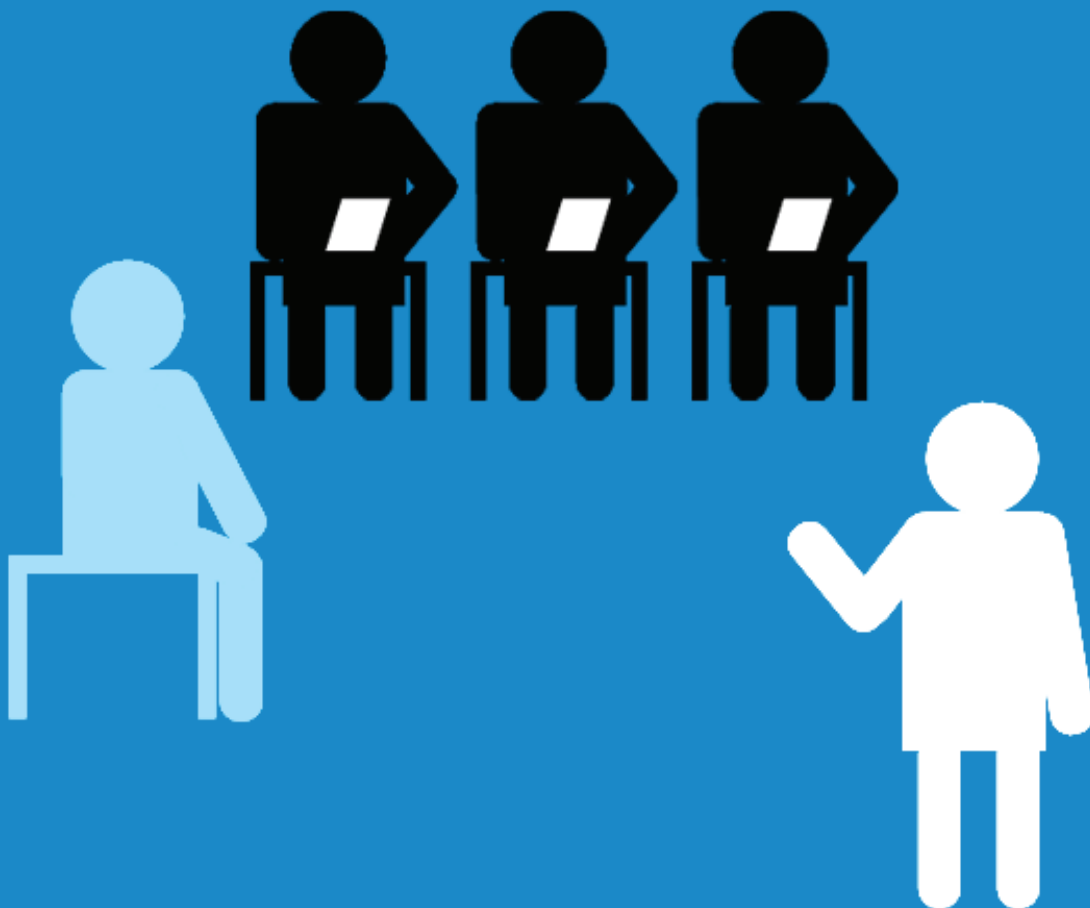


UNTERRICHT am **Krankenbett**



Inhalt

Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren	3	Essstörungen	12
Definition der Psychotherapie	3		
Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren	3	<i>Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0)</i>	12
		Epidemiologie	12
Anamneseschema	4	Symptomatik	12
		Ätiologie und Pathogenese	12
Depression	6	Therapie	13
Epidemiologie	6	Prognose	13
Symptomatik	6		
Ätiologie und Pathogenese	6	<i>Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2)</i>	13
Therapie	7	Epidemiologie	13
Komplikation Suizidalität	7	Symptomatik	13
		Ätiologie und Pathogenese	13
Somatoforme Störungen	10	Therapie	14
Epidemiologie	10		
Symptomatik	10	<i>Binge Eating Störung</i>	14
Ätiologie und Pathogenese	11	Epidemiologie	14
Therapie	11	Symptomatik	14
		Therapie	14
		Prognose der Binge eating- und Adipositassymptomatik	15
		<i>Angststörungen</i>	16
		Epidemiologie	16
		Symptomatik	16
		Ätiologie und Pathogenese	17
		Therapie	17

Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren

Definition der Psychotherapie

Nach der Definition von *Strotzka (1982)* handelt es sich bei Psychotherapie um einen bewusst geplanten, interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut und gesellschaftlicher Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden. Die Therapie erfolgt mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch nonverbal (z. B. Gestaltungs-, Körper- oder Musiktherapie), in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit). Die Grundlage ist eine Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. Psychotherapie unterscheidet sich somit grundsätzlich von Ratschlägen, wie sie der gesunde Menschenverstand nahelegt, aber auch von professioneller Beratung/Coaching oder von Seelsorge. (*Tress, 2009*)

Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren

Die **psychodynamische Psychotherapie** (50 – 100 Stunden) findet in der Regel ein Mal pro Woche im Gegenübersitzen statt. Hier orientiert sich die Arbeit an den aktuellen Beziehungskonflikten des Patienten, weniger an den frühkindlichen Traumata. Der Therapeut begibt sich also nicht in die Rolle der Personen der Vergangenheit, sondern bleibt im Hier und Jetzt. Die therapeutische Arbeit betrifft einen gemeinsam vereinbarten Behandlungsfokus.

