

14 Somatoforme und dissoziative Störungen

14.1 Somatoforme Störungen

Patienten mit „medizinisch unerklärlichen körperlichen Symptomen“ kommen auch im Rettungsdienst vor. Charakteristisch für diese Patienten mit somatoformen Störungen ist die **wiederholte Darbietung körperlicher Beschwerden, verbunden mit den Forderungen nach medizinischen Untersuchungen**. Die Patienten halten diese Forderungen aufrecht trotz wiederholter negativer Untersuchungsergebnisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Selbst wenn Beginn und Fortdauer der Symptome in enger Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten und Konflikten stehen, sind die Patienten von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt und lassen die Möglichkeit einer psychischen Ursache kaum zu (Sauer u. Eich 2007). Notärzte werden mit schwer leidenden Patienten konfrontiert, denen sie in der Akutsituation wenig helfen können.

Das grundlegende Problem der Interaktion zwischen Notärzten und diesen Patienten geht auf 3 Aspekte zurück:

- das Drängen der Patienten auf weitere Untersuchungen in einem Krankenhaus und das appellative Verhalten der Patienten,
- die Unsicherheit bzw. die Angst der Notärzte, eine verborgene Krankheit zu übersehen,
- die Diskrepanz in den jeweiligen Ursachenüberzeugungen.

Die besonders in der notärztlichen Behandlung rasch entstehende Irritation durch die schwierige Arzt-Patient-Interaktion kann als frühzeitiger Hinweis auf eine somatoforme Störung gewertet werden. Im Umgang mit diesen Patienten entstehen beim Notarzt häufig Gefühle des Nichtwissens, der Unsi-

cherheit, der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Ängste vor einem Scheitern der Notfallbehandlung. Hinzukommende Ungeduld, Erschöpfung und Ablehnung des Notfallpatienten erschweren die Interaktionen. Allerdings muss hervor-gehoben werden, dass das Handeln des Patienten nicht bewusst gesteuert wird.

International liegen die Angaben zur Prävalenz von somatoformen Störungen bei 9–20% in der Allgemeinbevölkerung (Henningsen et al. 2002). Die Komorbidität von somatoformen Störungen mit depressiven Störungen beträgt 75–90%, mit Angststörungen 10–70% (Sauer u. Eich 2007). Frauen sind von der Erkrankung häufiger betroffen.

Die Diagnose einer somatoformen Störung darf nur gestellt werden, wenn

- eine organische Erkrankung ausgeschlossen wurde,
- eine andere psychische Erkrankung ausgeschlossen wurde.

■ Ätiologie somatoformer Störungen

Die Ursachen somatoformer Störungen sind heterogen. Grob kann eine Einteilung in spezifische und in unspezifische Faktoren vorgenommen werden (Tab. 14.1).

■ Klassifikation

Somatisierungsstörung

Es werden viele körperliche Beschwerden geklagt ohne ein organpathogenetisches Korrelat. Ein anderer Begriff dafür ist „psychogene Körperstörung“. Meist liegt der Beginn vor dem 35. Lebensjahr. Die Erkrankung hält viele Jahre an und ist durch eine Kombination von Schmerz, sexuellen, gastrointestina- len und pseudoneurologischen Symptomen charakterisiert (First et al. 2000). **Diagnostische Leitlinien** der Somatisierungsstörung sind (Ebert 2003, Dilling et al. 1991):

- Klagen über multiple, wechselnde körperliche Symptome, die durch keine körperliche Erkrankung erklärbar sind und die mehrere Jahre andauern.
- Leiden durch ständige Sorgen wegen der Symptome, deshalb häufige (mindestens 3) Arztkonsultationen.
- Eine Entlastung durch eine Erklärung des Arztes, dass eine organische Störung ausgeschlossen ist, hält nur kurz an und die Patienten weigern sich,

Tabelle 14.1 Spezifische und unspezifische Ätiologiefaktoren somatoformer Störungen (Henningsen et al. 2002)

