivation)**
  - **bis zu 90% der Pat. ohne Behandlung (außer z.T. häufige med. Akutbehandlung)**
  - **Klinikeinweisung wegen Lebensgefahr: mediz. Akutbehandlung des Gewichtsverlusts und medizinischer Komplikationen (wie gestörter Elektrolythaushalt)**
- **Biologische Behandlungsmöglichkeiten**
  - **Bulimie: wegen Komorbidität mit Antidepressiva (vor allem Fluoxetin®)**
    - **Prognose: bei Respondern Reduktion von Fressanfällen und Erbrechen, z.T. vollständige Remission, allerdings hohe Rückfallrate bei Absetzen der Medikation; zudem hohe Abbruchrate (ca. 35%) wegen Nebenwirkungen**
  - **Anorexie: keine medikamentösen Effektnachweise (außer für stationäre Standardmaßnahmen zur Gewichtssteigerung: Infusionen und bestimmte Nahrungsmittel, Bettruhe, Essen unter Aufsicht)**
- Psychologische Behandlung der Anorexia nervosa => ff
- Psychologische Behandlung der Bulimia nervosa => ff

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Ess-Störungen - ICD-10: F50.x**

#### **Prognose und Behandlung ff**

- Allgemeines: s.o.
- Biologische Behandlungsmöglichkeiten: s.o.
- **Psychologische Behandlung der Anorexia nervosa: zweistufige Behandlung**
  - **1. Stufe: operante Methoden zur Unterstützung der Gewichtszunahme (oft wegen Todesgefahr im stationären Setting)**
  - **2. Stufe: langfristiger Erhalt des erreichten Gewichts durch Familientherapie**
    - **Förderung der Selbstständigkeit über Ich-Analysen im Einzelsetting**
    - **Familiensitzungen zur Veränderung der Pat.-Rolle in Familie, Neudefinition des Essproblems als Beziehungsproblem und Verhinderung der Verwendung der Störung zur Vermeidung familiärer Konflikte**
  - **Behandlungsprognose**
    - **geringe Abbruchrate (5%) im Vergleich zur Pharmakotherapie (35%)**
    - **recht gute Effektbelege für operante Techniken in 1. Behandlungsstufe, weniger systematische Effektbelege für Familientherapie in 2. Behandlungsstufe**
    - **insgesamt: etwa 70% Behandlungserfolge nach 1-7 Therapiejahren mit Rezidiven**
- Psychologische Behandlung der Bulimia nervosa => ff

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Ess-Störungen - ICD-10: F50.x**

#### **Prognose und Behandlung ff**

- Allgemeines: s.o.
- Biologische Behandlungsmöglichkeiten: s.o.
- Psychologische Behandlung der Anorexia nervosa: s.o.

#### **• Psychologische Behandlung der Bulimia nervosa**

- **gute Effektnachweise für Kognitiv-behaviorale Therapie („Standardbehandlung“)**
  - **Kognitive Therapie verzerrter Kognitionen: In-Frage-Stellen von Normen und Einstellungen**
  - **Kognitiv-behaviorale Methoden zum Aufbau regelmäßiger Essgewohnheiten**
  - **Konfrontation und Reaktionsverhinderung (Erbrechen) durch Entspannung: kontrolliertes Essen „verbotener“ Nahrung**
  - **Aufbau alternativer Coping-Strategien: u.a. Entspannungstraining**
  - **Prognose: 70% langfristige Therapieerfolge, 10% Non-Responder**
- **Begleitbehandlung mit Antidepressiva fördert PT-Effekte nicht**
- **strukturierte Selbsthilfegruppen bei professioneller Supervision: Effektnachweis**
- **Interpersonale Therapie (IPT) nach Weissmann & Klerman: längere Behandlungsdauer, aber nach einem Jahr ähnliche Behandlungseffekte**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen: Differentialdiagnostik

