

Vorbereitung auf die Überprüfung  
vor dem Gesundheitsamt

## Skript Nr. 7

### F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen
- Anpassungsstörungen
- dissoziative Störungen
- somatoforme Störungen
- andere neurotische Störungen

CWCVerlag.

Im Selbststudium  
zum Heilpraktiker  
für Psychotherapie

Christine Wunderlich  
Heilpraktikerin für Psychotherapie



<b>Einführung</b>	Seite	<b>Zwangsstörung</b>	Seite
1. Hinweise zur Bearbeitung des Skripts.....	3	1. Einführung.....	59
2. Übersicht Krankheitsbilder F4.....	7	2. Epidemiologie.....	61
3. Einführung Krankheitsbilder F4.....	9	3. Ätiologie.....	63
		4. Symptome.....	71
		5. Diagnostische Leitlinien.....	77
		6. Therapie.....	79
		7. Differenzialdiagnosen.....	81
 <b>Angststörungen</b>		 <b>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	
1. Einführung.....	11	1. Einführung.....	85
2. Epidemiologie.....	13	2. Ätiologie.....	89
3. Ätiologie.....	15	3. akute Belastungsreaktion.....	93
 <b>phobische Störungen</b>		4. posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	99
1. Einführung.....	23	komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS).....	109
2. Agoraphobie.....	25	5. Anpassungsstörungen.....	111
3. soziale Phobie.....	31		
4. spezifische (isolierte) Phobien.....	37		
 <b>andere Angststörungen</b>			
1. Panikstörung.....	43		
2. generalisierte Angststörung.....	49		
Differenzialdiagnosen zu phobischen und anderen Angststörungen.....	55		

<b>dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)</b>		Seite
1.	Einführung.....	117
2.	Epidemiologie.....	123
3.	Ätiologie.....	125
4.	dissoziative Störungen auf psychischer Ebene.....	129
5.	dissoziative Störungen auf körperlicher Ebene.....	133
6.	sonstige dissoziative Störungen .....	137
7.	Therapie.....	139

## **somatoforme Störungen**

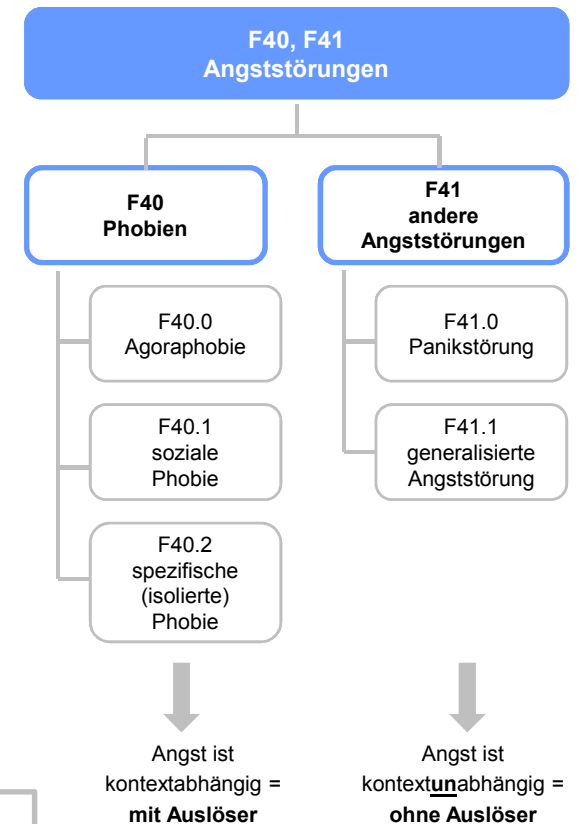
1.	Einführung.....	141
2.	Ätiologie.....	145
3.	Somatisierungsstörung.....	149
4.	hypochondrische Störung.....	153
5.	somatoforme autonome Funktionsstörung.....	157
6.	Herzangstsyndrom.....	161
7.	Hyperventilationstetanie.....	165
8.	anhaltende Schmerzstörung.....	167
9.	Therapie.....	169