	Unspezifische Faktoren	Spezifische Faktoren
Individuell	<ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Belastungsfaktoren in der Kindheit (z. B. Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils, Missbrauch) • Primärer Krankheitsgewinn (subjektive Entlastung vom inneren Konfliktdruck oder Minderung der innerseelischen Angst durch Symptombildung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frühe Störung in der Beziehung zum eigenen Körper • Veränderte physiologische Stressverarbeitung (frühe Beziehungsstörungen hinterlassen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Disposition für spätere Beschwerden) • Modelllernen (somatoforme Störungen in der Familie und der eigenen Kindheit) • Bindungsstörungen
Interaktionell	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundärer Krankheitsgewinn (objektive Vorteile, die mit der Krankenrolle verbunden sind: Genesungsschutz durch soziale Entlastung, z. B. in Form von Krankschreibung, Schonung, verstärktes Interesse und Zuwendung der Umwelt, Versorgung, Trost, Rente etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Iatrogene Faktoren (Nicht-erkennen psychischer Beschwerden, Überdiagnostik, Überbewertung von Bagatellbefunden)
Soziokulturell	<ul style="list-style-type: none"> • „Kampf um Legitimität“, Einfluss von Entschädigungsbegehren 	<ul style="list-style-type: none"> • Medien (Verbreitung von Erklärungsmodellen für unspezifische Körperbeschwerden, z. B. Amalgam oder Elektrosmog)

den Ausschluss einer organischen Ursache für ihre Beschwerden zu akzeptieren.

Es müssen 6 oder mehr **Symptome** der folgenden Liste aus mindestens zwei verschiedenen Gruppen vorhanden sein:

- gastrointestinal: Bauchschmerzen, Übelkeit, Meteorismus, schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge, Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, Klagen über häufige Diarrhöen oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus,
- kardiovaskulär: Atemlosigkeit ohne Belastung, Thoraxschmerzen,

- urogenital: Dysurie oder Klagen über Miktionshäufigkeit, unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich, Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss,
- Haut- und Schmerzsymptome: Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut; Schmerzen in den Extremitäten oder Gelenken.

Hypochondrische und dysmorphophobe Störung

Diese Störungen sind durch die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, eine körperliche Erkrankung zu haben oder körperlich entstellt zu sein, gekennzeichnet. Andere Begriffe dafür sind Hypochondrie, Dysmorphophobie, hypochondrische Neurose.

Diagnostiziert werden kann eine hypochondrische und dysmorphophoben Störung, wenn folgende **Kriterien** erfüllt sind (Ebert 2003, Dilling et al. 1991):

- Eine mehrere Monate anhaltende Befürchtung, an einer körperlichen Krankheit zu leiden, oder anhaltende Beschäftigung mit einer vom Patienten angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobe Störung).
- Die Erklärung des Arztes, dass eine organische Erkrankung ausgeschlossen werden kann, bedingt nur eine kurzzeitige Beruhigung (höchstens für Wochen), ansonsten weigern sich die Patienten, einen Ausschluss einer organischen Erkrankung zu akzeptieren.
- Die Überzeugung ist verbunden mit einer ständigen Besorgnis oder Symptomwahrnehmung, die als Leiden empfunden wird und zu Arztkonsultationen führt.
- Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie, einer wahnhaften Störung (hypochondrischer Wahn), einer affektiven Störung oder einer Panikstörung auf.

Somatoforme autonome Funktionsstörung

Die Symptome liegen im Bereich eines Systems, das vollständig oder weitgehend vegetativ innerviert wird. Andere Begriffe dafür sind „funktionelles Syndrom“ oder „psychovegetatives Syndrom“.

Der Notarzt muss bei der **Diagnose** einer somatoformen autonomen Funktionsstörung Folgendes feststellen (Ebert 2003, Dilling et al. 1991):

- Vegetative Symptome, die vom Patienten als Erkrankung gedeutet und einem Organsystem zugeordnet werden (Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, respiratorisches System, Urogenitalsystem).

Zwei oder mehr der folgenden **vegetativen Symptome** müssen vorhanden sein:

- Palpitationen,
- Schweißausbrüche (heiß oder kalt),
- Xerostomie,
- Hitzewallungen oder Erröten,
- Druckgefühl im Epigastrium,
- Kribbeln oder Unruhe im Bauch.

