

#### 4. SOMATOFORME UND DISSOZIATIVE STÖRUNGEN:

\* Bei beiden oft **belastendes Ereignis (Trauma) am Anfang** und damit verbundene **Angst**

\* somatoforme Störungen (seit DSM-IV):

- > = **körperliche Symptome**, die **nicht ausreichend auf organische Krankheiten zurückgeführt** werden können
- > = körperliche Symptome, die **nicht Sekundärfolgen einer anderen psychischen Erkrankung** sind

\* dissoziative Störungen:

- > plötzliche, dramatische **Veränderungen des Bewußtseins**
- > plötzliche, dramatische **Veränderungen der Identität**
- > beides aufgrund von **Gedächtnisverlust**
- > beides **auch ohne klare physische Ursache**

\* **Klassifikationen** nicht aufgrund der Ätiologie, sondern **aufgrund beobachtbaren Verhaltens**

##### 1. SOMATOFORME STÖRUNGEN:

\* Krankheitsbilder mit **körperlichen Beschwerden ohne eindeutige organische Ursache**

\* **Ängste um körperliche Gesundheit von krankhaftem Ausmaß**

- > hoher Medikamentenkonsum
- > doctor shopping (in kurzer Zeit bei vielen Ärzten)
- > dramatische Ausgestaltung der Krankheitsgeschichte
- > totale Ablehnung psychologischer Erklärungsmodelle
- > totale Ablehnung psychologischer Behandlungsmethoden

\* **Krankheitsbilder:**

| <u>DSM-IV:</u>                                   | <u>ICD-10</u>                                    |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| -> Somatisierungsstörung                         | -> Somatisierungsstörung                         |
| -> undifferenzierte somatoforme Störung          | -> undifferenzierte Somatisierungsstörung        |
| -> Konversionsstörung                            | -> Hypochondrische Störungen                     |
| -> Schmerzstörung                                | -> somatoforme autonome Funktionsstörung         |
| -> Hypochondrie                                  | -> anhaltende somatoforme Schmerzstörung         |
| -> Körperdysmorphie Störung                      | -> sonstige somatoforme Störungen                |
| -> nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen | -> nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen |

\* **Lebenszeitprävalenz** = 0,1%

\* **mehr Frauen** als Männer

\* **Beginn** meist in später Adoleszenz

\* **familiäre Häufungen**

\* **hohe Komorbidität mit**

- > Angststörungen
- > affektiven Störungen
- > Substanzmißbrauch

\* **Diagnose mit:**

-> **Beschwerdelisten:**

- > Beschwerdeliste (BL)
- > Gießener Beschwerde-Bogen
- > Freiburger Beschwerdeliste (FBL)

-> **Befindlichkeitsskalen**

-> **Persönlichkeitsinventare:**

- > Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI-R)

a) **Somatisierungsstörungen:**

\* **schwerste Form** der somatoformen Störungen

\* **multiple, wiederkehrende, körperliche Beschwerden ohne körperliche Ursachen** (z.B. Kopf-, Bauch-, Rücken-, Herzschmerzen, Allergien)

\* **häufige Arztbesuche** (ca. 5 - 15% derer, die einen Arzt aufsuchen, leiden an sowas)

\* **betroffene Organbereiche:**

- > kardiovaskuläres System
- > oberer / unterer Gastrointestinaltrakt
- > respiratorisches System
- > urogenitales System
- > sonstige Organsysteme

\* **Diagnostische Leitlinien:**

- > **mindestens 2 Jahre** anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung
- > **hartnäckige Weigerung**, den Rat des (oder mehrerer!) Arztes anzunehmen, daß Symptome keine körperliche Begründung haben
- > Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Symptome und das daraus resultierende Verhalten

b) **Konversionsstörung:**

\* ist oft **schwer von Somatisierungsstörung zu unterscheiden**

\* **Symptome betreffen**

- > va. Bereich der willkürlichen Motorik
- > sensorische Funktionen

\* **Beispiele:**

- > Lähmungserscheinungen
- > sensorische Störungen (z.B. „hysterische Blindheit“)
- > Krampfanfälle

c) Schmerzstörung:

