

# FACHSKRIPT

## „PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND REHABILITATION“

DIPL.-PSYCH. MIRKO KUHN

NOVEMBER 2020

*Die Inhalte dieses Skripts sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verfassers unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Verarbeitung in elektronischen Systeme. Ein Abspeichern der Datei ist nur für private Zwecke zulässig.*

## Inhalt

Hinweise zum Lernen mit dem Skript .....	8
<b>Kapitel 1 Einführung in das Thema „Psychische Störungen“: Geschichte und Grundbegriffe .....</b>	<b>9</b>
1. Einführung .....	10
1.1 Lernziele des Units .....	10
1.2 Grundlagenliteratur.....	10
2 Einführung in das Thema „Psychische Störungen“: Geschichte und Grundbegriffe.....	11
2.1 Überblick über das Kapitel .....	11
2.2 Historische Sicht auf das Thema „Psychische Störungen“ .....	11
2.3 Definition „Psychische Störung“ .....	18
2.4 Verhältnis des Störungsbegriffs zum Begriff der „Gesundheit“ .....	20
2.5 Krankheitsmodelle.....	21
2.6 Begriffsbestimmung „Klinische Psychologie“ und „Psychiatrie“ .....	25
3 Der diagnostische Prozess.....	26
3.1 Befunderhebung.....	27
3.2 Klassifikation psychischer Störungen .....	34
3.3 Übersicht der Prävalenz psychischer Störungen.....	39
4 Lernfragen .....	41
<b>Kapitel 2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.....</b>	<b>42</b>
5 Überblick über das Kapitel .....	43
6 Einführung in die Störungsgruppe F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.....	43
7 F20 Schizophrenie .....	45
7.1 Geschichte .....	45
7.2 Symptomatik und Diagnose .....	45
7.3 Epidemiologie.....	51
7.4 Verlauf .....	52
7.5 Ätiologie .....	55
7.6 Therapie.....	57
7.6.1 Psychopharmakotherapie .....	58
7.6.2 Training sozialer Fertigkeiten .....	59
7.6.3 Familientherapie .....	59
7.6.4 Kognitive Verhaltenstherapie.....	59
7.7 Umgang mit Betroffenen.....	60
8 Weitere psychotische Störungen .....	60
9 Weitere Materialien .....	61
10 Lernfragen .....	62

<b>Kapitel 3 Affektive Störungen und Suizidalität.....</b>	<b>63</b>
11 Einführung in die Störungsgruppe F3: Affektive Störungen.....	64
11.1 Geschichte .....	64
11.2 Subtypen.....	65
12 F30 Depressive Episode.....	66
12.1 Klassifikation.....	67
12.2 Symptomatik und Diagnose .....	68
12.3 Epidemiologie.....	72
12.4 Verlauf .....	74
12.5 Ätiologie .....	75
12.6 Therapie.....	78
12.7 Umgang mit Betroffenen.....	79
13 Bipolare Störungen.....	81
13.1 Symptomatik und Diagnose .....	81
13.2 Epidemiologie.....	82
13.3 Ätiologie .....	83
13.4 Verlauf .....	83
13.5 Therapie.....	83
13.6 Umgang mit Betroffenen.....	83
14 Weitere affektive Störungen .....	84
15 Suizidalität .....	86
15.1 Epidemiologie.....	87
15.2 Ätiologie .....	93
15.3 Stadien der suizidalen Entwicklung.....	94
15.4 Suizidprävention.....	94
15.4.1 Hinweise auf Vorliegen einer Suizidalität.....	94
15.4.2 Umgang mit vermuteter oder vorhandener Suizidalität.....	95
16 Lernfragen .....	97
<b>Kapitel 4: Angststörungen .....</b>	<b>98</b>
17 Überblick über das Kapitel .....	99
18 Einführung in die Störungsgruppe F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	99
19 Allgemeines zu den Angststörungen (F40 & F41) .....	101
19.1 Funktion der Angst .....	101
19.2 Wann wird Angst zur Störung?.....	102
19.3 4-Ebenen-Modell der Angstreaktion.....	103
19.4 Physiologische Vorgänge während der Angstreaktion .....	103

19.5	Angstsymptome („generelle Angstsymptome“)	104
20	Phobische Störungen	105
20.1	F40.0 Agoraphobie	105
20.2	F40.1 Sozialphobie	106
20.3	F40.2 Spezifische Phobien	107
21	Andere Angststörungen	107
21.1	F41.0 Panikstörung	108
21.2	F41.1 Generalisierte Angststörung	108
22	Epidemiologie der Angststörungen	109
23	Komorbidität	110
24	Verlauf	110
25	Ätiologie	110
25.1.1	Biologische Disposition	111
25.1.2	Psychodynamische Erklärungen	111
25.1.3	Lerntheoretische Perspektive	111
25.1.4	Bio-psycho-soziales Modell	113
26	Therapie	115
26.1	Pharmakotherapie	115
26.2	Psychotherapie	115
27	Hinweise auf eine Angststörung – Früherkennung	115
28	Umgang mit Betroffenen	116
29	Mehr erfahren	117
30	Lernfragen	117
	<b>Kapitel 5: Zwangs- und somatoforme Störungen</b>	<b>118</b>
31	Überblick über das Kapitel	119
32	F42: Zwangsstörung	119
32.1	Erscheinungsbild / Diagnose	119
32.2	Epidemiologie	121
32.3	Ätiologie	122
32.4	Therapie	123
32.5	Umgang mit Betroffenen	124
33	F45: Somatoforme Störungen	125
33.1	Störungsbilder	127
33.1.1	Somatisierungsstörung (F45.0)	127
33.1.2	Hypochondrische Störung (F45.2)	127
33.1.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	128

33.1.4	Anhaltende Schmerzstörung (F45.4).....	128
33.2	Differentialdiagnostik.....	128
33.3	Epidemiologie.....	128
33.4	Komorbidität .....	129
33.5	Ätiologie .....	129
33.5.1	Biologische Aspekte.....	129
33.5.2	Aspekte der Umwelt.....	129
33.5.3	Psychische Aspekte.....	129
33.5.4	Aufrechterhaltung.....	130
33.5.5	Bio-psycho-soziales Modell .....	131
33.6	Therapie.....	131
33.7	Umgang mit Betroffenen.....	132
34	Mehr erfahren .....	133
35	Lernfragen .....	133
	<b>Kapitel 6 Traumafolge- und Dissoziationsstörungen .....</b>	<b>134</b>
36	Überblick über das Kapitel .....	135
37.	F43.1: Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS) .....	136
37.1	Trauma: Definitionen .....	136
37.2	Psychische Prozesse einer Traumatisierung.....	138
37.3	Symptome & Diagnose .....	144
37.4	Epidemiologie.....	145
37.4.1	Prävalenzen .....	145
37.4.2	Komorbidität .....	145
37.5	Umgang mit Betroffenen.....	145
37.6	Therapie.....	148
38.	F43.0 Akute Belastungsreaktion.....	149
39.	F43.2 Anpassungsstörung .....	150
40.	F44.81 Dissoziative Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung (alt).....	150
40.1	Diagnose .....	151
40.2	Epidemiologie.....	151
40.2.1	Prävalenz und Verlauf .....	151
40.2.2	Komorbidität .....	151
40.3	Ätiologie .....	152
40.4	Therapie.....	152
41.	F44: Dissoziative Störungen .....	153
41.1	Konzept der Dissoziation.....	153