Weiterhin muss mindestens eines der folgenden Symptome nachweisbar sein:

- Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend,
- Dyspnoe oder Hyperventilation,
- außergewöhnliche Ermüdbarkeit bei leichter Anstrengung,
- Aerophagie,
- Singultus oder brennendes Gefühl im Epigastrium,
- Bericht über häufigen Stuhlgang, erhöhte Miktionsfrequenz oder Dysurie, Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl.

Es kann eine **Zuordnung zu den Organsystemen** erfolgen:

- kardiovaskuläres System: Herzneurose, Da-Costa-Syndrom,
- oberer Gastrointestinaltrakt: psychogene Aerophagie, Singultus, Magenneurose,
- unterer Gastrointestinaltrakt: Colon irritabile, psychogener Durchfall, Flatulenz,
- respiratorisches System: Hyperventilation,
- Urogenitaltrakt: psychogene Steigerung der Miktionshäufigkeit, Dysurie.

Somatoforme Schmerzstörung

Anhaltender schwerer Schmerz ohne organpathogenetischen Befund. Ein Synonym dafür ist „psychogenes Schmerzsyndrom“.

Diagnostische Leitlinien der somatoformen Schmerzstörung sind (Ebert 2003):

- Mehrere Monate kontinuierlicher, an den meisten Tagen auftretender, schwerer, belastender Schmerz, der organisch nicht begründet ist und die Aufmerksamkeit des Patienten bindet.
- Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie, einer affektiven Störung oder einer Panikstörung, einer Somatisierungsstörung oder einer hypochondrischen Störung auf.

■ **Komplikationen**

Wichtige zusätzliche psychiatrische Implikationen ergeben sich aus der Tatsache, dass Patienten speziell mit einer Somatisierungsstörung sowohl im aktuellen Beschwerdebild als auch in der Lebenszeitperspektive eine stark erhöhte Komorbidität bzw. Koexistenz hinsichtlich weiterer psychischer Störungen wie Depressionen, Angst, Panik, Zwang, Drogen- und Medikamentenmissbrauch, Suizidalität, multiple Persönlichkeit und diverse Persönlichkeitsstörungen zeigen (Kapfhammer 2001).

■ **Differenzialdiagnose**

Vorübergehende, organisch unerklärliche Körperbeschwerden, die nicht zum Anlass wiederholter Arztbesuche werden, gehören zur Normalität und dürfen nicht mit den zur Chronifizierung neigenden somatoformen Störungen verwechselt werden. Schwierig und sehr bedeutsam ist die Abgrenzung von körperlich ausreichend begründbaren Beschwerden. Bei zahlreichen psychosomatischen und psychiatrischen Störungen treten somatoforme Beschwerden auf, die jedoch nicht eine eigene Diagnose rechtfertigen (Sauer u. Eich 2007).

Eine schwierige Differenzialdiagnose ist die Abgrenzung zur **Depression**, weil eine hohe Komorbidität zwischen beiden Krankheitsbildern besteht. Typische somatische Beschwerden der Depression sind Magen-Darm-Beschwerden, Appetitverlust, Schlaf- und Libidostörungen. Wenn diese Symptome ausschließlich während depressiver Phasen auftreten, so sind sie nur unter der Depression zu klassifizieren.

Auch die **Panikstörung** geht mit körperlichen Beschwerden wie z. B. Herzklopfen, Brustschmerzen und Schwindel einher. Bei somatischen Erkrankungen sind die Symptome relativ konstant und persistieren über Tage, Wochen und Monate. Bei Panikstörungen sind die körperlichen Symptome auf einzelne Attacken beschränkt, die Minuten bis maximal eine Stunde dauern.

Bei **Schizophrenien** können ebenfalls somatoforme Symptome bestehen, die jedoch häufig bizarr und mit wahnhaften Vorstellungen oder Körperhalluzinationen ausgestaltet sind.

