



Heilpraktiker-Selbststudium



LIKAMUNDI

Skript Nr. 36

**Neurotische- und
Belastungsstörungen (F4)**

© Copyright: Herausgegeben von der Heilpraktikerschule Likamundi,
Drehergasse 12, 87629 Füssen, Telefon 08362 / 92 11 97
Webseite: www.likamundi.de, E-Mail: info@likamundi.de

Die Informationen dieses Dokumentes wurden mit großer Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Die Autoren und Herausgeber übernehmen keine juristische Verantwortung oder Haftung für eventuell verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte bleiben dem Herausgeber dieses Dokumentes vorbehalten. Sowohl dieses Dokument als Ganzes als auch einzelne Inhalte dürfen in keinsten Weise ohne die schriftliche Zustimmung des Herausgebers vervielfältigt bzw. entgeltlich oder unentgeltlich verbreitet werden.

Heilpraktiker

Vorbereitung auf die amtsärztliche Heilpraktikerprüfung

Neurotische- und Belastungsstörungen (F4)

Inhalt

Störungsbilder

1. Allgemeines zum Neurosenbegriff
2. Angststörungen
3. Zwangsstörungen
4. Depressive Störungen
5. Belastungs- und Anpassungsstörungen
6. Dissoziative Störungen
7. Somatoforme Störungen
8. Sonstige neurotische Störungen

Fachbegriffe und Fremdwörter

Literaturhinweise

Überprüfungsfragen-Anhang

Störungsbilder

Lernziel:

Die Störungsbilder, die in dieser Lektion behandelt werden, haben alle etwas gemeinsam: sie sind durch Angst geprägt. Bei den Erlebnisreaktionen und den Neurosen steht die Angst im Vordergrund, die entweder tiefenpsychologisch oder lerntheoretisch erklärt wird. Sie werden mit folgenden Störungsbildern bekannt gemacht:

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- depressive Störungen
- Belastungs- und Anpassungsstörungen
- dissoziative Störungen
- somatoforme Störungen
- Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

Nach der Bearbeitung sollen Sie die verschiedenen Störungsbilder gegeneinander abgrenzen können, sie definieren und beschreiben können hinsichtlich:

- Ursachen/Ätiologie
- Vorkommen/Epidemiologie
- Symptomatik
- Diagnostik
- Verlauf und Prognose
- Therapie

1. Allgemeines zum Neurosebegriff

Das Klassifikationssystem der ICD 10 hat den Neurosebegriff aufgegeben zugunsten einer möglichst korrekten Beschreibung der Phänomenologie psychischer Störungen. Bei dieser Betrachtung wird nicht nach den Ursachen (z.B. organisch oder psychisch) gefragt, sondern nach den Phänomenen wie etwa den Symptomen, dem Schweregrad, dem Krankheitsverlauf, der Dauer und dem Rückfallrisiko.

Innerhalb der Krankheitslehre der Psychiatrie ebenso wie der Psychoanalyse hat der Neurosebegriff eine lange Tradition und setzt bis heute wichtige Orientierungspunkte für die Diagnose und Therapie psychischer Störungen. Er ergänzt sich mit dem psychoanalytischen Instrumentarium, mit dem die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Neurose psychodynamisch begründet werden kann. Der Neurosebegriff ist sowohl in der Fachliteratur als auch im Hinblick auf die Prüfung relevant.

Von daher behalten wir den Begriff bei, versuchen aber, ihn mit der Terminologie der ICD 10 in Übereinstimmung zu bringen. So weit es möglich war, haben wir die Nummerierung übernommen und der Bezeichnung der Störung (z.B. phobische Störung (F.40)) zugefügt.

1.1. Definition der Neurose

- Definition aus der ICD 9

Neurosen sind psychische Störungen ohne jede nachweisbare organische Grundlage, in denen der Patient beträchtliche Einsicht und ungestörte Realitätswahrnehmung haben kann und im Allgemeinen seine krankhaften subjektiven Erfahrungen und Phantasien nicht mit der äußeren Realität verwechselt. Das Verhalten kann stark beeinträchtigt sein, obwohl es im Allgemeinen innerhalb sozial akzeptierter Grenzen bleibt. Die Persönlichkeit bleibt erhalten. Die wesentlichen Symptome umfassen: ausgeprägte Angst, hysterische Symptome, Phobien, Zwangssymptome und Depressionen.