Theoretische Grundlage der psychodynamischen und analytischen Psychotherapie bildet die Theorie des dynamischen Unbewussten nach *S. Freud* und nachfolgenden Theoretikern.

In der **analytischen Psychotherapie** liegt der Patient mehrmals pro Woche auf der Couch (bis zu 300 Stunden). Während der Patient aufgefordert ist, ohne Hemmungen zu berichten, was ihm durch den Sinn geht, sitzt der Therapeut hinter der Couch und bemüht sich um eine gleichschwebende Aufmerksamkeit. Auch er versucht, frei assoziativ eigene Einfälle zum Material des Patienten zu sammeln. Daraus ergibt sich die Deutung des Materials, die zunächst auf die Widerstände ausgerichtet ist, später auf die frühkindlichen Konflikte und schmerzhaften Verletzungen des Patienten. Der Analytiker bedient sich dabei seiner Gegenübertragung, in der er sich, vermittelt durch die „neurotischen Provokationen“ des Patienten, erlebt, als sei er eine jener frühen Beziehungspersonen. (Durcharbeiten frühkindlicher Beziehungsmuster in der Aktualisierung der Übertragungsbeziehung.)

Die **Verhaltenstherapie** gründet auf der empirischen Psychologie und ist der Versuch, das Störungs- und Veränderungswissen der empirischen Psychologie therapeutisch umzusetzen. Die der Behandlung vorausgehende Störungsdiagnostik besteht in einer individuellen Problemanalyse. Dabei werden die prädisponierenden, die auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen untersucht.

Die **kognitive Verhaltenstherapie** strebt danach, Prozesse des Denkens, der Bewertung der Vorstellung, der Erwartungen in ihrem Einfluss auf menschliches Erleben und Verhalten zu modifizieren. In der Regel werden besonders negative Kognitionen bezüglich der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft Gegenstand solcher Veränderungspläne. Durch ständige Weiterentwicklungen, entsprechend dem Prinzip der dynamischen Selbstregulation, wurde der Unterschied zur psychodynamischen Betrachtungs- und Behandlungsweise weitgehend relativiert.

Anamneseschema

in Anlehnung an *Rudolf, G. (2000)*

1. Klinisches Bild

Subjektive Beschwerden	Worunter leidet der Pat. genau, bestehen die Beschwerden schon immer oder nur gelegentlich?
Klinisches Bild	Psychische und körperliche Symptomatik, Persönlichkeitsproblematik
Verlauf	Wann traten die Symptome zum ersten Mal auf? Kannten Sie das schon von früher?
Krankheitsverhalten	Was haben Sie schon dagegen unternommen (diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Arztbesuche, Krankschreibungen, Klinikaufenthalte, Heilverfahren, Medikamente, psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlungen)? Wie erklären Sie sich selbst Ihre Beschwerden? Was würde sich ändern, wenn die Symptomatik weg wäre?
Überweisungsmodus	Auf wessen Veranlassung kommt der Pat. gerade hierher? Einstellung des Patienten?
Frühere Erkrankungen	

2. Symptomauslösende Situation

Äußere Lebensumstände	Wie waren die Lebensumstände, als die Beschwerden zum ersten Mal auftraten? Hat sich in Ihrem Leben etwas geändert?
-----------------------	---

3. Aktuelle Lebenssituation

Beziehungssituation Partner	Alter, Geschlecht, Geschichte der Beziehung, emotionale und sexuelle Beziehung zum Partner. Gibt es Schwierigkeiten? Was müsste anders sein?
Kinder	Alter, Geschlecht, eigene Beziehung zu den Kindern inkl. Einstellung und Erwartungen, Kinderwunsch, Abtreibungen, Beziehungsgestaltung
Soziale Kontakte	Zu gleich- und gegengeschlechtlichen Freunden, Gruppenkontakte
Berufliche Situation	Aktuelle Berufstätigkeit, Berufsentwicklung, ursprüngliche Berufsplanung, zukünftige Berufshoffnung, Zufriedenheit, Belastungen, Konflikte im Beruf
Ökonomische Situation	Wohnsituation, Geldsituation, Einkünfte, Schulden, Abhängigkeiten, Umgang mit Geld?
Wertorientierung	Besondere Wert- oder Erziehungsvorstellungen?

4. Biographie

Eltern	Wie würden Sie Ihre Mutter, Ihren Vater beschreiben? Wie war die Atmosphäre in der Familie?
Allgemeine Situation	Alter, Beruf, sozioökonomische Situation der Eltern, Krankheiten, Abwesenheiten
Psychosoziale Situation	(Ehe, Scheidung), Beziehung zwischen den Eltern, Freundeskreis, Beziehungen zu den Großeltern und ggf. abwesenden geschiedenen Ehepartner
Geschwister	Anzahl, Alter, Abstand, Platz in Geschwisterreihe, Krankheiten, Beziehungen untereinander
Primäre Familiensituation Mutter	Wie war Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter und wie ist sie heute? Rollen innerhalb der Familie?
Primäre Familiensituation Vater	Wie war Ihre Beziehung zu Ihrem Vater und wie ist sie heute? Rollen innerhalb der Familie?
Psychosexuelle Entwicklung	Phase der Identitätsreifung, Aufklärung, Beziehungen zu gleich- und gegengeschlechtlichen Partnern, Einstellung zur Sexualität
Schulische und berufliche Entwicklung	Leistungen, Abschlüsse, primärer Berufswunsch, Berufsabschnitte, Berufspläne

5. Selbst- und Objektvorstellung

Selbstbild	Was sind Sie für ein Mensch? Wie sehen Sie sich selbst?
Wichtige Bezugspersonen	Stellung sowie die Beziehung des Patienten zu diesen Personen

6. Allgemeine Erscheinung, erster Eindruck

Eindruck vom Pat. in der Untersuchungssituation	äußerlich, Selbstdarstellung, Redefluss, Stimmungslage. Was bewirkt der Pat. bei mir? (Mitleid, Aggression)
---	--

Depression

Epidemiologie

Unipolare Depression: Punktprävalenz 5,6 %, 12 Monate Prävalenz: 10,7 %, Lebenszeitprävalenz: 17,1 % (Jacobi et al 2004)

Geschlechtsverteilung: Lifetime-Risiko F:M = 2,4:1

Hohe **Komorbidität** mit körperlichen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus 10%, Myokardinfarkt 20%, Apoplex 25-35%, Krebserkrankung 25-40%.