41.2	Klassifizierung.....	154
41.3	Symptome .....	154
41.4	Diagnose.....	155
41.5	Epidemiologie.....	155
41.6	Verlauf .....	155
41.7	Komorbidität .....	155
41.8	Ätiologie .....	155
41.9	Therapie.....	156
41.10	Umgang mit Betroffenen.....	156
42.	Mehr erfahren .....	157
43.	Lernfragen .....	157
<b>Kapitel 7 Persönlichkeitsstörungen .....</b>		<b>158</b>
44.	Überblick über das Kapitel .....	159
45.	Stil oder Störung - Persönlichkeit, Persönlichkeitsakzentuierung und Persönlichkeitsstörung	159
45.1	Der Begriff der „Persönlichkeit“ .....	159
45.2	Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ .....	160
46.	Einordnung in die ICD-10-Struktur .....	163
47.	Diagnostik.....	164
47.1	Allgemeine Kriterien nach ICD-10 Forschungsleitlinien .....	164
47.2	Die einzelnen Störungsbilder .....	164
47.2.1	Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0).....	165
47.2.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1).....	165
47.2.3	Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) .....	166
47.2.4	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3).....	166
47.2.5	Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4).....	167
47.2.6	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5).....	168
47.2.7	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6) .....	168
47.2.8	Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7).....	169
47.2.9	Narzisstische Persönlichkeitsstörung .....	170
48.	Epidemiologie.....	171
49.	Komorbidität .....	172
50.	Verlauf .....	173
51.	Ätiologie .....	174
52.	Therapie.....	175
53.	Umgang mit Betroffenen.....	175
54.	Mehr erfahren .....	178

55.	Lernfragen .....	179
<b>Kapitel 8 Behinderung / Rehabilitation .....</b>		<b>180</b>
56.	Einführung .....	181
	Definition von „Behinderung“ .....	181
	Definition und Rahmen von „Rehabilitation“ .....	181
57.	ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit .	183
	Bio-psycho-soziales Modell der ICF .....	184
	Aufbau der ICF .....	186
	ICF-Klassifikationsebenen: Beispiel .....	188
	Diagnose Depression: ICD und ICF .....	189
58.	Mehr erfahren .....	190
59.	Lernfrage .....	190
60.	Literaturverzeichnis .....	191

## Hinweise zum Lernen mit dem Skript

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit diesem Skript erhalten Sie die Grundlage Ihres Lernens im Fach „Psychische Erkrankungen und Rehabilitation“. Im Folgenden möchte ich Ihnen einige Hinweise geben, wie die Verwendung des Skripts gedacht ist.

Neben den Texten sehen Sie blaue und rote Striche. Abschnitte, die

**blau markiert** sind, enthalten Inhalte, bei denen es vor allem um das Verständnis der Inhalte (Konzepte, Modelle, Annahmen, Begriffe, Zusammenhänge usw.) geht. Hier besteht das Lernen in der Aufgabe, über das Gelesene nachzudenken und zu überlegen, die Inhalte zu überdenken und dem Verständnis nach nachzuvollziehen, während Abschnitte, die

**rot markiert** sind, eher Fakten liefern, die neben dem Verstehen auch insbesondere konkret abzuspeichern sind. Hier besteht die Lernaufgabe die Informationen nach den wesentlichen Informationen herauszufiltern und diese aus dem Gedächtnis abrufen zu können. Darin **fett gedruckte** Wörter sind besonders relevante Fachbegriffe, deren Bedeutung Ihnen geläufig und aktiv abrufbar sein sollte.

Verschiedenen Abschnitten in diesem Skript sind Fragen vorangestellt, anhand derer Sie sich mit Ihrer eigenen Sicht auf bestimmte Themen beschäftigen sollen und so in der Lage sind, die Ausführungen im Skript mit kritischem Blick aufzunehmen („Einstieg“). Diese Fragen sind grün hinterlegt. Bitte nehmen Sie sich vor Lektüre der Ausführungen jeweils einige Minuten Zeit, um sich mit diesen vorangestellten Fragen zu beschäftigen.

Am Ende eines Themenblocks finden Sie „Reflexionsanregungen“, die beige hinterlegt sind. Mit Hilfe dieser Anregungen möchte ich Ihnen Impulse geben, über das Gelesene nachzudenken und die Inhalte für sich selbst einordnen und mit ihrem vorhandenen Wissen verknüpfen zu können. Diese Reflexionsanregungen sind nicht als prüfungsrelevant zu verstehen. Sie lernen hier für's Leben 😊

Am Ende jedes Kapitels finden Sie „Lernfragen“, die lila hinterlegt sind. Die Art der Fragen sollen Ihnen einerseits dazu dienen zu prüfen, ob Sie wesentliche Inhalte der jeweiligen Lerneinheit erfasst haben. Darüber hinaus geben Ihnen die Fragen einen Eindruck davon, welche Verarbeitungstiefe für die Klausur erwartet wird und welche Art von Fragen Sie in der Klausur erwarten können. Erarbeiten Sie die Antworten bitte in Lerngruppen mit jeweils mindestens 3 Personen und senden mir die Antworten als 1- bis 2-seitiges Dokument per E-Mail und unter Angabe der an der Ausarbeitung beteiligten Personen bis zu den jeweils angegebenen Terminen zu. Die Ausarbeitungen werden nicht benotet.

In blauen Kästen finden Sie Lernhinweise, die Ihnen dazu dienen sollen, den Umgang mit dem darauf folgenden Text besser einschätzen zu können. Es werden hier Antworten gegeben auf Fragen wie „Muss ich das alles auswendig lernen?“, „Braucht es hier nur einen Überblick?“, „Worauf muss ich im Folgenden besonders achten?“.

In manchen dieser Kästen finden Sie Zusammenfassungen oder eine Herausstellung wesentlicher Punkte, die für ein grundlegendes Verständnis des weiteren Textes von besonderer Bedeutung sind oder die, der Erfahrung nach, den Studierenden eher schwer zugänglich sind.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Erfolg bei der Annäherung an das Thema der psychischen Störungen und der Rehabilitation!