## **Nicht-organische Schlafstörungen - ICD-10: F51.x**

- **Leitsymptome**

- **primär psychogene Zustandsbilder mit Störung von Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafs aufgrund emotionaler Ursache (= Dyssomnien: F51.0, 51.1, 51.2)**
- **abnorme Episoden im Schlaf (= Parasomnien: F51.3, 51.4, 51.5)**
- **Ausschluss dominanter organischer Ursachen (bei org. Ursachen: ICD-10-Kapitel VI-G: Krankheiten des NS oder XVIII-R: mediz., nicht andernorts klassifiziert etc.)**

- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**

- **F51.0: Nicht-organische Insomnie = anhaltende ungenügende Schlafdauer oder -qualität mit Leidensdruck (Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)**
- **F51.1: Nicht-organische Hypersomnie = exzessive Tagesschläfrigkeit mit Schlafanfällen ohne Schlafdefizite**
- **F51.2: Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus = deutliche Erschöpfung aufgrund mangelnder Synchronizität zwischen indiv. S-W-Rhythmus und dem erwünschten im persönlichen Umfeld**
- **F51.3: Schlafwandel = parasomnisch veränderte Bewusstseinslage der Kombination von Schlaf und Wachsein mit Reaktivität und motorischer Aktivität zumeist im 1. Drittel des Nachtschlafes**
- **F51.4: Pavor nocturnus = F51.3 plus Furcht und Panik mit lautem Schreien, Bewegungen und starker ANS-Erregung**
- **F51.5: Alpträume (Angsträume) = Traumerleben (REM) voller Angst und Furcht mit Aufwachen und lebhafter Erinnerung an Traum, schneller Orientierung und Munterkeit sowie Leidensdruck durch Trauminhalt und Schlafstörung**

### **Nicht-organische Schlafstörungen - ICD-10: F51.x**

- **Epidemiologie**
  - **Prävalenz im frühen und mittleren Erwachsenenalter: 14%, im höheren Erwachsenenalter: 25%**
  - **hohe Komorbidität: chronische Insomnie korreliert mit höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten**
  - **säkulare Akzeleration: moderner Mensch schläft M = 1 Std. weniger als vor 100 Jahren**
- **Ätiologie**
  - **zu bedenken sind Altersunterschiede in Schlafmuster (Spontanerwachen nimmt zu, erhöhte Einschlafzeit, kürzere REM- und Tiefschlafphasen), kaum dagegen in der Schlafdauer**
  - **häufige Ursachen sind neben Primärerkrankungen und Schmerzen auch Nebenwirkungen von Medikamenten, Koffein, Stress, Bewegungsmangel und ungünstige Schlafgewohnheiten**
  - **diagnostische Abgrenzung (Schlaflabor!) des Schlafapnoe-Syndroms (ICD-10: R06.8) ist wichtig = organische Schlafstörung = Atemwegserkrankung mit Atemstillständen im Schlaf und Folgesymptomen, die häufig einer Depression entsprechen .... aber: medizinische Behandlungsnotwendigkeit: Nasenmaske.**
- **Behandlung nicht-organischer Insomnien => ff**

## 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

### **Nicht-organische Schlafstörungen - ICD-10: F51.x**

- Epidemiologie: s.o.
- Ätiologie: s.o.
- **Prognose und Behandlung nicht-organischer Insomnien**
  - **Schlafmittel: hohe Konsumquote (60% aller > 50jährigen!) mit erheblicher Toleranzentwicklung und negativen Langzeiteffekten (Schlaf wird störanfälliger; Wirkungsumkehr = schlafmittelbedingte Insomnie)**
  - **Tranquilizer: ungeeignet**
  - **Melatonin (Hormon der Zirbeldrüse, das Schlafregulation dient): bei Melatoninmangel effektive Behandlung**
  - **Alkohol: führt oft zu Schläfrigkeit und Entspannung, stört aber Schlafstruktur und führt zu Müdigkeit und Denkschwierigkeiten am Morgen**
  - **Psychoedukation: Aufklärung über Schlafmuster, Schlafhygiene etc.**
  - **Entspannungstraining und Verhaltensregeln: gute Effektnachweise für AT und kognitiv-behavioraler „Schlafberatung“ auch im Vergleich zur medikamentösen Behandlung**