■ **Therapie**

Mangelnde Kenntnis über Ursachen und Pathophysiologie dieser Störungsgruppen haben dazu geführt, dass wirksame Interventionsmethoden bislang nur unzureichend entwickelt oder validiert wurden. Die Versorgung von Pa-

tienten mit somatoformen Störungen in der notärztlichen Praxis wird sich daher häufig auf eine Beratung und Motivation zum Besuch beim Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Arzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin beschränken (→ Fallbeispiel 1). Eine erforderliche Psychotherapie oder die Verabreichung von Antidepressiva kann nur ein Psychotherapeut oder ein Psychiater übernehmen.

Der Notarzt sollte dem Patienten gegenüber empathisch auftreten und die basale Diagnostik durchführen (Vitalparameter überprüfen und ein EKG ableiten), auch um den Patienten zu beruhigen. Ggf. kann durch den Notarzt eine **symptomorientierte Therapie** eingeleitet werden (z. B. bei Unruhe die Gabe von Lorazepam oder Diazepam).

Fallbeispiel 1: Somatisierungsstörung

Einsatzgrund: Der städtische Rettungswagen und der Notarzt wurden an einem Herbsttag zu einer Adresse in einem vorwiegend von türkischen Mitbürgern bewohnten Stadtteil geschickt. Der aufgeregte Ehemann öffnete die Tür und führte das Rettungsdienstpersonal in einen Raum, in dem eine ca. 26-jährige Patientin auf der Couch lag. Im Raum waren weiterhin 8 Personen anwesend, die in türkischer Sprache auf die Patientin einredeten. Da die Patientin selbst nur sehr schlecht deutsch sprach, übersetzte der Ehemann. Die Kranke selbst rief nur: „Mir ist nicht gut, Schmerzen am ganzen Körper“. Der Ehemann berichtete, dass seine Frau Schmerzen am ganzen Körper habe. Sie habe aktuell sehr viel Stress mit den Kindern und den Schwiegereltern. Gestern sei sie bereits in der internistischen Abteilung des Stadtkrankenhauses gewesen. Die Untersuchungen seien ohne pathologischen Befund gewesen. Bei der Untersuchung durch den Notarzt waren die Vitalparameter unauffällig. Das abgeleitete EKG ergab einen Sinusrhythmus ohne Hinweise auf Herzrhythmusstörungen. Die von der Patientin angegebenen Schmerzen erstreckten sich über alle Dermatome an den oberen und unteren Extremitäten. Ein Klopfschmerz in der Hals- oder in der Lendenwirbelsäule wurde nicht angegeben. Stattdessen klagte die Patientin über Herzschmerzen und Luftnot.

Diagnose: Somatisierungsstörung.

Therapie und Verlauf: Der Notarzt legte einen intravenösen Zugang und applizierte 500 ml einer Vollelektrolytlösung. Darunter besserten sich die Schmerzzustände der Patientin ein wenig. Es wurde ein Transport in das örtliche Krankenhaus veranlasst mit dem Hinweis, dass eine psychiatrische Mitbehandlung notwendig sei.

14.2 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Ältere Synonyme für dissoziative Störungen sind die Begriffe Hysterie, Konversionshysterie, Konversionsreaktion und hysterische Neurose. Vor Auftreten einer dissoziativen Störung findet sich häufig ein **seelisches Trauma**. Diesem belastenden Ereignis versucht der Patient durch körperliche Symptome vorübergehend auszuweichen. Weiterhin profitiert der Patient dabei auch von sekundärem Krankheitsgewinn. Auffällig sind der offensichtliche Schweregrad des Symptoms, der eigentlich zur Sorge Anlass geben sollte, und die relative diesbezügliche Sorglosigkeit des Patienten („belle indifference“). Dennoch rufen Angehörige häufig den Notarzt, da sie sich Sorgen über den Zustand des Patienten machen. Auf sie wirken die Symptome dramatisch und häufig Furcht erzeugend. Frauen sind gegenüber Männern häufiger von dissoziativen Störungen betroffen (2 : 1 bis 10 : 1). Das Alter der meisten Patienten liegt zwischen dem 10. und 35. Lebensjahr (Ebert 2003).