Herzliche Grüße,  
Mirko Kuhn



# 1. Einführung

## 1.1 Lernziele des Units

Das Unit „Psychische Erkrankungen und Rehabilitation“ hat zum Ziel, Sie in die Lage zu versetzen, „auffälliges“ Wahrnehmen, Denken und Verhalten von Menschen zu erkennen und in Bezug auf die Dimension Krankheit-Gesundheit einzuordnen. Durch die Vermittlung spezifischer Terminologie können Sie sich mit Kooperationspartner\_innen fachlich austauschen. In den verschiedenen Kapiteln werden Ihnen die unterschiedlichen Störungsgruppen bzw. spezifische Störungen vorgestellt, denen Sie entsprechende Symptome zuordnen können. Die Entstehung (Ätiologie) psychischer Störungen als auch den medizinischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Umgang mit betroffenen Personen lernen Sie anhand verschiedener Paradigmen kennen und können hinsichtlich der Behandlungsmaßnahmen eine eigene fachliche und ethische Bewertung vornehmen.

## 1.2 Grundlagenliteratur

Zur Wiederholung und vertiefenden Bearbeitung der Inhalte dieses Units bieten sich verschiedene deutschsprachige Bücher an. Diese nähern sich dem Themengebiet teilweise aus psychologischer Perspektive (Bücher zur „Klinischen Psychologie“), teilweise aus psychiatrisch-medizinischer Perspektive (Berger):

Berger, M. (Hrsg.). (2015). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie (5. Auflage). München: Urban & Fischer- 936 Seiten

Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch (7., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Weinheim: Beltz - 779 Seiten

Kring, A. M., Johnson, S. L. & Hautzinger, M. (2019). Klinische Psychologie (9., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz – 664 Seiten

Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). (2011). Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (4. , akt. Aufl.). Bern: Huber – 1220 Seiten

## 2 Einführung in das Thema „Psychische Störungen“: Geschichte und Grundbegriffe

### 2.1 Überblick über das Kapitel

In diesem Kapitel geht es um eine Annäherung an das Thema „Psychische Störungen“. Sie bildet damit das Fundament zum Verständnis im Umgang mit dem Thema und den Betroffenen. In einem geschichtlichen Überblick, auf dessen Grundlage Sie Ihre eigene Haltung zum Umgang mit betroffenen Menschen weiterentwickeln können. An die geschichtliche Einordnung anschließend werden die Begriffe Krankheit und Gesundheit voneinander abgegrenzt und vor diesem Hintergrund das Konzept der „psychischen Störung“ definiert.

Im Weiteren erhalten Sie einen kurzen Überblick über wesentliche psychotherapeutische Zugänge bzw. Schulen, die auch in den weiteren Kapiteln zu den verschiedenen immer wieder angesprochen werden. Einen wesentlichen Inhalt stellt dabei das „Bio-psycho-soziale Störungsmodell“ dar, das den heutzutage allgemein anerkannten, integrativen Erklärungsansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen bildet.

Im zweiten Teil dieses Kapiteles erfolgt eine Einführung in das Thema der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik. Wesentliche Themen stellen dabei die psychopathologische Befunderhebung sowie die klassifikatorische Diagnostik dar, bei der es darum geht, bestimmten Konstellationen von Symptomen (also Syndromen), einen Namen zu geben, z.B. „Schizophrenie“, „Bipolare Störung“, „Angststörung“ usw.

Dieses Kapitel führt zahlreiche für das Feld relevante Grundbegriffe ein, auf die in den weiteren Kapiteln regelmäßig Bezug genommen Kenntnis wird. Sie bilden darüber hinaus in der Berufspraxis die Grundlage für den interdisziplinären Austausch.

### 2.2 Historische Sicht auf das Thema „Psychische Störungen“

#### **Einstieg**

- Seit wann, denken Sie, spielt das Konzept von „Psychischen Störungen“ eine Rolle in der Medizin?
- Welche Auffälligkeiten wurden im Verlaufe der Geschichte wohl als psychische Störung angesehen?
- Wie wurde Ihrer Kenntnis nach im Verlauf der Geschichte mit psychisch kranken Menschen umgegangen?
- Wurden psychische Störungen wohl im Verlauf der Geschichte und in verschiedenen Kulturen immer als Krankheit betrachtet?
- Was könnte aus Perspektive der unterschiedlichen Epochen wohl an „der Psyche“ gestört sein und was könnte als Ursache angesehen worden sein?



Abbildung 1: Paul Richer -  
*Attaque démoniaque* (um 1880)

Bevor wir uns dem heutigen Verständnis psychischer Störungen und ihrer Entstehung zuwenden, werfen wir einen Blick darauf, wie sich dieses Verständnis im Laufe der Geschichte entwickelt hat. Auch heute noch existieren viele verschiedene Perspektiven auf den Bereich der psychischen Störungen und wie mit ihnen umzugehen ist. In der Geschichte der Psychiatrie sind all diese Perspektiven schon mehr oder weniger ausgeprägt vertreten gewesen. Um sich eine eigene Meinung darüber zu bilden, wie man psychischen Störungen für sich selbst einordnet („Was ist normal, was ist verrückt?“) und wie man mit Menschen umgeht, die davon betroffen sind (Wegsperrern? Partizipieren lassen? Aktivieren? Aushalten oder Akzeptieren?), ist dieser geschichtliche Blick grundlegend. Im Rahmen dieses Kapitels ist natürlich nur ein kleiner Einblick möglich, der lediglich einen Bruchteil darstellt und ausschließlich subjektiv relevante Beispiele und Persönlichkeiten einbezieht.

Als psychische Störungen werden heutzutage Zustände von Menschen verstanden, bei denen sich das Erleben, Denken und Verhalten dieser Personen weit außerhalb gegenwärtig geltenden Normen abspielt. Beschreibungen solcher Zustände finden wir schon seit der frühen Antike. Bereits im antiken Babylon, also im 2. und 3. Jahrtausend vor Christus, wird von „Wahnsinn“ berichtet (Schaudig, 2014). Die Definition von Wahnsinn muss hier natürlich im zeitgenössischen Kontext gesehen werden, d.h., dass in einer Welt, in der Geister, Götter und Dämonen als real existierende Wesen galten, Phänomene wie Totengespräche und visuelle und auditive Halluzinationen nicht als Irrsinn verstanden wurde. Eine recht weite, aber für das antike Verständnis von „Wahnsinn“ stimmige Definition liefert Kant, der Folgendes formuliert: „Das einzige allgemeine Merkmal der Verrücktheit ist der Verlust des Gemeinsinnes („sensus communis“), und der dagegen eintretende logische Eigensinn („sensus privatus“).“ (Kant, 1798). Er meint dabei Phänomene, die im Gegensatz zur „Allgemeinen Vernunft“ stehen. Konkret wird in babylonischen Büchern von einem „stark veränderten Verstand“ gesprochen und beschrieben, dass der oder die Betroffene keinen Entschluss fassen könnte, dass er bzw. sie sich unkontrolliert oder aggressiv äußere und sich gegebenenfalls daran nicht erinnern könne. Es wurden auch weitere Symptome beschrieben, die die Babylonier selbst allerdings nicht als Wahnsinn bezeichneten, z.B. Schlaflosigkeit, Panikattacken, Niedergeschlagenheit, unverständliches und unverständiges Vor-sich-Hinreden, Schweigen, zielloses Herumlaufen, in die Luft oder auf bestimmte Stellen Starren, sich Ausziehen, beständiges Lachen, Selbstverletzungen usw., all dies auch immer wieder gemischt mit körperlichen Leiden (Schaudig, 2014).