<b>andere neurotische Störungen</b>		Seite
1.	Einführung.....	171
2.	Neurasthenie.....	173
3.	Burnout-Syndrom.....	177
4.	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom.....	179
	Literaturverzeichnis.....	181
	Impressum.....	182

- Angst ist ein Phänomen, das jeder Mensch in unterschiedlichen Situationen und Ausprägungen kennt
  - ⇒ als „**normale**“ **Angst** hat sie eine Alarmfunktion für den Organismus: sie löst Aktivitäten zur Beseitigung von Gefahr aus und verschwindet, wenn die Gefahr beseitigt ist
  - ⇒ ein Übermaß an Angst (= „**pathologische**“ **Angst**) hingegen lähmt die körperlichen und geistigen Funktionen
- **Angst zeigt sich auf verschiedenen Ebenen:**
  - emotional** (Gefühl, „in der Enge zu sein“)
  - vegetativ** (Erregung des Sympathikus -> führt zu vegetativen Beschwerden, z. B. Schweißausbrüche, Zittern)
  - kognitiv** (Einengung der Aufmerksamkeit auf die Gefahr -> „geistige Blockade“)
  - motorisch** (Erhöhung des Muskeltonus bis hin zur kompletten Hemmung -> „vor Angst wie erstarrt sein“)
- das Symptom „Angst“ ist eines der **häufigsten psychopathologischen Symptome:**
  - ⇒ als **Begleitsymptom** bei sehr vielen psychischen Erkrankungen (am häufigsten mit einer Depression)
  - ⇒ als **eigenständiges Krankheitsbild** (Angststörung)

## Allgemeine Definition von Angst- und Panikstörungen:

- charakteristisch ist eine **massive Angstreaktion** bei **gleichzeitigem Fehlen akuter, extremer Gefahren oder Bedrohungen**
- Angststörungen können erscheinen:
  - frei flottierend (generalisierte Angststörung)
  - als phobische Angst
  - als Panik
- die Symptomatik umfasst in der Regel **psychische** und **körperliche** (v. a. **vegetative**) Beschwerden
- Angststörungen führen zu **erheblichem Leid** und haben häufig gravierende Folgen im privaten und beruflichen Bereich und ziehen **massive Behinderungen** nach sich
- die **Verhaltenstherapie** gilt heute als die **wirksamste therapeutische Methode** bei Angst- und Panikstörungen



<p><b>Kurzbeschreibung</b></p>	<p>die <b>Bezeichnung „Agoraphobie“</b> beinhaltet</p> <p>a) sowohl im „wörtlichen“ Sinn die Angst vor offenen, weiten Plätzen (<b>Platzangst</b>)</p> <p>b) als auch im weiteren Sinn die Angst vor Beengung (<b>klaustrophobische Angst</b>)</p> <p>⇒ <b>und an diesen Orten/Situationen keine oder nur eingeschränkte Fluchtmöglichkeiten und/oder verfügbare Hilfe zu haben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es wird befürchtet, an <b>öffentlichen Orten</b> oder <b>Situationen hilflos machende</b> oder <b>peinliche</b> Beschwerden (einen imaginierten „Skandal“) zu erleiden und keine Fluchtmöglichkeit zu haben oder Hilfe zu bekommen</li> <li>• typisch für die Störung ist das <b>Vermeidungsverhalten</b>: nach Möglichkeit werden die angstauslösenden Situationen fluchtartig verlassen oder komplett gemieden</li> <li>• die Agoraphobie tritt häufig (<b>über 50%</b>) mit einer <b>Panikstörung</b> auf (siehe S. 43)</li> </ul>
<p><b>angstbesetzte Vorstellungen</b> (Beispiele)</p>	<p><b>Angst besteht z. B. davor:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zusammenzubrechen oder ohnmächtig zu werden und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben</li> <li>• plötzlichen Schwindel, Ohnmachtsgefühle, Herzbeschwerden oder einen Verlust der Blasen- oder Darmkontrolle zu bekommen</li> <li>• nicht in der Nähe von Hilfe (Arzt, Klink, Angehörige) zu sein</li> <li>• alleine zu sein</li> <li>• sich nicht wieder sofort und leicht an einen sicheren Platz (meist nach Hause) zurückziehen zu können</li> <li>• nicht aus der Situation flüchten zu können (= Schlüsselsymptom vieler agoraphobischer Situationen)</li> </ul>
<p><b>angstauslösende Situationen</b> (Beispiele)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten</li> <li>• sich in Menschenmengen zu befinden (z. B. in der U-Bahn, im Bus, im Tunnel, im Fahrstuhl, in Fußgängerzonen, im Kaufhaus)</li> <li>• alleine zu reisen bzw. weit von zu Hause entfernt zu sein</li> <li>• in einer Schlange im Geschäft stehen</li> <li>• Restaurantbesuch</li> <li>• das Gefühl, in der „Falle“ zu sitzen (z. B. im Zug oder Kaufhaus)</li> </ul> <p><b>„Hilfsmittel“ zur Vermeidung der Angst sind z. B.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• von einer Person begleitet zu werden</li> <li>• Sitzen neben der Tür</li> <li>• Fokussieren der Gedanken auf etwas anderes</li> <li>• Schirm, Tasche o. ä. dabei haben</li> <li>• Tragen einer Sonnenbrille</li> </ul>