Symptomatik

Depressive Episode (ICD-10 F32)

- Gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.
Andere häufige Symptome: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, verminderte Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektive, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, vermindertes Appetit
- Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung, typische Merkmale des somatischen Syndroms sind Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren, frühmorgendliches Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit, Morgentief, objektivierbarer Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust, deutlicher Libidoverlust.
- Die depressive Episode kann als leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode (hier ohne und mit psychotischen Symptomen) diagnostiziert werden. Darüber hinaus kann sie einmalig oder rezidivierend auftreten.

Ätiologie und Pathogenese

Psychodynamisches Modell der Depression

Die Depression ist Endstrecke verschiedenster biographischer konflikthafter und somatischer Prozesse. Die zentrale Rolle von Verlust-, Verunsicherungs- oder Enttäuschungserlebnissen in der Kindheit von später depressiv Erkrankten wird von psychoanalytischen Autoren als ätiologisches Moment besonders betont und gilt auch als empirisch gesichert (z. B. *Brown et al 1986*). Dies gilt zumindest für die große Gruppe der Patienten, die nicht an einer stark biologisch beeinflussten depressiven Erkrankung mit deutlicher genetischer Beteiligung leiden. Ein Objektverlust wird oft als zentrales auslösendes Moment beschrieben. Das besondere Erleben der Hilflosigkeit bei Depressiven kann auch als Ausdruck eines spezifischen emotionalen Dilemmas verstanden werden, das von verschiedenen Autoren als depressiver Grundkonflikt bezeichnet wird: auf dem Boden eines unsicheren Selbstwertgefühls bzw. einer verunsicherten Bindung an zentrale Bezugspersonen entsteht eine starke Abhängigkeit von äußeren oder inneren Objekten. Diesen wird aber gerade wegen der als bedrohlich erlebten Abhängigkeit auch (oft unbewusst) ein Gefühl von wütendem Aufbegehren oder Distanzierung entgegen gebracht. Letzteres kann meist nur unzureichend erlebt werden, weil damit ein subjektiver Verlust an Sicherheit einherginge, der den Betroffenen unerträglich ist. Aus dieser Spannung (Nähewünsche, verbunden mit Enttäuschungsgefühlen) entsteht eine Vielfalt schwieriger Interaktionsmuster. Die Betroffenen sind aggressiv-gehemmt, weil sie die Abwendung anderer fürchten. Sie wenden ihre Bedürftigkeit in altruistische Handlungen, die von der Umgebung, wegen des damit unterschwellig verbundenen Anspruches auf Gegenseitigkeit, zurückgewiesen werden. Diese negativen Reaktionen verstärken die basale Unsicherheit von zu Depressionen neigenden Menschen weiter. Aus dem Patt zwischen Abhängigkeit und nicht realisierbaren Individualisierungs- (Abgrenzungs-Gegenwehr-) Wünschen entsteht die depressive Vulnerabilität. Das Ausbrechen der Depression hängt dann von der Schwere des Auslösers und der Intensität der zugrunde liegenden Bindungsunsicherheit bzw. der Rigidität der Persönlichkeit ab.

Die Depression selber ist dann als eine Art Gegenregulation auf den Zusammenbruch der bisherigen Konfliktbewältigung zu sehen. Im Grunde können alle Situationen, die mit dem Erleben von Angst, Schuld oder Scham

oder anderen belastenden Affekten einhergehen, zu Depressionen führen, wenn sie das basale Sicherheitsgefühl und die Handlungsfähigkeit der Betroffenen nachhaltig genug beeinträchtigen (Schauenburg 2004).

Kognitives Modell der Depression

Das kognitionstheoretische Modell nach Beck (Beck und Rosh 1979) beruht auf der Annahme, dass eine kognitive Störung die Grundlage einer jeden depressiven Entwicklung darstellt. Dabei bezeichnet der Begriff „kognitive Triade“ drei wesentliche kognitive Muster, die den Patienten verleiten, sich selbst, seine Zukunft und seine Erfahrungen in idiosynkratischer Weise zu betrachten.

Der erste Bestandteil dieser Triade konzentriert sich auf das negative Selbstbild des Patienten. Er beurteilt sich selbst als unzulänglich und fehlerhaft und hält sich wegen seiner angeblichen Mängel für wertlos und nicht liebenswert. Die zweite Komponente der Triade besteht in der Wahrnehmung der Welt als feindlich und enttäuschend. Das Leben verlangt ihm aus seiner Sicht übermäßig viel ab bzw. legt ihm bei der Verwirklichung seiner Ziele ständig Hindernisse in den Weg. Die dritte Komponente besteht in negativen Zukunftserwartungen. Der depressive Mensch erwartet beständig Mühsal und Benachteiligung, bei jeder zukünftigen Aufgabe rechnet er mit einem Fehlschlag.