Wie alle Krankheiten wurden psychischen Beeinträchtigungen in diesem kulturellen Kontext grundsätzlich einem Fehlverhalten der betroffenen Menschen zugeschrieben, wodurch sie sich schuldig gemacht hätten und ihnen die Krankheit als Strafe durch Dämonen und Götter auferlegt worden sei (Schaudig, 2014).

In der griechischen Mythologie, so wie Homer sie um 800 vor Christus sie beschrieb, wimmelt es von Wahnsinnigen: Herkules, von Hera in den Wahnsinn getrieben, tötet seine Kinder, Ajax tötet einen Widder, in dem er halluzinierend seinen Widersacher Odysseus sah und anschließend aus Scham sich selbst. Iphinoe, Iphianassa und Lysippe irrten jahrelang wahnsinnig in der Gegend herum...

In den *hippokratischen Schriften*, die um ca. 400 v. Chr. entstanden sind, wurden Geistesstörungen bereits im medizinischen Zusammenhang verstanden und entsprechende ätiologische, also die Entstehung betreffende, Hypothesen vorgeschlagen, Verläufe dargestellt, Prognosen gegeben und Interventionen dokumentiert (Matentzoglou, 2011). Die psychischen Beeinträchtigungen werden in diesen Schriften allerdings immer in wechselseitiger Verbindung mit bzw. als Folge körperlicher Funktionsstörungen – nämlich eines Ungleichgewichts in der Mischung der Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle – gesehen. Auch wenn diese Hypothesen zur Entstehung nicht zutreffend sind, so stellen die hippokratischen Schriften doch den Beginn wissenschaftlich-medizinischen Denkens dar. Die beschriebenen Symptomatiken entsprechen auch in vielerlei Hinsicht aktuellen Beschreibungen psychischer Störungen. So finden sich Beschreibungen von Angstzuständen, wo es nichts zu befürchten gibt, oder eine ausgeprägte Melancholie, wo eigentlich kein Grund für schlechte Laune ist. Interessant ist, dass in den hippokratischen Schriften Körper und Seele als unmittelbar zusammengehörig aufgefasst wurden, eine ganzheitliche Betrachtung, dem sich ein Teil der Wissenschaft, nämlich die Neurobiologie, wieder annähert. Dementsprechend folgte auch die Therapie seelischer Störungen in diesen Schriften ausschließlich organischen Ansätzen und erfolgte insbesondere durch Diäten und Körpertherapie („Mens sana in corpore sano“). Zum Teil erfolgte diese in der weltweit ersten „psychosomatischen Klinik“, dem „Asklepieion“ auf Kos.



Abbildung 2: Die Statue des Hippokrates vor der Staatsbibliothek in München

Der römische Medizin-Schriftsteller *Celsus* hat sich dann um Christi Geburt herum erstmals mit psychotherapeutischen Zugängen zu seelischen Leiden im engeren Sinne befasst. Er beschreibt Methoden der Aufmerksamkeitslenkung, Ruhe und Anregung, freundliche Zuwendung, das einführende Gespräch und die erschreckende Drohungen (Schrenk, 1973). Allerdings stand auch hier die Humoralpathologie, die Viersäfte-Lehre, im Vordergrund.

Während im Mittelalter im mittleren Osten die ersten psychiatrischen Krankenhäuser eingerichtet wurden, in denen die Patientinnen und Patienten human behandelt wurden, gab es in Europa zwischen 500 und 1500 n. Chr., wie in so vielen Bereichen, auch hinsichtlich seelischer Störungen einen Rückschritt, der durch das völlige Fehlen eines wissenschaftlichen Ansatzes gekennzeichnet war. Der Fokus im Umgang

mit betroffenen Personen bestand fortan weniger in der Heilung oder Linderung der Symptome, sondern in der Verwahrung der Betroffenen. Die Umgangsweise mit den Betroffenen wiederum war stark abhängig vom sozio-ökonomischen Status von deren Familien. Während Kranke, die aus einer Familie mit einem höheren sozialen bzw. finanziellen Status stammten, die Möglichkeit hatten, in ihren Familien gepflegt und versorgt zu werden, wurden Betroffene aus ärmeren Schichten im besseren Fall verbannt und sich selbst überlassen, im schlechteren Fall wurden sie z.B. in Stadttürme eingesperrt oder in „Narrenkästen“ ausgestellt. Auch die ersten expliziten psychiatrischen Einrichtungen Europas, z.B. das berühmte „Bethlem Hospital“ in London, das 1330 gegründet wurde, und in denen Personen mit psychischen Störungen gemeinsam mit Kriminellen und Armen eingesperrt wurden, sind im Mittelalter eingerichtet worden. Allerdings wurde hier nicht



Abbildung 3: William Norris in Bethlem, lag bis 1841 12 Jahre in Ketten

therapeutisch gearbeitet. Im Gegenteil, das Bethlem Hospital ist ein Beispiel menschenunwürdiger, brutaler Verwahrung gewesen, bei der Menschen in Ketten gelegt wurden, bis es sich seit dem 19. Jahrhundert zu einer modernen, fortschrittlichen therapeutischen Einrichtung entwickelt hat.

Vor allem im späteren Mittelalter war das Konzept der psychischen Erkrankung teilweise auch mit dem Konzept der Besessenheit vom Teufel assoziiert, sodass seelischen Erkrankungen in einem gewissen Umfang auch mit Exorzismus begegnet wurde und dieser in bestimmten Kreisen bis heute eine gewisse Rolle spielt.

Mit Ausklingen des Mittelalters und dem Aufkommen der Renaissance wurden abergläubische Überzeugungen fortschreitend durch eine wieder eher wissenschaftliche Perspektive ersetzt. Der schweizerische Arzt *Paracelsus* (1490-1541) war einer der ersten, die Kritik an der Annahme einer „Besessenheit“ verhaltensauffälliger Menschen übte. Der große Unterschied, die seine Annahmen ausmachte, war die, dass er psychische Beeinträchtigungen wieder als Krankheiten verstand, während sie in den vorangegangenen Jahrhunderten als mutwilliges Verhalten oder Besessenheit der Betroffenen interpretiert wurden.