Agoraphobie	<p><i>gr.: agora = Markplatz</i></p> <p><u>wörtlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Angst vor dem Markplatz“</li> </ul> <p><u>im weiteren Sinne:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, öffentliche Plätze zu betreten</li> </ul>
Klaustrophobie	<p><i>lat.: claustrum = Verschluss, Riegel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor verschlossenen Räumen</li> </ul>

3. Ein Patient leidet unter starken Ängsten, das Haus zu verlassen, Kaufhäuser zu betreten und auf öffentlichen Plätzen zu sein. Weiter berichtet er, dass er mittlerweile allein die Vorstellung, den Fahrstuhl zu betreten, um das Haus zu verlassen, ausreicht, um eine starke Angstreaktion hervorzurufen.

Welche der folgenden Angststörungen trifft am ehesten auf den hier beschriebenen Patienten zu?

- a) Panikstörung
- b) Agoraphobie**
- c) Klaustrophobie
- d) Generalisierte Angststörung
- e) Angstneurose

1. Zu den typischen anfallsauslösenden Momenten bei der Agoraphobie zählen:

- 1) der Anblick von Spinnen
  - 2) der Anblick von Mäusen
  - 3) das Überqueren weiter Plätze
- a) nur 1 ist richtig
  - b) nur 2 ist richtig
  - c) nur 3 ist richtig**
  - d) nur 1 und 2 sind richtig
  - e) alle sind richtig

2. Leidet ein Mensch unter der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen, dann ist das Ausdruck einer

- a) Sozialen Phobie
- b) Zwangsstörung
- c) Generalisierten Angststörung
- d) Posttraumatischen Belastungsstörung
- e) Agoraphobie**

es werden 2 verschiedene Zwangsphänomene unterschieden:

1. Zwangsgedanken (Zwangsbefürchtungen, Zwangsimpulse, Grübelzwang)
2. Zwangshandlungen (Zwangsrituale)

## 1. Zwangsgedanken:

	Definition	Beispiele
Zwangsbefürchtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sich immer wieder aufdrängende Gedanken/ Befürchtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pathologische Zweifel an korrekt ausgeführten Handlungen</li> <li>• Gedanke, sich beim Kontakt mit anderen Menschen oder Objekten zu beschmutzen oder anzustecken (Angst vor Krankheit)</li> <li>• Angst an einer schweren Krankheit zu leiden und Familienangehörige durch Berührung oder gemeinsam benutzte Gegenstände anzustecken</li> </ul> <p>⇒ <b>CAVE – Abgrenzung zu Hypochondrie (F45.2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• auch hier bestehen anhaltende Befürchtungen, an einer Krankheit zu leiden, ABER: normale Körperempfindungen (z. B. Herzklopfen bei Anstrengung) werden im Sinne einer schweren Erkrankung fehlinterpretiert; es besteht kein Bezug zu äußeren Dingen oder Menschen</li> </ul>
Zwangsimpulse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwanghafte Vorstellung, impulshafte Handlungen gegen den eigenen Willen zu begehen (was aber gewöhnlich nicht geschieht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aggressive Impulse gegen andere Menschen (z. B. die Vorstellung, das eigene Kind mit einem Messer zu attackieren oder vom Balkon zu stoßen)</li> <li>• sexuelle Impulse (z. B. unkontrollierte oder ungewöhnliche sexuelle Praktiken)</li> <li>• autoaggressive Impulse (sich selbst zu verletzen oder von einer Brücke zu springen)</li> </ul>
Grübelzwang	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bestimmte Gedanken (häufig banalen Inhalts) müssen immer wieder durchdacht werden</li> </ul> <p>⇒ kann bis zur Unfähigkeit führen, selbst triviale Entscheidungen zu treffen oder Lösungen zu finden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwanghafte Fragen, Grübeleien, Zweifel, teils banalen oder sexuellen Inhalts, z. B.: „Wo standen die Möbel vorher?“</li> <li>• endlose, pseudophilosophische Überlegungen, die nie zu einem Abschluss kommen, z. B.: „Wie ist eine unbefleckte Empfängnis möglich?“</li> </ul>

- die Betroffenen empfinden die Gedanken oder Impulse als äußerst **beängstigend, unmoralisch** oder **quälend**
- ⇒ um sie wegzuschieben oder sich dagegen zu wehren, entwickeln sie
  - a) **gedankliche Rituale** (z. B.: bestimmte Gebete, Zählen, leises Wiederholen bestimmter Worte) oder
  - b) **Zwangshandlungen** (siehe folgende Seite)

1. Welche (s) der genannten Phänomene lässt/lassen an eine Zwangsstörung denken?
  - 1) Furcht vor Beobachtung durch andere Menschen
  - 2) Impuls, eine Handlung immer wieder auszuführen, obwohl diese als unsinnig erkannt wird
  - 3) Feste Überzeugung eines Patienten, von Parasiten befallen zu sein
  - 4) Der Patient erlebt die Handlung oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte
  - 5) Gedankeneingebung
  - a) nur 2 ist richtig
  - b) nur 1 und 4 sind richtig
  - c) nur 2 und 4 sind richtig**
  - d) nur 1, 3 und 5 sind richtig
  - e) alle sind richtig
  
2. Welche der folgenden Aussagen zu Zwangsstörungen treffen zu?
  - 1) Zwangsstörungen können zu sozialer Isolierung führen
  - 2) Zwangsgedanken werden von Betroffenen meist als sinnlos erlebt
  - 3) Beim Versuch, Zwangshandlungen zu unterlassen, treten innere Anspannung und Angst auf
  - 4) Antidepressiva können die Prognose einer Zwangsstörung bessern
  - 5) Zwangsimpulse sind gefährlich, da es hierdurch häufig zu Verletzungen kommt
  - a) nur 2 und 4 sind richtig
  - b) nur 1, 2 und 3 sind richtig
  - c) nur 3, 4 und 5 sind richtig
  - d) nur 1,2, 3 und 4 sind richtig**
  - e) alle sind richtig