Negative, stressbesetzte Erfahrungen, die sich im Verlauf der Lebensgeschichte eines Patienten als kognitive Schemata verfestigen, können in belastenden Situationen (Auslösebedingungen) jederzeit reaktiviert werden. Schema bezeichnet hier ein stabiles (und häufig rigides) kognitives Verarbeitungsmuster auf der Basis dessen, wie ein Individuum seine Erfahrungen „liest“, d. h. wahrnimmt, strukturiert und bewertet, wodurch es im Sinne einer self-fulfilling prophecy auch immer wieder aufs Neue monomorphe Erfahrungskontexte konstellierte. Typische kognitive Fehler, wie willkürliches Schlussfolgern, selektive Wahrnehmung, verabsolutierendes Denken verunmöglichen eine distanzierte, objektivierte und damit flexible, korrigierende Aufsicht auf das eigene Erleben.

Therapie

Psychodynamisch

Thematisierung des depressiven Grundkonflikts und der unbewussten Beziehungswünsche sowie Ermöglichung der zur Nachreifung notwendigen Beziehungserfahrung.

Kognitiv-verhaltenstherapeutisch

Aufbau positiver Aktivitäten, Identifikation und Modifizierung der funktionalen Kognitionen und Schemata mit Hilfe kognitiver Techniken, Erfassung automatischer Gedanken.

Komplikation Suizidalität

Warnhinweise, die eine Abklärung der Suizidalität nötig machen:

- Erleben von Ausweglosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Ständiges sich beschäftigen mit Todesgedanken
- Zunehmende Einengung (bzgl. Situation, Apperzeption, Assoziation, Verhalten, Werte, Beziehungen)
- Aggressionshemmung mit Wendung der Aggression gegen die eigene Person
- Suizidphantasien (aktiv intendiert / passiv sich aufdrängend)
- Innere Unruhe / Agitiertheit
- Paranoide Gestimmtheit
- Wunsch nach ... Ruhe, Hilfe, Veränderung, Rache, Ablösung, Todeswunsch
- Wut / Enttäuschung / Kränkung
- Depressive Verstimmung
- Resignation / Hoffnungslosigkeit

- Katastrophenträume, Selbstvernichtungsträume
- Psychotische Symptome (z. B. imperative Stimmen)
- Auffällig kann sein:
Eine friedliche Gelöstheit nach vorheriger Verzweiflung und Unruhe („Ruhe vor dem Sturm“)

Einschätzung des Suizidrisikos:

Ziele

- Identifikation suizidaler Menschen
- Beurteilung des suizidalen Risikos (Art und Ereigniswahrscheinlichkeit)
- Erstellung einer Kurzzeitprognose sowie Planung des weiteren Vorgehens

Exploration

- Exploration der aktuellen Suizidgedanken u. ggf. Vorbereitungen
- Exploration der aktuellen psychopathologischen Symptomatik
- Exploration früherer autoaggressiver Handlungen (bei dem Betroffenen und im Umfeld)
- Exploration der aktuellen Lebenssituation

Einschätzung des Suizidrisikos mittels folgender Fragen:

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?
2. Haben Sie daran denken müssen, ohne es zu wollen?
3. Haben sich die Gedanken aufgedrängt?
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
6. Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen?
7. Haben Sie davon geträumt, sich das Leben zu nehmen oder tot zu sein?
8. Haben Sie einmal einen Suizidversuch unternommen?
9. Hat sich in Ihrer Familie, in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen (versucht, das Leben zu nehmen)?
10. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?
11. Haben Sie bestimmte Ziele oder Vorhaben in naher und ferner Zukunft?
12. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?
13. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Ihren Bekannten, Verwandten und Freunden?
14. Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und Ihrer Umgebung vorgeht?
15. Haben Sie noch Interesse an Ihren Hobbys?
16. Haben Sie jemandem, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?
17. Wohnen Sie allein oder in Gemeinschaft?
18. Fühlen Sie sich familiär oder beruflich eingebunden, mit Aufgaben und Verantwortungen betraut?
19. Fühlen Sie sich in einer religiösen oder weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?
20. Gab es in jüngster Zeit besondere Vorkommnisse und Belastungen in Ihrem Leben?
21. Haben Sie Zukunftspläne? (Welche?)

Planung des weiteren Vorgehens anhand folgender Fragen:

1. Liegt akute oder chronische Suizidalität vor?
2. Handelt es sich um einen passiven Ruhewunsch, Todeswunsch oder ist eine aktive Handlung intendiert?
3. Sind es Suizidgedanken, -absichten oder -pläne?
4. Kommt der vorliegenden Suizidalität eher eine appellative oder eine aggressive Bedeutung zu?
5. Liegen existentielle Bedrohtheitsgefühle oder ein Todeswunsch oder Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Ohnmacht vor?
6. Liegen Selbstbestrafungsabsichten oder ein passives Erdulden und Erwarten vor?
7. Gab es frühere Suizidversuche?
8. Einschätzung der Erwartungswahrscheinlichkeit (Risiko eines Suizidversuches innerhalb der nächsten 24 Stunden bzw. innerhalb der nächsten 7 Tage)

- »» Bei akuter Suizidalität mit Handlungsabsicht sofortige Einweisung in eine psychiatrische Akutklinik.
- »» Bei akuter Suizidalität und mangelnder Paktfähigkeit: Indikation zur Einweisung in eine psychiatrische Akutklinik überprüfen.
- »» Bei Suizidalität mit Paktfähigkeit: Überweisung an einen Facharzt mit fester Terminvereinbarung. Weitgehendes Betreuungsangebot unterbreiten, wenn möglich!