Auch *Johann Weyer*, ein deutscher Arzt, der von 1515 bis 1588 lebte, führte Untersuchungen durch, die zeigten, dass Betroffene nicht vom Teufel besessen waren, sondern unter einer Krankheit litten. Und obwohl er sich auf dem Gebiet der psychischen Störungen spezialisierte, diese wissenschaftlich untersuchte und einen großen Erfahrungsschatz anhäufte, blieben seine Bücher durch die katholische Kirche bis ins 20. Jahrhundert verboten, sein Einfluss also begrenzt. Trotzdem wird er heutzutage manchmal als Begründer einer modernen Psychopathologie bezeichnet (Butcher, Mineka, & Hooley, 2009).

Ein entscheidender Schritt wurde von *Philippe Pinel* vollzogen, der 1792 die Leitung eines dieser „Tollhäuser“ bzw. „Irrenanstalten“ übernahm, des französischen Krankenhauses „La Bicêtre“, und dort darauf hinwirkte, dass ein Teil der Insassen „von ihren Ketten befreit“ wurde und ihnen Freiheit zugestanden wurde. Der erfolgreiche Verlauf dieses Experimentes, in dem sich zeigte, dass sich mit besserer Behandlung der Betroffenen auch deren Symptome besserten, hatte zur Folge, dass Menschen mit seelischen Störungen nicht mehr als Gefangene, sondern als Kranke betrachtet und entsprechend mit ihnen umgegangen wurde. Pinel gilt heute als Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie. Zu grundlegenden Veränderungen im Umgang mit psychisch kranken



Abbildung 4: Pinel befreit angeblich 1795 psychisch Kranke von ihren Ketten (Gemälde von Tony Robert-Fleury)

Menschen und zur Aufnahme des Psychatriebereichs in die Medizin führte seine Aufstellung einer Systematik psychischer Krankheiten einschließlich der genauen Beschreibung der Krankheitssymptome und der Beschreibung der Krankheitsverläufe. Natürlich darf man bei der Betrachtung nicht vergessen, dass auch Pinel noch weit von unserer heutigen Auffassung einer angemessenen Behandlung entfernt war. Auch bei ihm waren entwürdigende Methoden wie die Drehstuhlbehandlung, Hungerkuren und Tauchbäder noch übliche Behandlungsmethoden.

Gleichzeitig leitete Pinel einen Paradigmenwechsel ein, indem er psychische Krankheiten – anders als zuvor während der Epoche der Aufklärung – nicht unmittelbar mit einer Störung des Verstandes in Verbindung brachte. Er beschrieb Störungen, die bei Menschen auftraten, die offensichtlich über einen normal funktionierenden Verstand (Vermögen von Begriffsbildung, Vorstellung durch Denkvermögen, Abstraktionsvermögen, Urteilen, Erkennen von Ursache-Wirkungs-Folgen, Wahrscheinlichkeiten)

verfügten, und die wir heute z.B. als Depressionen, Angststörungen, Zwänge, Persönlichkeitsstörungen usw. bezeichnen würden.

Ein ähnliche Entwicklung setzte ab der Mitte des 18. Jahrhunderts auch in England ein, wo v.a. *William Battie* dafür bekannt wurde, in dem von ihm 1751 gegründeten St. Luke's Hospital nicht nur auf „Verwahrung“, sondern auch auf „Heilung“ hinzuwirken. Er war es auch, der für die im Hospital Angestellten das wohl erste psychiatrische Lehrbuch schrieb.

In der Folge entwickelten sich ab Beginn des 19. Jahrhunderts zunehmend psychiatrische Krankenhäuser, die sich wissenschaftlich mit psychischen Krankheiten auseinandersetzten, die mit humanen Behandlungsmethoden experimentierten und die die Kranken mehr oder weniger würdig pflegten.

Ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde zunehmend nach Zusammenhängen zwischen physiologischen Störungen, etwa Defekten des Gehirns, und psychischen Störungen gesucht, wodurch die Verbindung der Psychiatrie zu anderen medizinischen Fachgebieten verstärkt wurde.

Eine äußerst erwähnenswerte Persönlichkeit war zu dieser Zeit der deutsche Psychiater *Wilhelm Griesinger*, der in seinem 1845 erschienenen Hauptwerk „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ davon spricht, dass es bei psychischen Krankheiten „in der Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige spezifische Ursache, sondern ein Complex mehrerer, zum Theil sehr vieler und verwickelter, vorbereitender und mehr gelegentlicher schädlicher Momente war, unter deren Zusammenwirken die Krankheit endlich zu Stande kam“. Er beschreibt hier ein Krankheitsmodell, das auch die individuelle Lebensgeschichte sowie die soziale und familiäre Situation des bzw. der Kranken berücksichtigt und das die moderne bio-psycho-soziale Sichtweise auf psychische Krankheiten um fast 150 Jahre vorwegnimmt. Für Griesinger waren auch verschiedene therapeutische Ansätze gleichberechtigt. Vor dem Hintergrund der englischen „No-Restraint“-Bewegung setzte er sich für eine Reform der Psychiatrie ein, die eine Behandlung ohne Zwang und soziale Teilhabe der Kranken vorsieht und eine Normalisierung der psychischen Funktionen durch „angenehme Sinneseindrücke“ und Beschäftigung propagiert. Mit seiner Idee sogenannter „Stadtsytle“ und einer zeitnahen Reintegration und Rehabilitation kann man Griesinger als Vordenker einer gemeindenahen und dezentralisierten Psychiatrieversorgung bezeichnen. Zwar setzte er seine viele seiner Vorstellungen als Direktor der Berliner Charité klinisch um, seine umfassenderen Reformbestrebungen jedoch unterlagen dem damaligen Zeitgeist und wurden erst wieder im Rahmen der Psychiatrie-Enquete in den 1970er wieder aufgenommen, sodass weitere 100 Jahre isolierte, kasernenartige Großanstalten die psychiatrische Versorgung in Deutschland charakterisierten (Niemann, 2009).



Abbildung 5: „Heil- und Pflegeanstalt“ Weilmünster

Entsprechend der fehlenden Therapien und damit ausbleibender Entlassungen stiegen die Belegungszahlen stetig an, sodass die Anstalten bei der seinerzeit stark zunehmenden Bevölkerung weit überfüllt waren. Nicht zuletzt dies war ein Grund, aus dem während der Zeit des ersten Weltkrieges die Klinikleitungen strenge Rationierungen des bereits aufgrund der Knappheit begrenzten Nahrungsangebotes anordneten. Dies und die aufgrund mangelnden Personals schlechte Pflegesituation führten zu 70000 Toten unter den „Anstaltsinsassen“ in den Jahren 1914-1918 im Vergleich zu deutschlandweit insgesamt 424000 Hungertoten (Faulstich, 1998).