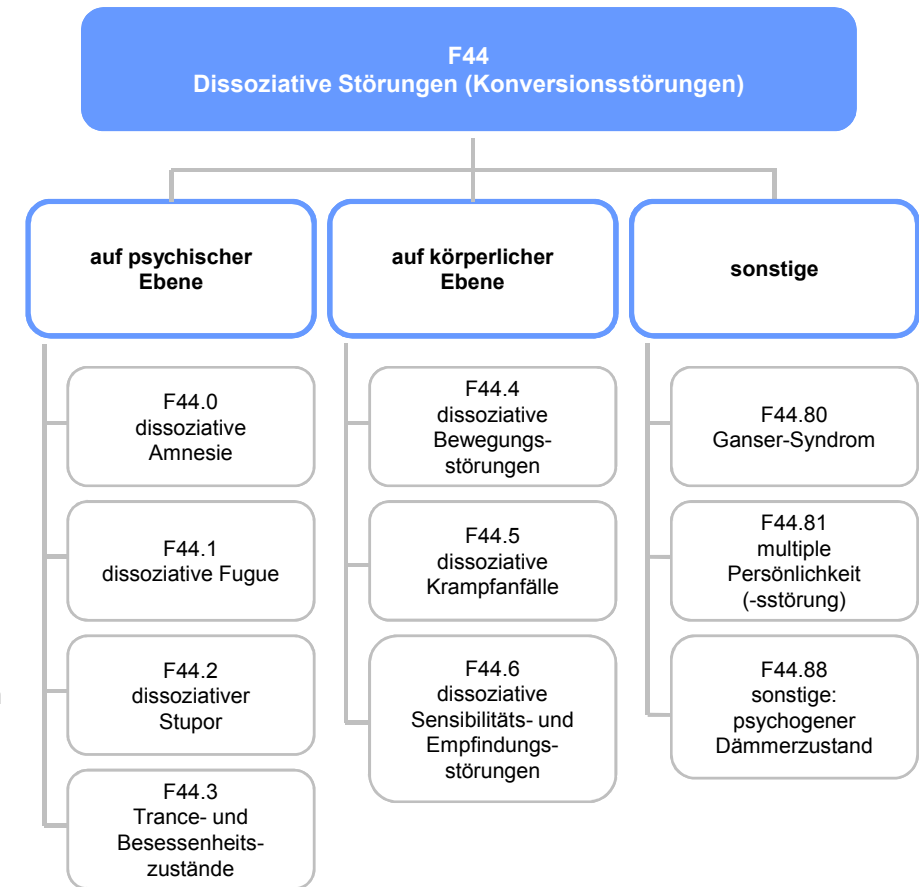
Syn.: Konversionsstörungen, hysterische<sup>\*)</sup> Neurose

- bei dissoziativen Störungen kommt es zu **psychischen** und **scheinbaren neurologischen** („pseudoneurologischen“) **Symptomen**, die **keine somatische Ursache** haben
  - ⇒ d. h. sie sind **rein psychogen** und
  - ⇒ **eine Belastungssituation bzw. innere Konflikte** gehen der Störung voraus
- die Symptome zeigen sich auf:
  - a) **psychischer Ebene** (z. B. Gedächtnis, Wahrnehmung, Bewusstsein, Identität) und/oder
  - a) **körperlicher Ebene** (motorische oder sensorische Störungen)

⇒ **CAVE:**

Eine **körperliche Ursache** muss fachärztlich ausgeschlossen sein!

- Betroffene verleugnen häufig ihre für andere Personen offensichtlichen Belastungssituationen und Probleme
  - ⇒ sie beklagen eher die durch die Symptome hervorgerufenen Probleme als deren Auslöser



## Definition gemäß ICD 10:

1. Es liegt **keine körperliche Erkrankung** vor, die die Symptome erklären könnte.
2. Es liegt ein Beleg für eine psychische Verursachung vor, d. h., ein zeitlicher Zusammenhang mit Belastungen, Problemen oder gestörten Beziehungen (auch, wenn diese vom Patienten geleugnet werden).
  - ⇒ ein überzeugender Beleg für eine psychische Verursachung kann, auch wenn vieles dafür spricht, schwierig zu erbringen sein
  - ⇒ **solange der Nachweis für eine psychische Verursachung fehlt, muss die Diagnose vorläufig bleiben**

<sup>\*)</sup> der Begriff „Hysterie“ oder „hysterisch“ wird aufgrund seiner Unschärfe und seiner oft abwertenden und diskriminierenden Bedeutung heute nicht mehr verwendet; in der Praxis und in der Literatur taucht er aber teilweise noch auf