Gesprächstechniken

Genauere Exploration ist hilfreich zur Prävention eines Suizids, erhöht nicht das Risiko.

Wohlwollendes, vorbehaltloses und verständnisvolles Akzeptieren, Haltung: „Ich bin bereit, Ihnen zuzuhören.“, „Übersetzungsarbeit“ leisten, Verbalisierung der Gefühle von Wut, Gekränktheit und Resignation („Reflexionshilfe“).

- »» Das „Rat geben“ oder „Mut zusprechen“ bzw. „Verurteilen“ könnte den Suizidenten in die Lage bringen, seine als ausweglos empfundene Situation verteidigen zu müssen und ist daher unbedingt zu vermeiden.

Somatoforme Störungen

Epidemiologie

25 % aller Patienten in der Primärversorgung haben somatoforme Störungen. In den Ambulanzen somatischer Fachversorgung reicht die Häufigkeit von unter 5 % (z. B. Dermatologie) über 30 % (z. B. Neurologie) bis zu 50 % (z. B. Gastroenterologie) (Scheidt und Henningsen 2009).

Symptomatik

Die **Diagnose** somatoformer Störungen erfolgt in zwei Schritten

1. Ausschluss einer körperlichen Erkrankung
2. Sicherung positiver Diagnosekriterien durch die Erhebung einer psychosozialen biographischen Anamnese und eines psychischen Befundes

Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)

Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind körperliche Symptome vorhanden, erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine enge Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen, widersetzt sich der Patient gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit der psychischen Ursache zu diskutieren.

Nach ICD-10 werden bei den somatoformen Störungen im Wesentlichen 4 Störungsbilder unterschieden:

Somatisierungsstörung (F45.0, F45.1)

Hier steht ein komplexes, vielfältiges Bild von körperlichen Beschwerden im Vordergrund, das mit Symptomen in unterschiedlichen Körperregionen und Organsystemen verbunden ist. Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation, sexuelle Funktionsstörungen, Schwindel und funktionelle Beschwerden im Bereich des Vegetativums treten gleichzeitig oder im Verlauf abwechselnd auf.

Bei der **somatoformen Schmerzstörung** (ICD-10 F45.4) steht definitionsgemäß der Schmerz häufig im Sinne einer Monosymptomatik im Vordergrund. Die Schmerzen bestehen über längere Zeit (mindestens 2 Jahre), sind quälend, also krankheitswertig, und können nicht durch eine organische Ursache erklärt werden.

Bei den **somatoformen autonomen Funktionsstörungen** (ICD-10 F44.3) steht als Leitsymptom die Störung vegetativer Funktionen bestimmter Organsysteme im Vordergrund. Betroffen sind häufig der Gastrointestinaltrakt (Colon irritabile), das Herz-Kreislauf-System (Herzneurosen) und die Lunge (Hyperventilationssyndrom).

Die Zuordnung der **Hypochondrie** (ICD-10 F45.2) zu den somatoformen Störungen ist vor allem durch die Tatsache begründet, dass die übersteigerte Angst, an einer körperlichen Krankheit zu leiden, im Ergebnis oft zu einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer Diagnostik und zu ähnlichen Problemen der Arzt-Patient-Beziehung führt wie bei den somatoformen Störungen. Auch sind hypochondrische Befürchtungen eine häufige Begleitsymptomatik bei anderen somatoformen Störungen und stellen insofern eine Grunddimension dieser Gruppe dar.

Ätiologie und Pathogenese

Die Entstehung somatoformer Störungen wird heute als komplexer multifaktorieller Prozess angesehen, zu dem psychodynamische, lerntheoretische, familiendynamische, soziologische, neurobiologische und genetische Entstehungsmodelle existieren. Folgende Gesichtspunkte sind von Bedeutung:

- **Störung der Affektwahrnehmung:** Patienten mit somatoformen Störungen nehmen Affekte weniger wahr als Vergleichsgruppen körperlich Kranker. Eine inverse Beziehung zwischen vermindertem Affektausdruck und erhöhter psychophysiologischer Erregung in Belastungssituationen wurde experimentell z. B. für Patienten mit Spannungskopfschmerz gesichert.
- **Erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft und somatosensorische Applizierung:** Die erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft stellt im Sinne der Somatisierung „das körperliche Substrat“ der Symptombildung dar. Neben einer erhöhten physiologischen Reaktionsbereitschaft kommt der Fehlbewertung körperlicher Signale (somatosensorische Applizierung) Bedeutung zu. Danach werden durch einen interozeptiven Wahrnehmungsstil normale körperliche Empfindungen intensiver wahrgenommen und als Zeichen einer Erkrankung fehlinterpretiert.
- Biographische Vulnerabilität, Kindheitsbelastungsfaktoren wie körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung, chronische Erkrankungen der Eltern, unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster, kognitive Fehlbewertung und dysfunktionale Konfliktbewältigungsstrategien innerhalb der Ursprungsfamilie sind psychodynamisch bedeutsame Faktoren.
- Belastungen der Arzt-Patient-Interaktion sind für somatoforme Störungen charakteristisch.
- Bahnung einer somatoformen Störung durch körperliche Vorschädigungen ist möglich.
- Hohe **Komorbidität** mit affektiven Störungen, insbesondere Depression, ist bekannt.
- Soziale und gesellschaftliche Aspekte der Symptomentstehung und Aufrechterhaltung, zusammengefasst als „sekundärer Krankheitsgewinn“, spielen eine Rolle.
- **Iatrogene Chronifizierung:** Zur Chronifizierung tragen ferner iatrogene Faktoren, wie multiple Abklärungen und die Überbewertung von Zufallsbefunden und Normvarianten, bei.