### **Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar - ICD-10: F53.x**

- **Leitsymptome**
  - nur verwenden, wenn unvermeidbar (heftig umstrittene Kodierung), da Informationen für Diagnose einer anderen Störung nicht ausreichen
  - Beginn muss innerhalb des 6-Wochen-Intervalls nach der Entbindung sein
- **Differentialdiagnostik nach ICD-10**
  - **F53.0: leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar = NNB postpartum Depression**
  - **F53.1: schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar = NNB Puerperalpsychose**
  - **F53.8: andere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar**

## Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54

- **Allgemeines: Bezeichnung, Leitsymptome und Beispiele**
  - **Kategorie für die klassischen „psychosomatischen Krankheiten“**
  - **auch „Psychophysiologische Störungen“ (etwa bei Davison & Neale, 2002), die „verhaltensmedizinisch“ nach allgemeinen, unspezifischen Stressmodellen rekonstruiert werden**
  - **körperliche Erkrankungen aus anderen ICD-10-Kapiteln, bei denen psychologische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse wahrscheinlich eine wesentliche Rolle spielen**
  - **psychische Symptome sind häufig unspezifisch und lang anhaltend (wie etwa starke Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartungen, Hoffnungslosigkeit), reichen für Diagnose einer anderen (komorbiden) psychischen Störung aber nicht aus**
  - **Zusatzkodierung zur Bezeichnung der körperlichen Erkrankung *muss* vorgenommen werden**

### Beispiele:

- **Migräne: ICD-10: F54, G43.x**
- **Spannungskopfschmerz: F54, G44.2**
- **Asthma: F54, J45.9**
- **Magenulkus: F54, K25**
- **Colitis ulcerosa: F54, K51**
- **Dermatitis..., Ekzem... : F54, L23-L25**
- **Tinnitus aurium: F54, H93.1**
- **essentielle Hypertonie: F54, I10**
- **Angina pectoris: F54, I20.9**
- **Myokardinfarkt: F54, I21.9 (akut) od. I25.8**
- **chron. psychogene Schmerzen: F54 + Org.**
- **AIDS: F54, B24**
- **HIV: F54, Z71.7**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54**

- **Bezug: Allgemeine, relativ störungsunspezifische Stress-Modelle**
  - **1. Vorläufer aus der Medizin/Physiologie: Konzept des AAS nach Selye (1936)**
  - **2. Vorläufer aus Psychoanalyse: Alexander (1950) - Konfliktbelastungen (Traumata und Ärger im Alltag) führen zu aufgestauten, unterdrückten emotionalen Impulse (Aggression, Ärger, Wut), die sich in psychophysiologischen Störungen manifestieren**
  - **Transaktionale Stresstheorie und dysfunktionales „Coping“ nach Lazarus & Folkman (1984)**
  - **Ansatz der Kritischen Lebensereignis-Forschung**
  - **Ansatz der „daily hassles“-Forschung**
  - **Ansatz der „social support“-Forschung**
  - **Psychobiologischer Ansatz: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54**