**3.  
Psychodynamik /  
psychoanalytische Theorien**

**1. Dissoziation und Konversion dienen als Abwehrmechanismen:**

- der Versuch, ein belastendes Erlebnis, einen unerträglichen inneren Konflikt oder nicht akzeptierte Wünsche durch
  - a) „Abspaltung“ aus der bewussten Wahrnehmung (= Dissoziation) oder
  - b) Umwandlung in ein körperliches Symptom (= Konversion)
 zu „bewältigen“ und dadurch das seelische Gleichgewicht wieder herzustellen
- bei **extremen Belastungen** (z. B. Vergewaltigung, Folter) kann Dissoziation als **Anpassungsmechanismus** gesehen werden, um das Trauma überhaupt überstehen zu können

**2. Erreichen eines möglichen Krankheitsgewinns:**

- dissoziative und v. a. Konversionssymptome haben einen Appellcharakter und können auf Entlastung von äußeren und inneren Konflikten und Verpflichtungen zielen:

Primärer Krankheitsgewinn	Sekundärer Krankheitsgewinn
es entsteht ein <b>innerer</b> Vorteil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Symptome gestatten dem Betroffenen, problematisch empfundenen Situationen aus dem Weg zu gehen („Flucht in die Krankheit“)</li> <li>⇒ die innere Anspannung wird dadurch deutlich verringert</li> <li>• obwohl das Symptom unangenehm ist, gestattet es doch, unangenehmen Konflikten auszuweichen</li> <li>• bei der kompromisshaften „Scheinlösung“ ist die psychische Entlastung meist größer als die körperliche Beeinträchtigung</li> </ul>	es entsteht ein <b>äußerer</b> Vorteil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Betroffene erfährt durch die Symptome z. B.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– vermehrte Zuwendung, Rücksichtnahme</li> <li>– Sorge und Sympathie von Familie und Freunden</li> <li>– Vermeiden unangenehmer Tätigkeiten</li> <li>– finanzielle Vorteile durch Arbeitsunfähigkeit (Berentung)</li> <li>– Druckmittel in der Partnerschaft</li> </ul> </li> </ul>

⇒ primärer und sekundärer Krankheitsgewinn stehen einer Heilung neurotischer Symptome oftmals im Weg und führen zur Aufrechterhaltung der Störung

<p><b>Definition (auch gemäß ICD 10)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ein <b>mindestens 6 Monate</b> andauernder, <b>schwerer und quälender Schmerz</b> in einer oder mehreren Regionen, der <b>nicht</b> durch eine <b>physiologischen Prozess</b> oder eine <b>körperliche Störung</b> vollständig erklärt werden kann</li> <li>• der Schmerz tritt <b>in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf</b>, die schwerwiegend genug sind, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten</li> </ul> <p>⇒ <b>CAVE:</b> Schmerzsymptome werden häufig durch psychische Einflüsse beeinflusst -&gt; bei einer somatoformen Schmerzstörung stehen sie in <b>direkter Verbindung mit einer Belastungssituation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• meist besteht eine komplizierte medizinische Vorgeschichte mit <b>vielen körperlichen Diagnosen</b> und einer <b>Vielzahl von behandelnden Ärzten</b></li> <li>• die Betroffenen sind von ihren Schmerzen oft ganz beherrscht und können ihre Aufmerksamkeit kaum auf andere Sachverhalte lenken; verneinen aber auf der anderen Seite häufig die Möglichkeit, dass psychische Faktoren die Beschwerden mit verursacht haben können</li> </ul> <p><b>am häufigsten sind:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>psychogener Rückenschmerz</b> (kann auch „wandern“ bzw. in andere Gebiete (Arme, Beine) ausstrahlen)</li> <li>• <b>psychogene Kopfschmerzen</b></li> </ul> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>⇒ <b>CAVE:</b> Es besteht eine <b>hohe Suizidalität</b> bei der anhaltenden Schmerzstörung!</p> </div>
<p><b>Komorbidität</b></p>	<p><b>es besteht eine hohe Komorbidität mit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• depressiven Syndromen</li> <li>• Alkohol-/Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit</li> </ul>
<p><b>Prävalenz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinbevölkerung: ca. 2 - 4%</li> <li>• <b>Frauen sind häufiger betroffen als Männer</b></li> </ul>
<p><b>Beginn/Verlauf/ Prognose</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkrankungsbeginn ist in jedem Alter möglich</li> <li>• der Verlauf ist meist <b>chronisch</b> mit wechselnden Symptomen unterschiedlicher Intensität</li> </ul>
<p><b>Ausschluss</b></p>	<p><b>jegliche körperliche Erkrankung mit medizinischem Befund -&gt; grundsätzlich kann jede Erkrankung psychosomatisch sein</b></p>