Therapie

In der psychotherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen sind folgende Behandlungsschwerpunkte und -zielsetzungen üblich:

- Somatisches Krankheitsmodell hinterfragen
- Katastrophisierende Bewertung von Körperempfindungen relativieren
- Zu engen Begriff von „gesund sein“ aufweiten
- Selektive Aufmerksamkeit auf Körperprozesse verringern
- Wahrnehmung unbedeutender Körperempfindungen schwächen bzw. einordnen lernen
- Burn out durch chronische Selbstüberforderung (depressive Somatisierung) verringern
- Negatives Selbstkonzept und geringes Selbstvertrauen verbessern
- Verbesserung der Affektwahrnehmung
- Verständnis der funktionalen Bedeutung der Körpersymptome entwickeln
- Spezielle Beispiele:
Schulung der Körperwahrnehmung mit entsprechender Gefühlswahrnehmung (Protokoll führen)
- Bedeutung der Beschwerden in der Beziehung zu anderen verstehen lernen.
(Körperbefindlichkeiten in Bezug auf andere erfragen , z. B. „Wie reagiert Ihre Frau auf Ihre Beschwerden und wie reagieren Sie dann“ = interaktioneller Aspekt)
- Unterschiede wahrnehmen lernen.
(Nach Ausnahmen bzw. nach Unterschieden fragen, z. B. „Gibt es Situationen in denen Sie weniger/mehr Beschwerden haben?“)

Essstörungen

Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0)

Epidemiologie

Betroffen sind 0,5 – 1 % der Risikopopulation der 15 – 25-jährigen Mädchen und Frauen.

Jungen und Männer sind im Verhältnis von etwa 1:20 seltener betroffen.

Symptomatik

Die Anorexia nervosa ist durch ein ausgeprägtes, selbst herbeigeführtes Untergewicht (Bodymaßindex $< 17,5 \text{ kg/m}^2$) gekennzeichnet. Die Erkrankung geht mit einem hohen Grad an Verleugnung einher. Fasten, selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien-Abusus, übertriebene körperliche Aktivität, der Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika sind Ursachen der Gewichtsabnahme. Trotz Untergewichts besteht eine Furcht vor Gewichtszunahme bzw. eine häufige Beschäftigung mit dem Gewicht. Bei Frauen liegt eine Amenorrhoe seit mindestens 3 Monaten vor. Eine restriktive, asketische Form wird von einer bulimischen Form mit Ess-Brech-Anfällen oder Laxantien-Abusus unterschieden. Übertriebene körperliche Aktivität und der Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika sind Ursachen der Gewichtsabnahme. Trotz Untergewichts besteht eine Furcht vor Gewichtszunahme bzw. eine häufige Beschäftigung mit dem Gewicht (Gewichtssphobie).

Ätiologie und Pathogenese

Psychodynamisch: Ringen um Autonomie, Selbstwertregulation durch erfolgreiche Diäten

Triebtheoretisch: Verschiebung genitaler Sexualität auf den Bereich Essen (Oralität)

Lerntheoretisch: Verselbständigung und Automatisierung pathologischer Essgewohnheiten

Biologisch: genetische Prädisposition

Familiendynamisch: maladaptive familiäre Muster können die rasche Diagnostik und den Therapiebeginn verzögern und den Verlauf komplizieren

Soziokulturell: übertriebene Schlankheits- und Schönheitsideale vor dem Hintergrund zunehmender Adipositas in der Gesamtbevölkerung

Auslösesituationen:

- Reale oder phantasierte Trennungen vom Elternhaus (Ende der Schulzeit, Schüleraustausch, Au-pair-Aufenthalte); alterstypische Verunsicherungen bei ersten erotischen Kontakten oder Enttäuschungen

Psychische Komorbidität:

Depression, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Suchterkrankung

Somatische Komorbidität:

- Akut: Elektrolytstörungen bei selbstinduzierten Erbrechen, Laxantien und Diuretikaabusus
- Herzrhythmusstörungen
- Hormonstörungen (Östrogenmangel, Cortisol-Anstieg)
- Chronisch: Osteoporose, Niereninsuffizienz, Erosion der Zähne

Therapie

Kern und Grundlage jeder Therapie ist die längerfristige Psychotherapie, die bei einem BMI > 15 ambulant begonnen, bei ausbleibendem Erfolg, aber spätestens nach 6 Monaten stationär erfolgen sollte. Die Behandlung der Anorexia nervosa besteht aus einem kombinierten Therapieansatz, in dem (zumeist mit verhaltenstherapeutischen Techniken) an der Gewichtsnormalisierung und Aufgabe pathologischen Essverhaltens gearbeitet wird, ebenso wie an einer Verbesserung der Beziehungsfähigkeit (Autonomiestreben, Abwehr von Abhängigkeitswünschen etc.).

Prognose

(unter psychotherapeutischer Behandlung)

- Heilung in mehr als der Hälfte der Fälle (nach 4 – 6 Jahren)
- Besserung der Restsymptomatik bei 20 % der Patienten
- Chronizität bei etwa 20 %
- Mortalität 5 – 10 %

Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2)

Epidemiologie

Etwa 3 – 4 % der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 35 Jahren in den technisch hochentwickelten Ländern sind betroffen. Häufigkeitsgipfel der ersten Manifestation ca. 17. Lebensjahr. 5 – 10 % der Bulimie-Kranken sind Männer, bis zu 20 % der Betroffenen leiden gleichzeitig unter einer Persönlichkeitsstörung.