- \* **Schmerzen** stehen im Vordergrund
- \* man muß beachten, ob
  - > *eher körperliche Faktoren*
  - > *eher psychische Faktoren* (= subjektiver Krankheitsgewinn!)
 mit Schmerzen in Zusammenhang gebracht werden

d) körperdysmorphe Störungen:

- \* **übertriebene Beschäftigung mit eigenem Aussehen**
- \* Patient empfindet **bestimmte Körperteile als mißgestaltet**, obwohl keine Mißbildung vorliegt
- \* muß **differential-diagnostisch unterschieden** werden von:
  - > Körperschemastörungen
  - > wahnhaften Erkrankungen
- \* wichtige Rolle spielen hier **soziale und kulturelle Normen**

e) Hypochondrische Störung:

- \* Patient klagt auch über **körperliche Beschwerden, aber:**
- \* es geht vor allem um
  - > *Angst vor schwerer Erkrankung*
  - > *Überzeugung, an einer schweren Krankheit zu leiden*

\* **diagnostische Leitlinien:**

- > anhaltende *Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer schweren körperlichen Krankheit*, die Ursache der Symptome ist
- > Patient *läßt sich nicht davon abbringen*, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung ergeben haben
- > *anhaltende Beschäftigung mit vermuteter Entstellung*
- > *Weigerung*, die Versicherung des Arztes zu akzeptieren, daß keine körperliche Krankheit vorliegt

## ÄTIOLOGIE SOMATOFORMER STÖRUNGEN:

### a) psychoanalytische Ansätze:

- \* Symptome = Ausdruck **intrapsychischer Konflikte im Rahmen eines sexuellen Verführungserlebnisses in ödipaler Phase**
  - > traumatische Erfahrung verdrängt
  - > aggressive Erregung wird in körperliche Symptome transformiert
- \* **Primärgewinn:** Vermeiden früherer verdrängter Es-Impulse
- \* **Sekundärgewinn:** Störung kommt einer unliebsamen momentanen Lebenssituation entgegen.

### b) lerntheoretische Ansätze:

- \* **Art des Umgangs** mit Körpersignalen, ihre Bewertung und Verhaltenskonsequenzen = **gelernt** (über eigene Erfahrungen oder Modelle)
- \* **chronisches Krankheitsverhalten** entsteht, wenn Person oft zum Arzt geht, Selbstmedikationen vornimmt, usw.
- \* **Umgebung der Person wirkt oft verstärkend**
- \* Mensch mit somatoformer Störung hat **andere Einstellung zum Gesundheitsbegriff als Gesunder**
- \* **Risikofaktoren beeinflussen** Wahrnehmung, kognitive Bewertung und Verhalten
  - > Regelkreis mit ständigen Wechselwirkungen der Einzelkomponenten
  - > physiologische Reaktivität; genetisch / neuropsychologisches Risiko
  - > reduzierte externale Stimulation, Angst, Depression
  - > Modelle / Verstärkung von Krankheitsverhalten, Einstellung und Bewertung
  - > Gewalterfahrungen, Störungen der Körperwahrnehmung
- Folge:**
  - > verstärkte Beschwerdewahrnehmung
  - > Aufmerksamkeitsfokussierung
  - > erhöhtes Erregungsniveau
- Folge:** Bewertung der beobachteten „Symptome“ als krankhaft
  - => Schon- und Vermeidungsverhalten
- Folge:** somatoforme Beschwerden werden größer

## **THERAPIE SOMATOFORMER STÖRUNGEN:**

### **a) psychodynamisch orientierte Therapien:**

- \* Bewußtwerden des zugrundeliegenden Konflikts, der das Trauma ausgelöst hat
- \* Konfrontation mit den Verdrängungsprozessen, die schon in Kindheit eingesetzt haben
- \* freie Assoziation

### **b) kognitiv-lerntheoretische Ansätze:**

#### **Therapiemodell nach BAUMANN und PERREZ:**

##### **1) Beziehungsaufbau und diagnostische Maßnahmen:**

= schwierig, weil Patient oft nicht aus eigener Motivation in Therapie kommt, sondern von Umgebung dazu gedrängt; hat bereits viele Untersuchungen hinter sich -> Effekt: hat immer nur erfahren, was er NICHT hat...