Während des Endes des 19. Jahrhunderts machte allerdings ein anderer deutscher Psychiater auf sich aufmerksam, *Emil Kraepelin*, der durch einen experimentalpsychologischen Ansatz zu neuen Erkenntnissen kam, die die bisherige, z.B. auch von Griesinger, angenommene Existenz einer sogenannten Einheitspsychose widerlegen konnte. Diese besagt, dass alle psychischen Krankheiten nur unterschiedliche Stadien ein und derselben Grunderkrankung seien, sozusagen einen Punkt auf einem psychotischen Kontinuum darstellen. Kraepelin hingegen veröffentlichte 1896 in seinem Lehrbuch ein psychiatrisches Klassifikationssystem, das Krankheiten weniger nach ihrer äußeren Symptomatik, sondern mehr nach ihren Ursachen, Verläufen und Endzuständen zusammenfasste, eine Vorgehensweise, die für uns heutzutage selbstverständlich erscheint. Darauf aufbauend postulierte Kraepelin in seinem Lehrbuch von 1899 die klassische Zweiteilung zwischen der „Dementia praecox“ und dem „manisch-depressiven Irresein“, was heute die Gruppe der „Schizophrenien“ und die Gruppe der „Affektiven Störungen“ darstellt. Dies war eine bahnbrechende Feststellung, die sich ab Beginn des 20. Jahrhunderts weitgehend durchgesetzt hat.

Kraepelins Ansichten waren allerdings auch durch darwinistische und somatische Grundannahmen sowie durch die Entartungstheorie beeinflusst, die ihn aus Sorge um die psychische Volkshygiene zu einem Befürworter präventiver eugenischer Maßnahmen machten (Weber, Burgmair, & Engstrom, 2006). Diese Ansichten, die Kraepelin mit vielen anderen verband, sowie das bereits im Ersten Weltkrieg angestoßene Nachdenken über den Lebenswert psychisch kranker Menschen führte dazu, das im Rahmen von „Sparmaßnahmen“ über den Umgang mit sogenannten „Ballastexistenzen“ diskutiert wurde, führten in das wohl dunkelste Kapitel der deutschen Psychatriegeschichte während der Zeit des Nationalsozialismus. Die zynische Diskussion um Kosten und Nutzen psychisch kranker Menschen wurde durch die Nationalsozialisten aufgegriffen und trug schließlich dazu bei, dass im Rahmen der Euthanasie, von den Nationalsozialisten verstanden als die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, mehr als 250.000 psychisch kranke Menschen ermordet worden sind, etwa 400.000 wurden zwangssterilisiert (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2019). Allein durch die bekannte Aktion T4, bei der psychisch kranke Personen in Tötungsanstalten durch Gas umgebracht wurden, starben über 70.000 Menschen in den Jahren 1940/1941, viele weitere durch Vergiftung, Erschießen oder andere Methoden in organisierter oder „wilder“ Form.

Eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Rolle der Psychiatrie im Nationalsozialismus fand wie in den meisten anderen Bereichen nur sehr zögernd statt, wissenschaftliche Untersuchungen hierzu wurde erst ab den 1980 konsequent durchgeführt.

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg wurden keine neuen Psychiatriekonzepte entwickelt, die Versorgung psychisch kranker Menschen stellte, bis auf kleinere Versuche, wieder eher eine Verwahrung dar. Erst 1971 wurde die psychiatrische Versorgung in Deutschland durch die Einrichtung der *Psychiatrie-Enquête* systematisch untersucht und geprüft. Ein 1975 veröffentlichter Bericht zeigte brutale Behandlungsformen in den Einrichtungen und das Fehlen ergänzender Therapien (wie Körpertherapien) auf und wies auf die mangelhafte Personalsituation (1:87 Fachärzte-Patient-Relation), hohe Zahl an Zwangsbehandlungen (70%) und fehlende ambulante Versorgungsstrukturen (1200 niedergelassene Nervenärzte mit 15 min Behandlung monatlich pro Patient) hin.

Durch die Arbeit der Kommission wurden im Anschluss zahlreiche Reformationen angestoßen und auch darüber hinaus wurde die psychiatrische Arbeit bis heute weiter entwickelt. Neben Dezentralisierung und



Abbildung 6: „Katatonikerguppe“ aus dem Lehrbuch *„Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte.“* von Kraepelin

Verkleinerung der stationären psychiatrischen Einrichtungen, Aufstockung und Multiprofessionalität der Teams und dem Einbezug neuer Therapieverfahren, insbesondere der Psychotherapie (die bisher in der medizinisch geprägten Psychiatrie keine Rolle spielte), wurde vor allem auch der Prozess der Enthospitalisierung angestoßen. Der Ausbau der gemeindepsychiatrischen Systems und tagesklinischer Einrichtungen sowie die Betreuung durch niedergelassene PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen und die Einrichtung betreuter Wohnformen ermöglichte es, die Verweildauern in den Kliniken drastisch zu reduzieren und die Patientinnen und Patienten wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen.

### ***Reflexionsanregungen***

- Was wären für Sie ausschlaggebende Argumente, verhaltensauffällige Menschen auch gegen ihren Willen therapeutisch zu behandeln und dafür ggfs. freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden?
- Was spricht für Sie für eine gemeindenahe Versorgung psychisch kranker Menschen? Fallen Ihnen auch Argumente ein, die für eine zumindest teilweise Separation sprechen würden?

## 2.3 Definition „Psychische Störung“

### Einstieg

- Wo verläuft für Sie die Grenze zwischen „Normalität“ und „psychischer Störung“? Von was machen Sie Ihre Unterscheidung abhängig?
- Wie erklären Sie sich die Entstehung psychischer Störungen?

Die Definition des Begriffs „**Psychische Störung**“ umfasst mehrere Aspekte psychischen Erlebens und Verhaltens. Relevant dabei sind die Dimensionen **statistische Seltenheit, Verletzung sozialer Normen, persönliches Leid, Beeinträchtigung der Lebensführung** und **unangemessenes Verhalten** (Davison, Neale, & Hautzinger, 2007, S. 6f.). Dabei reicht es einerseits nicht aus, dass ein Merkmal in einer Dimension besonders ausgeprägt ist, andererseits müssen auch nicht alle Kriterien erfüllt sein.