Trotz vieler verschiedener Ansätze und unter Einbeziehung der Infragestellung des Neurosenbegriffs ist es notwendig, eine eigene Definition zu formulieren.

Eine zusammenfassende Definition könnte so aussehen:

Bei Neurosen handelt es sich um eine krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung, wobei die Realitätsprüfung intakt bleibt und die Symptome (abnormes Erleben und Verhalten) als ich-fremd und nicht akzeptabel erlebt werden. Das Abweichen von der Norm ist lediglich quantitativer Art.

Aus psychoanalytischer Sicht wird diese Fehlentwicklung durch Reaktivierung von unbewussten, nicht gelösten, infantilen Konflikten verursacht, die dem Menschen nicht ausreichend einsichtig sind. Aus lerntheoretischer Sicht handelt es sich um die Folge erlernten und automatisierten Fehlverhaltens.

Merke:

Die neurotischen Krankheitsbilder werden sowohl tiefenpsychologisch als auch lerntheoretisch erklärt. Nach dem heutigen Stand der Forschung können aber beide Ansätze nicht alle Symptome erklären.

1.2. Epidemiologie

Die Schwierigkeit einer Einschätzung fängt schon damit an, dass es keine verbindliche Übereinkunft gibt, welche psychischen Störungen als neurotisch oder krank aufgefasst werden. Zum Anderen gibt es immer noch wenig Bereitschaft unter Ärzten und Patienten, Symptome als psychogen einzustufen. Bessere Schulbildung, besserer Sozialstatus und eine liberale Grundhaltung sind für die Anerkennung von Symptomen als psychogen oder neurotisch förderlich.

Nach **Schepank** treffen folgende Aussagen auf die epidemiologische Situation in der BRD zu:

- 80 bis 95 % der Erwachsenen kennen irgendwelche, meist passagere, neurotische oder somatoforme Symptome an sich selbst.
- 50 % der Bevölkerung zeigen so deutliche neurotische oder somatoforme Symptome, dass sich eine ICD-Diagnose stellen ließe, wenn sie eine Fachperson aufsuchten.
- Mindestens 15 % und höchstens 30 % der Erwachsenen zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr

sind weitergehend betroffen; sie gehören eigentlich in fachtherapeutische Behandlung.

- Frauen sind deutlich häufiger betroffen, insbesondere bei den neurotischen und den somatoformen Störungen. Männer überwiegen bei den schwereren Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus, Suiziden (nicht Suizidversuchen!) und Delinquenz.
- In den unteren sozialen Schichten finden sich neurotische und somatoforme Störungen überrepräsentiert häufig.

1.3. Verlauf und Prognose

Im Alter mildern sich die neurotischen Symptome häufig. Bei unbehandelten Neurosen sind nach 20 und mehr Jahren 10-20 % der Patienten geheilt (im Sinne der sozialen Anpassung), 50-60 % gebessert, 20-30 % verschlechtert bzw. ungebessert, ca. 50 % der Patienten zeigen Resignation, Stagnation, emotionale Einengung, Verlust an Lebensgefühl.

Prognoseregeln: Die Prognose ist günstiger, wenn die Störung akut beginnt, mit starken Emotionen einhergeht und die prämorbid Persönlichkeit relativ gesund ist.