Zwei Verhaltensformen sind dabei typisch (Ebert 2003):

- Für andere Personen offensichtliche soziale und private Belastungssituationen und Probleme werden von den Patienten mit diesen Störungen häufig verleugnet.
- Werden Problembereiche von den Patienten beklagt, so werden sie häufig als durch die Symptome verursacht erlebt und nicht umgekehrt.

■ Klassifikation

Bei den Konversionsstörungen kann der Notarzt auf die verschiedensten Ausprägungsformen treffen. Die dissoziativen Störungen werden in folgende Formen eingeteilt (Dilling et al. 1991, Kapfhammer, 2002):

Dissoziative Amnesie

Es besteht ein Erinnerungsverlust für meist wichtige Ereignisse, der besonders Unfälle und traurige Erinnerungsinhalte betrifft. Dieser ist häufig unvollständig, variiert im Ausmaß bei wiederholter Anamneseerhebung und zeigt eine Diskrepanz zwischen vollständigem Verlust einzelner Gedächtnisinhalte eines betreffenden Ereignisses und dem Erhalt des restlichen Gedächtnisses oder sonstiger kognitiver Funktionen.

Dissoziative Fugue

Sie beschreibt ein Fluchtverhalten mit dissoziativer Amnesie. Die Patienten verlassen ihren Lebensbereich für Tage bis Jahre und nehmen zum Teil eine neue Identität an. Während der Reisen sind die Patienten unauffällig und können sich retrograd meistens nur noch an Episoden dieser Reisephase erinnern.

Dissoziativer Stupor

Das klinische Bild gleicht dem katatonen Syndrom. Die willkürlichen Bewegungen, die Sprache und die normalen Reaktionen auf Licht, Berührung und Geräusche sind beträchtlich verringert bzw. die Patienten reagieren überhaupt nicht mehr auf Ansprache. Der Muskeltonus ist normal erhalten. Zu beachten ist, dass die Patienten alles wahrnehmen und sich auch später an alle Geschehnisse erinnern können; es handelt sich um eine ausschließliche Störungen der Exekutivfunktionen. Ein gehäuftes Auftreten findet sich bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder posttraumatischer Belastungsstörung.

Trance- und Besessenheitszustände

Beim Trancezustand kommt es zum zeitlich begrenzten Verlust des ursprünglichen Gefühls, die Person zu sein, die man bisher immer war (persönliche Identität). Die bewusste Wahrnehmung ist ungewöhnlich stark auf wenige Stimuli der Umgebung eingengt und die Bewegungen, Haltungen sowie Gesprochenes wirken monoton und werden einförmig wiederholt.

Dissoziative Bewegungsstörungen

Es kommt dabei zur partiellen oder kompletten Lähmung einzelner Extremitäten bis hin zu einer an eine Querschnittssymptomatik erinnernden Paraplegie. Häufig werden aber unwillkürliche Mitbewegungen der betroffenen Extremität (z.B. beim Anziehen) beobachtet, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt ist. Die Reflexe sind erhalten und es kommt zur unbewussten Anspannung der antagonistischen Muskelgruppen.

Dissoziative Krampfanfälle

Sie gleichen einem echten epileptischen Anfall, wobei es zu keinem Bewusstseinsverlust, Zungenbiss oder einer Enuresis kommt. Häufig findet sich ein stuporöses oder tranceähnliches Bild. Das EEG weist keine epilepsietypischen Potenziale auf.

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Die Patienten geben eine Gefühllosigkeit des gesamten Rumpfes oder scharf begrenzter Regionen an, die nicht den Dermatomen entsprechen. Häufig sind alle sensorischen Qualitäten (Schmerz, Druck, Temperatur) gleichzeitig betroffen. Auch psychogene Erblindung, Taubheit oder Geschmacksverlust werden hier eingeordnet.

Ganser-Syndrom

Es ist gekennzeichnet durch mehrere der beschriebenen dissoziativen Störungen in Kombination mit typischen „Vorbeantworten“, d. h., die Patienten geben völlig unsinnige Antworten auf einfache Fragen. Dieses Syndrom tritt besonders häufig in Haftanstalten auf.