Symptomatik

Die Bulimia nervosa ist eine Essstörung, bei der es zu Heißhungeranfällen kommt, denen unabweisbare Essattacken mit Kontrollverlust folgen. Nach dem wahllosen Verschlingen großer Nahrungsmengen (oft mehrere 1000 kcal) werden vermeintlich gewichtsreduzierende Maßnahmen durchgeführt (in 85 % der Fälle Erbrechen, aber häufig auch Laxantien- oder sogar Diuretikaabusus). Die Einstellung der Betroffenen zum eigenen Körper ist durch eine überwertige Sorge um Figur und Gewicht gekennzeichnet. Es besteht eine ständige Angst, dick zu werden.

Ätiologie und Pathogenese

Im Zentrum der Dynamik steht eine Beeinträchtigung des Selbstwerterlebens, die zu einer Entwertung des eigenen Körpers führt. Während bei der Anorexie, die weitgehend erfolgreiche Triebunterdrückung zu einem „Triumph der Askese“ führt, finden wir bei der Bulimia nervosa einen ständigen Kampf zwischen Triebkontrolle und Triebdurchbruch mit wechselndem Ausgang.

Häufige somatische Folgen der Bulimia nervosa:

Zahnschmelzschäden, akute Ösophagitis und Gastritis, Zyklusstörungen (bei oft erhaltener Fertilität), Elektrolytstörungen (vor allem Hypokaliämie, Herzrhythmusstörungen und Niereninsuffizienz), metabolische Alkalose

Komorbidität:

Die häufigsten psychischen Begleiterkrankungen sind Depressionen (50 %) und Borderline-Störungen (bis zu 30 %).

Der Diabetes mellitus (meistens Typ I) ist die am meisten gefürchtete internistische Begleiterkrankung. Hier kann das Erbrechen durch eine viel unauffälligere Methode ersetzt werden: Die Unterlassung der eigentlich notwendigen Insulinapplikation führt zu einer Hyperglykämie, die jedoch nicht hyperkalorisch wirksam wird, weil keine

Verstoffwechslung eintreten kann, sondern eine renale Eliminierung mit den bekannten Organschädigungen stattfindet. Der Aspekt der Selbstschädigung wird hier besonders deutlich.

Therapie

Ambulante oder stationäre Psychotherapie. Wie bei der Anorexie steht eine kombinierte Behandlung im Vordergrund. Weitere Behandlungsstrategien wie unter Binge eating-Störung.

Indikation für stationäre Behandlung: schwere Elektrolyteentgleisungen, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufstörungen, Synkopen, jegliche essstörungenunabhängige Komorbidität.

Binge Eating Störung

Epidemiologie

Prävalenz von 1 – 3 % in der Allgemeinbevölkerung, auf beide Geschlechter gleich verteilt, häufige Komorbidität mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Die Ätiologie ist noch weitgehend unklar.

Symptomatik

Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Ein „Fressanfall“ ist gekennzeichnet durch

- Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzten Zeitraum, die definitiv größer ist, als die meisten Menschen essen würden.
- Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen.
- Die „Fressanfälle“ treten insgesamt mit mindestens 3 der folgenden Symptome auf:
 - wesentlich schneller essen als normal; Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
 - Essen großer Mengen ohne körperliches Hungergefühl,
 - Allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
 - Deprimiertheit, Ekel oder Schuldgefühle nach dem Essanfall.

Es besteht ein deutlicher Leidensdruck wegen der „Fressanfälle“.

Die „Fressanfälle“ treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf. Sie gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz unangemessener gegenregulatorischer Maßnahmen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

Therapie

- Analyse auslösender und aufrechterhaltender Faktoren des unkontrollierten Essverhaltens
- Erkennen von funktionalen Zusammenhängen zwischen Essen und Emotion
- Schärfung der Wahrnehmung interozeptiver Reize des Hungers und der Sättigung
- Erlernen alternativer Umgangsweisen mit spannungsreichen psychischen Konfliktsituationen
- Abbau des charakteristischen dichotomen Denkens (Schwarz-Weiß-Denken)
- Identifizierung der funktionalen Überzeugungen im Hinblick auf das Körperbild und die Selbstwertregulation
- „Antidiätkonzept“ – Vermeidung restriktiven Essverhaltens, insbesondere bei Patienten, bei denen das gezielte Essverhalten einen wichtigen Faktor in der Genese der Binge Eating Störung hat.
- Fokussierung auf schwerwiegende psychische Problembereiche, insbesondere wenn das bisherige dysfunktionale Essverhalten eine Regulationsfunktion hat.

Prognose der Binge eating - Symptomatik

Durch psychotherapeutische Interventionen lässt sich eine Besserung psychischer Symptome wie auch der Essstörungssymptomatik erreichen. Diese führt nicht zu einer dauerhaften Gewichtsabnahme.

Prognose der Adipositassymptomatik

Adipositas ist eine häufige Komorbidität der Binge eating-Störung.

Kinder, die im Alter von 11 Jahren adipös sind, bleiben auch im Erwachsenenalter oft adipös. Eine dauerhafte Gewichtsreduzierung mittels konservativer Maßnahmen ist im erwachsenen Alter nur bei 14 % zu erzielen.