Physiologie, physiologisch	<p><i>gr.: physis = die Natur / logos = Lehre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• das Zusammenwirken aller Lebensvorgänge im Körper</li> <li>• insbesondere: physikalische und biochemische Vorgänge im Körper</li> </ul>
-------------------------------	--

1. Welche der folgenden Aussagen zur somatoformen Schmerzstörung nach ICD 10 treffen zu?
- 1) Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann
  - 2) Die Störung tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf
  - 3) Betroffen sind in der Regel Funktionen der Willkürmotorik oder der Sinneswahrnehmung
  - 4) Die Symptome sind meist vorübergehend oder stark fluktuierend
  - 5) Oft weigern die Patienten sich hartnäckig zu akzeptieren, dass den Beschwerden keine körperlichen Ursachen zugrunde liegen
- a) nur 1, 2 und 5 sind richtig**
- b) nur 2, 3 und 4 sind richtig
  - c) nur 3, 4 und 5 sind richtig
  - d) nur 1, 2, 3 und 5 sind richtig
  - e) alle sind richtig

2. Welche der folgenden Zuordnungen zwischen psychischer Erkrankung und klinischen Symptomen treffen zu?
- 1) Konversionsstörung – pseudoneurologische Symptome
  - 2) Somatisierungsstörung – multiple, organisch nicht begründbare Symptome
  - 3) Anhaltende Schmerzstörung – Schmerzen und Behinderungsgrad unverhältnismäßig zu objektivierbarer organischer Läsion
  - 4) Neurasthenie – überwertige Krankheitsfurcht
  - 5) Körperdysmorphie Störung – überwertiges Gefühl der Hässlichkeit
- a) nur 3 und 5 sind richtig
  - b) nur 1, 2 und 5 sind richtig
  - c) nur 2, 3 und 4 sind richtig
  - d) nur 1, 2, 3 und 5 sind richtig**
  - e) alle sind richtig

Ein 45-jähriger Mann kommt auf Anraten seines Orthopäden in die Praxis, weil er seit ca. 1 Jahr so starke quälende Rückenschmerzen hat, für die der Orthopäde keine Erklärung hat.

„Die Schmerzen sind so stark, dass ich fast nur noch liegen kann, auch Autofahren geht nicht mehr. Zum Glück arbeite ich im Homeoffice, aber bei unserer letzten Urlaubsfahrt in die Schweiz musste meine Frau die ganze Strecke alleine fahren“, berichtet er.

„Ich bin ganz verzweifelt und fühle mich von dem Schmerz wie besessen. Hoffentlich können Sie mir helfen!“

Im Anamnesegespräch stellt sich heraus, dass die Ehefrau seit längerer Zeit ein Verhältnis mit einem Arbeitskollegen hat. Seit ca. 1 Jahr wisse er davon, „ich habe meine Frau nicht darauf angesprochen, ich will sie nicht verlieren“, sagt er.

1. seit ca. 1 Jahr starke quälende Schmerzen in einem Körperteil (Rücken)
2. es gibt keine ausreichenden medizinischen Befund für die Schmerzen
3. der Beginn der Schmerzen steht mit einer emotional stark belastenden Situationen im Zusammenhang (hat von dem Verhältnis seiner Frau erfahren)

⇒ **CAVE: Suizidalität abklären:**

verzweifelt und hoffnungslos („hoffentlich können Sie mir helfen“)

**Verdachtsdiagnose:**

**anhaltende Schmerzstörung (F45.4)**

**hier: psychogene Rückenschmerzen**