Dissoziative Identitätsstörung (früher: multiple Persönlichkeit)

Die Eigenständigkeit der Störung ist umstritten. Möglicherweise kann ein Individuum sich als zwei oder mehrere vollständige Persönlichkeiten im Wechsel erleben, die voneinander ganz verschieden sind. Die „verschiedenen Personen“ haben eigene Erinnerungen, Verhaltensmuster und Eigenschaften. Selten ist sich eine Person der Existenz der anderen Persönlichkeit bewusst. Die Prävalenz ist gering, das Störungsbild aber sehr beeindruckend.

■ Diagnostische Leitlinien der dissoziativen Störungen

Eine dissoziative Störung kann vom Arzt nur diagnostiziert werden, wenn ein Ausschluss einer körperlichen Erkrankung erfolgt ist. Weiterhin muss ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Beginn des dissoziativen Syndroms und den belastenden Ereignissen, Problemen und Bedürfnissen bestehen (Ebert 2003).

Die Diagnose kann nicht mit Sicherheit präklinisch durch den Notarzt gestellt werden, andererseits ist es seine Aufgabe, Hinweise für eine Belastungssituation zu sammeln oder eine Symptomatik zu dokumentieren, die den Verdacht erweckt, „ungewöhnlich“, nicht organisch begründbar oder nicht dem Anlass entsprechend zu sein.

■ Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch sind sowohl andere psychiatrische als auch somatische Erkrankungen auszuschließen.

Psychische Erkrankungen:

- organisch dissoziative Störungen,
- psychische Störungen durch psychotrope Substanzen,
- Schizophrenien,
- affektive Störungen,
- Angststörungen,
- posttraumatische und andere Anpassungsstörungen,
- Somatisierungsstörungen,
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen und
- artifizielle Störungen.

Körperliche Erkrankungen:

- Epilepsien,
- Schlaganfälle,
- multiple Sklerose,
- systemischer Lupus erythematodes oder
- Porphyrie.

■ Verlauf und Komplikationen

Dissoziative Störungen remittieren häufig spontan. Chronische Verläufe kommen vor. Komplikationen können Einschränkungen der Arbeitsleistung, Beziehungsstörungen, Selbstverletzungen, aggressive Impulse, Suizidgedanken und Suizidhandlungen sein.

■ Therapie

Angesichts eines häufig dramatisierenden und unter Umständen sogar aufdringlich wirkenden Verhaltens sollte der Untersucher sich vor Augen halten, dass die dissoziative Symptomatik eine Form der **unbewussten** Konfliktbe-

wältigung darstellt und dem Betroffenen zu diesem Zeitpunkt offensichtlich keine anderen Möglichkeiten hierzu zur Verfügung stehen. Eine solche Einschätzung trägt dazu bei, negativen emotionalen Reaktionen vorzubeugen und dem Patienten in sachlicher und wohlwollender Form gegenüberzutreten (Dressing 1998).

Indiziert ist bei diesen Patienten eine Psychotherapie, die der Notarzt im Einsatz nicht leisten kann (→ Fallbeispiel 2). Dennoch sollte er den Patienten ein „empathisches Verhalten“ entgegenbringen, damit sich die Kranken auch ernst genommen fühlen und sich nicht für ihr Verhalten schämen müssen. Somit sind bei Verdacht auf eine dissoziative Störung auch die Vitalparameter zu kontrollieren und ein EKG abzuleiten. Ein Transport in die Klinik zur differenzialdiagnostischen Abklärung ist dringend zu empfehlen. Meistens sind die Patienten aufgrund ihrer Beschwerden beunruhigt, so dass die Gabe eines Benzodiazepins (z. B. Lorazepam oder Diazepam) zu einer Besserung führen kann.