- > umfassende Anamnese zur Erfragung der subjektiven Krankheitsattributionen und der Vorstellungen des Patienten über die Ursache der Probleme
- > Patient mit somatoformer Störung hat meist sehr engen Gesundheitsbegriff (muß ebenfalls erfragt werden)
- > gute Hilfe = „Symptomtagebücher“ (Patient beschreibt sein Wohlbefinden während des Tages)

##### **2) Zieldefinition:**

- > überzogene und pessimistische Zielerwartungen relativieren
- > realistische Zieleinschätzung anregen
- > Patient soll motiviert werden, sein derzeitiges Krankheitsmodell kritisch zu hinterfragen, Strategien für Neubewertung erarbeiten
- > gute Hilfe dabei = z.B. Biofeedback

##### **3) Umattribuierung des organischen Krankheitsmodells:**

- > Patient soll wieder Kontrolle über seine beeinträchtigten Funktionen erhalten
- > seinem Bedürfnis nach externer Rückversicherung immer weniger nachgeben, damit er selbständige Strategien zur Beruhigung entwickeln lernt

##### **4) Verhaltensänderung:**

- > kognitive Vorbereitung darauf (geplante Schritte mit Patienten in Vorstellung durchgehen) fördert motivationale Voraussetzung
- > Verhaltensexperimente (Patient wird realer Belastung ausgesetzt; lernt neue Strategien durch Habituation)
- > Einbeziehung des sozialen Umfeldes (inadäquate Rückversicherungen und Beruhigungen müssen unterbunden werden)

##### **5) Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung**

## 2. DISSOZIATIVE STÖRUNGEN (= KONVERSIONSSTÖRUNGEN):

\* = **Trennung eines Teils der Identität der Person von anderen Identitätsmerkmalen**

\* **DSM-IV unterscheidet:**

- > **dissoziative Amnesie**
- > **dissoziative Fugue**
- > **dissoziative Identitätsstörung** (= multiple Persönlichkeitsstörung)
- > **Depersonalisationsstörung** (umstrittene Einordnung, da Identität und Erinnerung weiterhin vorhanden ist; Beeinträchtigung hier in Selbstwahrnehmung und Gefühl der eigenen Wirklichkeit)

**Merkmale:**

- > plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalen integrativen Funktionen des Bewußtseins (= **Bewußtseinsstörung**)
- > daneben plötzlich einsetzende **Veränderung der Identität und des motorischen Verhaltens**
- > **Gefühl einer veränderten Bewußtseinslage** (Person fühlt sich als jemand anderer, verhält sich auch so; erinnert sich an vieles aus alter Identität nicht)

\* **ICD - 10 unterscheidet:**

- > dissoziative Amnesie
- > dissoziative Fugue
- > dissoziativer Stupor
- > Trance und Besessenheitszustände
- > dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen
- > sonstige dissoziative Störungen
- > nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen

\* **Kennzeichen dissoziativer Störungen:**

1) teilweise oder völliger **Verlust**

- > **der Erinnerungen** an Vergangenheit,
- > des **Identitätsbewußtseins**,
- > der **unmittelbaren Empfindungen**,
- > der **Kontrolle der Körperbewegungen**

2) **Fähigkeit zu bewußter und selektiver Kontrolle = gestört**; kann ständig im Ausmaß wechseln

3) ausgeschlossen werden muß Simulation

### a) dissoziative Amnesie:

- \* plötzliche Unfähigkeit, sich an wichtiger persönliche Daten zu erinnern -> **Verlust des episodischen Gedächtnisses** (betroffen = alles, was sich innerhalb eines begrenzten Zeitraumes nach traumatischem Erlebnis ereignet hat)
- \* tritt auf **in Zeiten besonderer Belastung**
- \* Gedächtnisverlust nicht durch hirnganische Störung, Intoxikation, extreme Erschöpfung
- \* **4 Formen:**
  - > lokalisierte Amnesie
  - > selektive Amnesie
  - > generalisierte Amnesie
  - > kontinuierliche Amnesie
- Auslöser für alle gleich; Vergessensmuster aber unterschiedlich
- \* **Folgen der dissoziativen Amnesie:**
  - > völlige Desorientiertheit
  - > zielloses Herumlaufen
  - > erkennt Familienmitglieder nicht mehr
  - > individuelle Erfahrungen und Talente sind aber noch vorhanden
- \* **Dauer:**
  - > mehrere Stunden bis Tage
  - > oft sehr abruptes Ende [= Unterschied zu hirnganisch bedingten Gedächtnisstörungen!]