- **störungsspezifische Risikofaktoren und Epidemiologie**
  - **essentielle Hypertonie**
    - „Volkskrankheit“
    - **genetische Disposition, erhöhte kardiovaskuläre Stress-Reaktivität, Adipositas, Alkohol- und Salzabusus, psychischer Stress, erhöhte positive und negative Emotionalität, insbesondere aber Argerneigung und Abwehrtendenzen**
  - **Myokardinfarkt**
    - „Volkskrankheit“; F:M = 4:1 (mit F-„Akzeleration“)
    - **erhöhter Blutdruck, Herzfrequenz-Reaktivität und -Variabilität, erhöhter Cholesterinspiegel, Rauchen, Adipositas, Bewegungsmandel, Alkoholabusus, Diabetes, Stress, Typ-A-Verhaltensmuster (vor allem „hostility“, Zynismus), Reizbarkeit, anger-in, Typ-D-Persönlichkeit (negative Emotionalität mit Ärger, Angst, Depression)**
  - **Asthma**
    - „Volkskrankheit“ auf der ganzen Welt: ca. 100 Mill. Menschen weltweit; ansteigende Prävalenzraten; Krankheitsbeginn: zumeist Kindheit
    - **z.T. allergische Reaktion oder Infektion als Auslöser; Luftverschmutzung; psychische Belastungen als Anfallsauslöser; erhöhte emotionale Responsivität; stress-belastete Mütter**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54**

- **störungsspezifische Risikofaktoren und Epidemiologie ff**
  - **essentielle Hypertonie: s.o.**
  - **Myokardinfarkt: s.o.**
  - **Asthma: s.o.**
- **Chronische psychogene Schmerzen**
  - **Prävalenzrate: 5%**
  - **„Gate-Control-Theorie“ als psychobiologisches Modell für chronische Schmerzen: Rückenmark-Neuronen als Tor für periphere Schmerzimpulse, das kortikal durch absteigende dämpfende Impulse moduliert wird; subjektive Überzeugungen, eigenes Verhalten und emotionales Befinden beeinflussen, wie weit das Tor für Schmerzafferenzen geöffnet ist**
- **AIDS und HIV**
  - **1981 erstmalig identifiziert; schwerste Infektionsepidemie der Neuzeit**
  - **Ausbreitungsursachen: Risikoverhalten; Unkenntnis eigener HIV**
- **Tinnitus aurium**
  - **betroffen sind 2,4 Mill. Deutsche, davon 400.000 mit Therapiebedarf**
  - **Lärm unter Stress; Aktivität im auditorischen Cortex (= „hören“) ohne Geräuschquelle; kortikale Überkompensation bei Hörsturz/Verschlechterung des Hörvermögens**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

#### Untersuchungsbeispiel [GEK-Gesundheitsreport (2002); <http://www.gek.de>]

##### ausgewählte Befunde zu den Versorgungskosten einer dt. Krankenkasse

- **20% der 1,2 Millionen Versicherten verursachen 90% der Ausgaben aufgrund von „Volkskrankheiten“ und deren Folgeschädigungen**
- **steigendes Lebensalter treibt Krankheitskosten nicht in die Höhe**
  - **Ausgabekurve nimmt im höheren Lebensalter (wieder) ab: bei 90-Jährigen um - 30%**
- **häufigste „Volkskrankheiten“ und deren Folgeschädigungen**
  - **15%: KHK-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall)**
  - **14%: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Rückenschmerzen, Bandscheibe, Knie..)**
  - **11%: Neoplasmen**
  - **09%: psychische Störungen (Depression, Alkoholabhängigkeit)**
  - **09%: Verletzungen (Stürze, Unfälle ohne Schädiger)**
- **großer Anteil dieser Erkrankungen ist vermeidbar => Prävention!**
  - **WHO: 80% der Neoplasmen können durch Gesundheitsverhalten verhindert werden**
  - **WHO: 50% der KHK-Erkrankungen können durch Gesundheitsverhalten verhindert werden**