Unter *statistischer Seltenheit* versteht man das sehr geringe Vorkommen eines Merkmals in der Bevölkerung. Um diese Seltenheit zu quantifizieren, wird häufig auf die sogenannte Normalverteilung zurückgegriffen. Diese besagt, dass eine Vielzahl psychischer Merkmale wie Intelligenz, Temperament, Verhaltensstile usw. normalverteilt sind. In Zahlen bedeutet das, dass das Merkmal bei etwa 68,2% aller Menschen eine „durchschnittliche“ Ausprägung hat, aufgeteilt auf jeweils 34,1% über und 34,1% unter dem Mittelwert der Skala. In der Statistik wird dies als der Bereich zwischen „einer Standardabweichung“ unter ( $= -1\sigma$ ) und „einer Standardabweichung“ über ( $= 1\sigma$ ) dem Mittelwert bezeichnet. Der Mittelwert einer Skala entspricht je nach „Skalierung“ eines bestimmten Merkmals einem anderen Wert. Die in Abbildung 7 abgebildete Normalverteilung hat einen Mittelwert von 0. Eine weitere häufig genutzte Skala ist die T-Skala mit einem Mittelwert von 50. Für den Intelligenzquotienten hingegen ist der Mittelwert der Verteilung auf  $IQ=100$  skaliert, eine Standardabweichung entspricht 15 IQ-Punkten. Bei der Intelligenz spricht man davon, dass 68,2% aller Menschen einen Intelligenzquotienten (IQ) zwischen 85 ( $= -1\sigma$ ) und 115 ( $= 1\sigma$ ) haben und damit „durchschnittlich intelligent“ sind. Weitere 13,6% sind jeweils „unter- bzw. überdurchschnittlich intelligent“ und weitere jeweils 2,2% „weit unter- bzw. überdurchschnittlich intelligent“. Ein seltenes Vorkommen einer Eigenschaft oder eines Merkmals entspricht also einem Vorkommen außerhalb der „mittleren“ 68,2%.

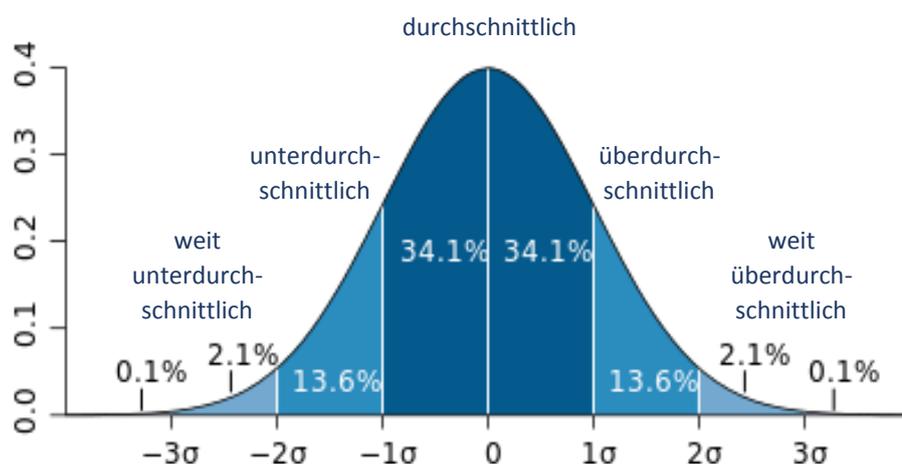


Abbildung 7: Normalverteilung („Gauss-Verteilung“)

Ein seltenes Vorkommen allein reicht allerdings als Kriterium zur Bezeichnung als Störung nicht aus. Übertreffende sportliche oder künstlerische Fähigkeiten bspw. werden nicht als Störung angesehen,

seltene Erlebens- oder Verhaltensweisen wie Halluzinationen oder ständige Schlaflosigkeit schon. Es bedarf demnach weiterer Kriterien.

Ein weiterer Anhaltspunkt für das Vorliegen einer psychischen Störung stellt das *Verletzen sozialer Normen* dar, also ob Mitmenschen verletzt werden oder sich bedroht fühlen. Hier sieht man schon, dass die jeweilige aktuelle kulturelle Norm eine maßgebliche Rolle bei der Definition psychischer Störungen spielt, es sich also um einen relativen Begriff handelt. Rituale zwangsgestörter Menschen oder die Unterhaltung mit imaginären Stimmen oder das mutwillige Verletzen anderer Menschen widerspricht sicherlich unseren sozialen Normen und weist somit auf das Vorliegen einer psychischen Störung hin. Kriminalität verletzt jedoch auch uns gängige Normen, ist aber in nicht in allen Fällen ein Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Störung (obwohl tatsächlich 70-80% der verurteilten Straftäter die Kriterien für eine „Antisoziale Persönlichkeitsstörung“ erfüllen). Ein extrem ängstlicher Mensch, der in der klinischen Psychologie eine große Rolle spielt, verstößt hingegen selten gegen soziale Normen. Auch diese Dimension kann also Hinweis auf das Vorliegen einer psychischen Störung sein, es müssen jedoch noch weitere Kriterien erfüllt sein.

Eine wichtige Rolle bei der Definition spielt das *persönliche Leid* der betroffenen Person. Menschen mit einer Depression oder einer Angststörung leiden sicherlich sehr. Es gibt allerdings auch Störungen, bei denen dies nicht im Vordergrund steht oder auch gar keine Rolle spielt, wie dies z.B. bei der Psychopathie der Fall ist, bei der durch das Fehlen von Reue und Schuldgefühl auch das eigene Wohlbefinden kaum beeinträchtigt ist.

Die *Beeinträchtigung der Lebensführung* kann ebenfalls Kennzeichen einer psychischen Störung sein. Bei funktionalen Störungen wie der Demenz, der Sexualstörung oder der geistigen Behinderung stellt diese Dimension ein Hauptmerkmal der jeweiligen Störung dar. Bei anderen Störungen wie Depressionen, Ängsten oder Substanzmissbrauch hat die Störung die Beeinträchtigung eher mittelbar zur Folge. So ist es beispielsweise schwierig oder unmöglich infolge der Störungssymptome arbeiten zu gehen oder persönliche Beziehungen aufrecht zu erhalten. Wieder andere Beeinträchtigungen der Lebensführung, wie z.B. körperliche Einschränkungen, gehören nicht in den Bereich der klinischen Psychologie, sodass auch dies nicht als alleiniges Kriterium gelten kann.

Schließlich kann noch die *Angemessenheit bzw. Unangemessenheit des Verhaltens* als Kennzeichen herangezogen werden. Die Angst vor einem zähnefletschend auf mich zu rennenden Tiger ist durchaus als gesunde Reaktion zu interpretieren, diejenige vor der grauen Maus, die ich im Keller entdeckte, jedoch nicht, ist also unangemessen. Auch der regelmäßige Konsum von Alkohol zur vermeintlichen Bewältigung negativer Erfahrungen stellt solch ein unangemessenes Verhalten dar.

All diese aufgeführten Dimensionen können allein keine zufriedenstellende Definition des Begriffs „Psychische Störung“ liefern. In ihrer gemeinsamen Betrachtung geben sie jedoch einen nützlichen Rahmen für diese Definition.