### b) dissoziative Fugue:

- \* **vollständige Amnesie**
- \* **physische Flucht** (Person verläßt bisherigen Wohnort, nimmt völlig neue Identität an; Namensänderung, Arbeitswechsel, neuer Freundeskreis, usw.)
- \* **Dauer:**
  - > einige Stunden bis Tage
  - > oft abruptes Ende
- \* **zielgerichteter Ortswechsel** (bei a) hingegen planloses Herumirren!)
- \* **Aufrechterhaltung der einfachen Selbstversorgung** (Essen, Waschen) **und einfacher Interaktionen mit Fremden** (z.B. Fahrkarte kaufen, nach Weg fragen, Essen bestellen, usw.)

\* **Auslöser:** belastende Ereignisse, z.B. Naturkatastrophe, Krieg, schwerwiegende Erfahrung

\* **Prävalenz** = 0,2%

c) **dissoziativer Stupor:**

\* beträchtliche **Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler Reaktionen auf äußere Reize** (z.B. Licht, Geräusche, Berührung) -> Patient schläft nicht, ist aber auch nicht bewußtlos

\* **keine körperliche oder spezifische psychiatrische Störung**, die Stupor erklären könnte

\* **kurz davor belastendes Ereignis**; gegenwärtige Probleme

d) **dissoziative Persönlichkeitsstörung (= multiple Persönlichkeitsstörung)**

\* **innerhalb einer Person existieren 2 oder mehrere Subpersönlichkeiten**

- > jede hat eigene Lebensform, eigene Gefühle, eigenes Verhalten
- > werden unabhängig voneinander zu unterschiedlichen Zeiten dominant
- > Wechsel sehr rasch und eindrucksvoll

\* **Beginn in Adoleszenz**

\* **Ursache** = oft Mißbrauch oder Mißhandlung in Kindheit

\* **unterschiedliche Zusammenhänge zwischen Persönlichkeiten**

- > wechselseitige Amnesie
- > wechselseitiges Wissen umeinander
- > einseitige Amnesie (= häufigste Form)

\* **Ähnliches kann auch passieren bei:**

- > Einnahme von psychotropen Substanzen
- > schizophrenen Erkrankungen

\* **hohe Komorbidität mit** Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörung

## ÄTIOLOGIE DISSOZIATIVER STÖRUNGEN:

### a) psychoanalytisch orientierte Ansätze:

- > dissoziative Störung = **massiver Ausdruck der Verdrängung unangenehmer, angstausslösender Traumata**
- > **tiefsitzende Angst vor schmerzlicher Erinnerung wird abgewehrt**, wird nicht bewußt

### b) kognitiv-lerntheoretische Ansätze:

- > Menschen, die traumatisches Erlebnis hatten, können vergessen lernen
- > Angstreduzierung und Erleichterung führt zu Vermeidung der Angst und zum Vergessen

## THERAPIE DISSOZIATIVER STÖRUNGEN:

- => **va. psychoanalytische Methode verwendet** -> freie Assoziation gibt Patienten die Möglichkeit, Erinnerungslücken zu füllen bzw. Lebensgeschichte aufzuarbeiten
- => **oft auch mit hypnotischer Therapie** -> Reaktivierung der Erinnerungen und Integration in die Persönlichkeit
- => **globales therapeutisches Ziel** = den Patienten überzeugen, daß Vergessen oder Spaltung in verschiedene Persönlichkeiten nicht notwendig ist, um mit Trauma umzugehen -> Integration von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, damit emotionale Belastung in Behandlungsverlauf integriert werden kann.