Die Adipositaschirurgie scheint derzeit die aussichtsreichste Therapiemaßnahme zur Behandlung schwerer Adipositas zu sein. Sie ist bei 70 % der Patienten erfolgreich. Nach 10 Jahren beträgt der Gewichtsverlust durchschnittlich 13 – 17 kg bei den restriktiven Operationsverfahren; mehr als 23 kg bei den Magenbypassverfahren. Die OP-Letalität beträgt in Chirurgischen Kompetenzzentren 0,2 %.

Angststörungen

Epidemiologie

Agoraphobie:	Lebenszeitprävalenz 2,1 – 10,9 %; m/w = 1/2
soziale Phobie:	11,1 % für Männer, 15,5 % für Frauen
spezifische Phobie:	5,9 bis 15,1 %; m/w = 1/2
Panikstörung:	3,2 – 3,6 %; m/w = 1/2
generalisierte Angststörung:	4,0 – 5,1 %; m/w = 2/3

Symptomatik

Unterschieden werden

- Phobien, bei denen Angst durch bestimmte Situationen oder Objekte ausgelöst wird
- Störungen, bei denen die Angst plötzlich und unvorhergesehen auftritt (Panikstörung)
- Belastung durch ständig als unkontrollierbar erlebte Ängste in verschiedenen Lebensbereichen (generalisierte Angststörung)

Panikstörung (ICD-10 F41.0):

Unvorhersehbare zeitlich umgrenzte Episoden, „Anfälle“ akuter Angst. Die häufigsten körperlichen Symptome sind Herzklopfen, Herzrasen, Atemnot und Schwindel, Benommenheit, Schwitzen und Brustschmerzen sowie Druck- oder Engegefühl in der Brust.

Daneben treten üblicherweise kognitive Symptome auf, die die mögliche Bedeutung dieser körperlichen Erfahrungen betreffen, z. B. „Angst zu sterben“, „Angst, verrückt zu werden“ oder „Angst, die Kontrolle zu verlieren“. Gelegentlich kommt es zu Derealisations- und Depersonalisationserleben (= Gefühlen, sich selbst oder der Umwelt entfremdet zu sein). Während des Panikanfalls tritt als Ausdruck extremer Bedrohung hilfesuchendes Verhalten ein (Arztsuche, „die Suche nach einem sicheren Ort“).

Agoraphobien (ICD-10 F40.0)

Kernthemen der Angst sind, das Haus zu verlassen, Geschäfte aufzusuchen, Reisen in Zügen und Bussen zu unternehmen.

Tritt neben den Panikanfällen auch Vermeidungsverhalten auf, so wird eine **Agoraphobie mit Panikstörung** (F40.1) diagnostiziert. Das Vermeidungsverhalten kann eng umgrenzt sein, in extremen Fällen aber auch so stark generalisieren, dass Betroffene ohne Begleitung das Haus nicht mehr verlassen können.

Soziale Phobie (F 40.1)

Starke, unangemessene Angst in Situationen, die mit anderen Menschen zu tun haben, bzw. das angstbedingte Vermeiden solcher Situationen, wird als soziale Phobie bezeichnet. Im Vordergrund steht die Angst, sich zu blamieren, zu versagen oder unangenehm aufzufallen.

Spezifische Phobien (F 40.2)

Angstauslösende Objekte / Situationen sind Tiere, spezifische Situationen wie Höhe oder Fliegen, aber auch der Anblick von Blut oder Spritzen.

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Leitsymptome sind länger als 6 Monate anhaltende Sorgen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen und von den Betroffenen nur schwer kontrolliert werden können. Diese Ängste nehmen häufig einen großen Teil des Tages in Anspruch und führen zu Anspannung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und anderen Symptomen der chronischen Anspannung.

Ätiologie und Pathogenese

- **Prädisponierende Faktoren:** genetische Disposition, angstbetonte Erziehung, Ängste im familiären Umfeld (Modelllernen), chronische Stresssituationen
- **auslösende Faktoren:** akute Stresssituationen, traumatisches Ereignis, somatische Auslöser (z. B. Hyperglykämie, Zustand nach Alkoholexzess)
- **aufrechterhaltende Faktoren:** Vermeidungsverhalten (operante Verstärkung), Lösung eines neurotischen Konflikts (primärer Krankheitsgewinn), Reaktion des familiären oder beruflichen Umfeldes (sekundärer Krankheitsgewinn)
- **Vulnerabilitätsfaktoren:** ängstlich-ambivalenter Bindungsstil

Therapie

- **Verhaltenstherapie:** Bei Phobien ist die Expositionstherapie in vivo die Therapie der Wahl.
- Bei der Panikstörung hat sich die **kognitive Therapie** zur Reattribution körperlicher und psychischer Symptome als effektiv erwiesen.
- Therapieprinzipien der **psychodynamischen Therapien** bei Angststörungen: Herstellen der Beziehungssicherheit, aktives Angehen der durch Situationsexposition ausgelösten Affekt- eskalation, Einbeziehen unbewusster Konflikte, Verarbeitung von Verlusterfahrungen, Bearbeitung negativer emotionaler Schemata, Bearbeitung interpersoneller Konflikte, Bearbeitung der Selbstwertvulnerabilität.
- **Medikamentöse Therapie** nur in Kombination mit Psychotherapie, unter Umständen Antidepressiva. Benzodiazepine aufgrund des erheblichen Suchtpotentials nur kurzfristig und mit großer Zurückhaltung (z. B. in Krisensituationen) einsetzen.

**Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
am Universitätsklinikum Leipzig AÖR
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig**

Semmelweisstraße 10
04103 Leipzig
Fon Sekretariat: 0341. 97 188 50
Lehrbeauftragte: uta-susan.donges@medizin.uni-leipzig.de