Fallbeispiel 2: Dissoziative Störung

Einsatzgrund: Das Notarzteinsatzfahrzeug und der Rettungswagen wurden von der Rettungsleitstelle zu einer „krampfenden Person“ geschickt. Zeitgleich trafen beide Fahrzeuge an der Einsatzstelle ein. Eine Frau kam der Rettungsdienstbesatzung entgegen und berichtete, dass ihre Tochter „wieder einmal“ im Hausflur krampfe. Da es 6.48 Uhr war, gab die Mutter der Patientin an, dass ihre Tochter gerade zur Arbeit gehen wollte. Sie sei Arzhelferin in einer internistisch-onkologischen Praxis und arbeite dort erst seit 3 Monaten.

Bei der Untersuchung der Patientin durch den Notarzt, fiel auf, dass die Patientin auf Ansprache nicht reagierte. Das Hautkolorit war rosig, der Ruheblutdruck lag bei 110/80 mmHg, die Pulsfrequenz zeigte einen Wert von 83 Schlägen/min und auf dem EKG war ein normofrequenter Sinusrhythmus zu erkennen. Der gemessene Blutzuckerwert betrug 85 mg/dl. Das Pulsoxymeter am Finger zeigte 99% SpO₂ an. Die Pupillen waren isokor und reagierten prompt auf Licht. Eine Enuresis oder ein Zungenbiss waren nicht feststellbar. Die Mutter berichtete, dass die Patientin seit 10 Monaten an „diesen Anfällen“ leide und an der benachbarten Universitätsklinik bereits eine ausgiebige kardiologische und neurologische Diagnostik ohne organpathologisches Korrelat erfolgt sei. 10 Minuten nach Eintreffen des Rettungsdienstpersonals reagierte die Patientin auf Ansprache durch den Notarzt. Sie negierte Zephalgien, noch hatte sie irgendwelche körperlichen Beschwerden. Sie gab an, dass sie sich diesen Zustand nicht erklären könne. Psychopathologisch war sie zu Ort, Zeit, Person und zur Situation orientiert. Es waren keine inhaltlichen Denkstörungen in Form von Wahn und Halluzinationen feststellbar. Der formale Gedankengang war verlangsamt, aber intakt. Es bestand eine euthyme Stimmungslage ohne Suizidalität. Psychomotorisch wirkte die Patientin angespannt.

Diagnose: Dissoziativer Krampfanfall.

Therapie und Verlauf: Der Notarzt ließ die Patientin unter der Verdachtsdiagnose dissoziativer Krampfanfall zu Hause und empfahl ihr eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Die Patientin meldet sich noch am selben Tag in der Institutsambulanz der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik und vereinbarte einen Termin. Inzwischen befindet sich die Patientin immer noch in psychotherapeutischer Behandlung. Dort war zu erfahren, dass sie vor der Ausbildung zur Arzthelferin in der internistisch-onkologischen Arztpraxis bereits in einer orthopädischen Arztpraxis gearbeitet hatte und es dort zu verbalen Demütigungen durch Arbeitskollegen gekommen war. Sie hatte zwar das Arbeitsverhältnis gekündigt, einen Zusammenhang zwischen den dissoziativen Krampfanfällen und dem schlechten Arbeitsklima in der orthopädischen Arztpraxis sah sie aber nicht.

Literatur

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 1991.
- Dressing H. Dissoziative Störungen. In: Hewer W, Rössler W (Hrsg). Das Notfallpsychiatriebuch. München: Urban & Schwarzenberg; 1998.
- Ebert D. Psychiatrie systematisch. Bremen: Unimed; 2003.
- First MB, Pincus HA, Frances A, Widiger TA. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Gast U, Rodewald F, Hofmann A, Mattheß H, Nijenhuis E, Reddemann L, Emrich HM. Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. Dtsch Ärztebl. 2006;47:3193–200.
- Henningsen P, Hartkamp N, Loew T, Sack M, Scheidt CE, Rudolff G. Somatoforme Störungen – Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer; 2002.
- Kapfhammer HP. Somatisierung – somatoforme Störungen – ätiopathogenetische Modelle. Fortschr Neurol Psychiatr. 2001;69:58–77.
- Kapfhammer HP. Dissoziative Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg). Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin – Heidelberg – New York: Springer; 2002:1342–71.
- Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. Dtsch Ärztebl. 2007; 1–2:45–53.