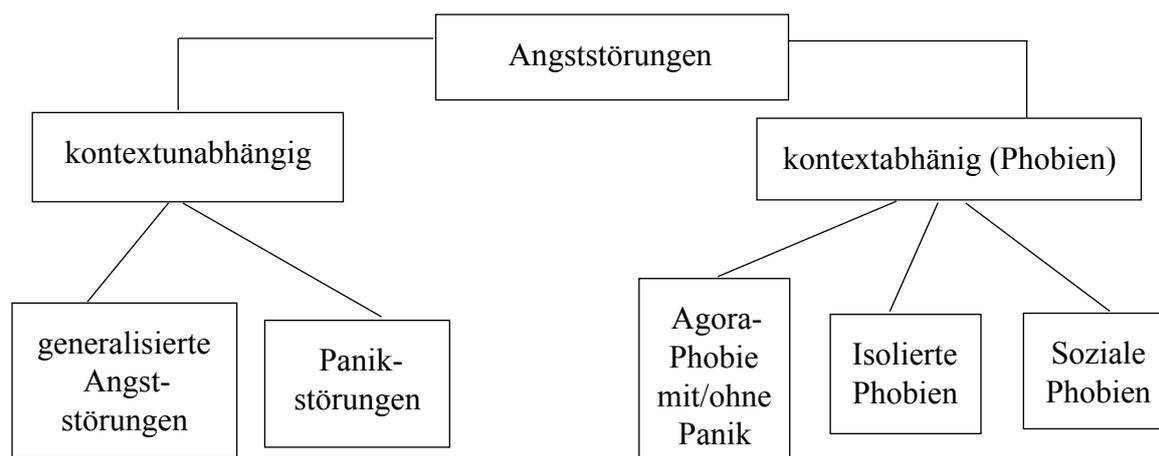
Die Chronifizierung neurotischer Symptome lässt sich unter Umständen durch frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Vermittlung adäquater Therapie vermeiden. Der „Marsch des Neurotikers durch die ärztlichen Institutionen“ bedeutet oftmals eine Erstbehandlung nach organisch-naturwissenschaftlichem Krankheitskonzept von 5 bis 10 Jahren, bevor eine adäquate Therapie beginnt.

Merke:

Der Begriff der Neurose ist aus den neuen Klassifikationssystemen verschwunden. Die traditionelle Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose wurde aufgegeben.

2. Angststörungen

Angst ist eine biologisch sinnvolle und normale Reaktion auf befürchtete oder real eingetretene Ereignisse. Auffällig ist nur, wenn ein Mensch zu viel oder zu wenig Angst hat. Neben der Angst vor einer realen Bedrohung (z.B. Unfall, Überfall), der Angst im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen und der Existenzangst aufgrund religiöser, philosophischer Grundeinstellungen, gibt es Angststörungen. Bei fehlender objektiver Bedrohung treten massive Angstreaktionen auf. Man unterscheidet im Wesentlichen folgende Störungsbilder, die nicht selten auch kombiniert auftreten:



Epidemiologie und Verlauf

Die Angst gehört zu den häufigsten psychischen Symptomen. Eine behandlungsbedürftige Angst tritt bei etwa 10 % bis 15 % (unterschiedliche Angaben) aller Menschen auf. Frauen sind wesentlich öfter betroffen als Männer, in einem Verhältnis von etwa 2:1. Der Beginn der Erkrankung liegt in der Regel im frühen Erwachsenenalter, um das 30. Lebensjahr herum. Der Verlauf ist unterschiedlich, tendiert zu Schwankungen und Chronifizierung.

Ätiologie

- Tiefenpsychologische Sichtweise

Unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten haben neurotische Symptome vor allem die Funktion, die Angst der Betroffenen zu binden. Frei flottierende Angst ist oft ein Zeichen dafür, dass auch neurotische Symptome nicht in der Lage sind, diese Angstbindung zu leisten. Die Angstneurose ist häufig Ausdruck einer strukturellen *Ich-Störung*, die auf der Angst vor Selbstverlust basiert. Die neurotischen Ängste (z.B. Herzphobie oder allgemein eine „Angst vor der Angst“) sind in diesen Fällen bereits eine unbewusste Ersatzbildung für die darunterliegende Angst vor Selbstverlust. Panikanfälle kommen dem Ausdruck dieser Angst vor Selbstauflösung am nächsten.

Angstneurosen können ebenso wie Phobien aber auch *neurotische Konflikte* abbilden. Manchmal läßt sich bereits aus der Ausgestaltung der Angstsymptomatik eine Vermutung über den abgewehrten Konflikt herleiten. In diesen Konflikten geht es regelmäßig um abgewehrte Triebimpulse, denen auf der bewussten Ebene ein Vermeidungsverhalten entspricht. So werden in der Agoraphobie häufig starke expansive Wünsche abgewehrt. In anderen Fällen geht es vorwiegend um Abwehr von Hass- und Mordimpulsen, von tabuisierten sexuellen Wünschen oder Prostituiertenphantasien, die mit einem rationalisierten Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Versuchssituationen) vom Bewusstsein ferngehalten werden.