## **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54**

- **Prognose und Behandlung**
  - **stets kombinierte medizinische und psychotherapeutische Behandlung**
    - **medizinische Akutbehandlung**
      - **sekundäre Prävention mit hoher Symptom- und Krankheitsspezifität**
    - **psychotherapeutische Begleitbehandlung und Rehabilitation**
      - **tertiäre Prävention mit geringerer Symptom- und Krankheitsspezifität, dafür mit Fokus auf Rückfallrisiko-Reduktion, Lebensstiländerung, Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und der *Compliance***
  - **chronische psychogene Schmerzen**
    - **EMG-Biofeedback und Entspannungstherapie, Training kognitiver Bewältigungsstrategien, Übungen zur körperlichen Reaktivierung, Ablenkungs- und Selbstkontrollverfahren**
    - **Behandlungsprognose wegen hoher Therapieresistenz, medizinischem Krankheitsmodell der Pat. etc. häufig eher ungünstig**
  - **HIV und AIDS**
    - **primäre Prävention: Information, Aufklärungsmaßnahmen, „street work“**
    - **sekundäre Prävention: psychosoziale Beratung und supportive PT**
    - **tertiäre Prävention: entfällt!**

### 5.3 Somatoforme, dissoziative und psychophysiologische Störungen

## **Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten - ICD-10: F54**

- **Prognose und Behandlung ff**
  - **Tinnitus aurium**
    - **medizinische Akutmaßnahmen zur Durchblutungsförderung im Ohr**
    - **Psychologische Tinnitus-Bewältigungsprogramme: Entspannungstraining, Förderung von Habituation und Akzeptanz, Vermittlung eines Erklärungsmodells**
    - **Behandlungsprognose: inzwischen recht gute Effektnachweise**
  - **essentielle Hypertonie**
    - **Medikamente, Ernährungsumstellung und Diät, körperliche Betätigung, Entspannungstraining, Ärgerbewältigungstraining**
    - **Behandlungsprognose: Bei Baustein-Programmen gute Effektbelege**
  - **Spannungskopfschmerz**
    - **für Kombination von EMG-Biofeedback (Stirn und Nacken), Entspannungstherapie und Kognitiver Therapie gute Effektnachweise**
  - **Rückenschmerzen**
    - **nach Akutbehandlung der Muskelspasmen gute Effektnachweise für Kombinationsbehandlung mit körperlicher Aktivierung und gezieltem muskulärem Aufbaustraining sowie Entspannungstraining und kognitiver Umstrukturierung (Krankheitsmodell und Körperempfindungen)**

## Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen -ICD-10: F68.x

- **Differentialdiagnostik**

- **F68.0: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen**

- **Kategorie für körperliche Symptome, die mit einer ursprünglich verursachenden körperlichen Erkrankung oder Behinderung gesichert zusammenhängen und durch den psychischen Zustand des Pat. länger anhalten und aggravierern (= Übertreiben von Krankheitserscheinungen)**
- **verbunden mit histrionischem (aufmerksamkeit-suchendem) Verhalten**
- **verbunden mit weiteren unspezifischen Beschwerden nicht körperlichen Ursprungs**
- **meist starke Unzufriedenheit mit Untersuchungen und Behandlungen, Enttäuschung, Klagen über mangelnde Zuwendung**
- **evtl. verbunden mit finanziellen Entschädigungsforderung („Rentenneurose“, auch bei Unfällen), wobei aber i.d.R. auch bei Erhalt einer Rente die Störung nicht remittiert**

- **F68.1: Artifizielle Störung = absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen**

- **häufig relativ gut informiert über diagnostische Kriterien, ggfs. sogar selbstschädigendes Verhalten (Schnittwunden, Intoxikationen)**
- **Motivation bleibt häufig unklar und wird der Psychodynamik zugewiesen**
- **dazugehörige Begriffe: Hospital-hopper-Syndrom; NNB Münchhausen-Syndrom; „wandernder Patient“**
- **DSM-IV-TR: 3 Subtypen der „Vorgetäuschten Störung ...“ (300.1x)**
  - **300.16: ... mit vorwiegend Psychischen Zeichen und Symptomen**
  - **300.19: ... mit vorwiegend Körperlichen Zeichen und Symptomen**
  - **300.19: ... mit sowohl Psychischen wie Körperlichen Zeichen und Symptomen**