## 2.4 Verhältnis des Störungsbegriffs zum Begriff der „Gesundheit“

Wenn bei einer Person von einer „psychischen Störung“ gesprochen wird, fließen in diese Bewertung entsprechend dem, was gerade zum Definitionsrahmen beschrieben wurde, auch subjektive Aspekte ein, also solche, die durch die betroffene Person selbst erlebt und bewertet werden. Es stellt sich also die Frage, wo die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit verläuft. Diese gibt es so nicht. Wenn man die Definition der WHO heranzieht, so ist Gesundheit „der Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.“ Dies bedeutet, dass sich Gesundheit als Endpunkt auf einem Kontinuum befindet und wir uns in unserem Zustand einmal näher daran, einmal weiter davon entfernt befinden. Dies sollte uns immer bewusst sein, wenn wir davon sprechen, dass wir „krank“ oder „gesund“ sind. Es kann durchaus entlastend sein zu erkennen, dass wir kaum jemals an dem einen oder anderen Pol sein können. Dies drückt sich auch in einer anderen Definition aus, die im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells aufgestellt wurde (Egger, 2005): „Im biopsychosozialen Modell bedeutet Gesundheit die ausreichende Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.“

## 2.5 Krankheitsmodelle

Beim geschichtlichen Überblick wurde bereits erwähnt, wie in den verschiedenen Epochen unterschiedliche störungsübergreifende **Ätiologiemodelle** zur Entstehung psychischer Störungen entworfen wurden. Galten zunächst Götter und Dämonen als Verursacher psychischer Beeinträchtigungen, wurden später unausgeglichene Körpersäfte und dann wieder Bakterien als ursächlich angesehen. Auch in moderneren Zeiten gab es immer wieder verschiedene Erklärungsmodelle, sogenannte Paradigmen. Im Folgenden fasse ich die Kernaussagen (natürlich sehr grob) zusammen. Im Rahmen der Darstellung der verschiedenen Störungen werden wir auf die verschiedenen Paradigmen („Denkmuster“ oder „grundsätzliche Sichtweise“) im Sinne störungsspezifischer Ätiologiemodelle zurückkommen.

Nach wie vor, und in den vergangenen Jahren wieder mit steigender Bedeutung, ist das biologische Paradigma von großer Relevanz für die Genese psychischer Störungen. Unter dieser Perspektive wird angenommen, dass psychopathologischen Phänomenen organische Ursachen zugrunde liegen. Hierzu zählen erblich bedingte Faktoren (z.B. Gene, die für schizophrene Erkrankungen prädisponieren), chemische Dysbalancen im Gehirn (die z.B. Depressionen verursachen), Defekte im Autonomen Nervensystem (die z.B. die Erregungsschwelle senken und so Angstzustände wahrscheinlicher machen) oder Gehirnschäden (die z.B. durch Demenzen entstehen können).

Zu den im vergangenen Jahrhundert und auch heute noch gängigen Paradigmen zählt das psychoanalytische bzw. psychodynamische Paradigma, das die Ursache psychischer Störungen maßgeblich in unbewussten Konflikten zwischen einem triebgesteuerten Es, einem Ich, das die Bedürfnisse des Es mit der realen Welt als Kontrollinstanz abgleicht, und einem Überich, in dem moralische, gesellschaftliche Normen und Werte hinterlegt sind, sieht. Früh wurde diese „konfliktorientierte“ Sichtweise um die Perspektive der „Objektbeziehung“ erweitert. Diesbezügliche psychoanalytische Theorien fokussieren auf die frühen Beziehungserfahrungen zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen. In diesem Kontext stellt auch die hieraus entstandene Bindungsforschung wichtige Impulse zum Verständnis und zur Therapie psychischer Störungen zur Verfügung.

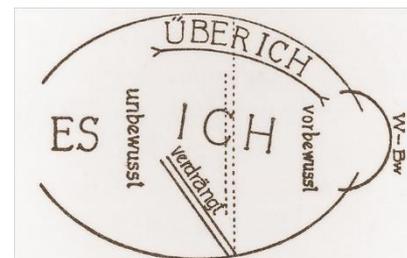


Abbildung 8: Freuds "Strukturmodell der Psyche"

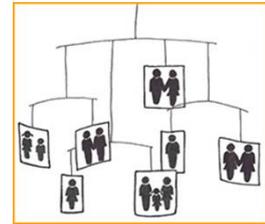
In der Weiterentwicklung des psychoanalytischen Ansatzes werden noch weitere, z.T. andere Schwerpunkte gesetzt, wie z.B. die Fokussierung auf interaktionale Prozesse, bei denen im Fokus steht, wie ein Mensch soziale Beziehungen vor dem Hintergrund seiner biografischen Erfahrungen erlebt und gestaltet.

Im lerntheoretischen (oder synonym behavioristischen Paradigma) ist die Annahme zentral, dass menschliches Verhalten durch die Lernerfahrungen definiert ist, die ein Mensch während seines Lebens macht. In diesem Paradigma wird der Rolle unterbewusster Dynamiken keine Bedeutung beigemessen, es wird lediglich damit gearbeitet, was beobachtet werden kann. Dabei sind verschiedene Modi des Lernens möglich: so kann z.B. gelernt werden, einen Umweltreiz mit einer bestimmten Reaktion zu verbinden. Oder durch eine Belohnung oder Bestrafung, die auf ein bestimmtes Verhalten erfolgt, wird diese verstärkt oder unterdrückt. Schließlich kann auch Lernen durch einfaches Beobachten geschehen.

Dieses Paradigma wurde später in der sogenannten „zweiten“ bzw. „kognitiven Wende“ erweitert. Hier kommt der Mensch als verarbeitendes Wesen hinzu, der eine Situation vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen reflektiert, interpretiert und bewertet. Es bilden sich so mit der Zeit Filter, Bewertungsmuster und Denkmuster, anhand derer der Mensch sein Verhalten steuert. Im kognitiven Ansatz werden dem Menschen also mehr aktive Gestaltungsmöglichkeiten zugestanden.

Der sogenannten „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie liegt ebenfalls das Lernparadigma zugrunde, in der Therapie wird jedoch mehr in Richtung der Akzeptanz und Relativierung der Krankheitssymptome gearbeitet.

Das systemische Paradigma legt den Fokus auf die sich gegenseitig beeinflussende Dynamik des Verhaltens unterschiedlicher Systembestandteile. Insbesondere wird die Funktion eines Symptoms hinsichtlich einer Problemlösung betrachtet. So kann z.B. das Suchtverhalten einer Person diese dazu beitragen, eine zweite Person davon abzuhalten, sich von ihr abzuwenden, wie es bei der Co-Abhängigkeit der Fall ist. Oder ein Kind könnte z.B. depressive Symptome entwickeln, um den Fokus auf sich zu lenken und eine Trennung der Eltern zu vermeiden. In dieser Betrachtung steht also der soziale Aspekt einer Störung im Vordergrund.



Allgemein anerkannt und annähernd ubiquitär („überall vorkommend“, i.S.v. für fast alle Störungen anzunehmen) ist heute schließlich die ganzheitliche, integrierende Sichtweise des bio-psycho-sozialen Paradigmas. In diesem wird von einer Körper-Seele-Einheit und einer Gleichzeitigkeit psychologischer und physiologischer Prozesse ausgegangen. Im „Normalzustand“ ist der Mensch in der Lage, mit Risikofaktoren (z.B. Bakterien, Viren, belastenden psychischen oder sozialen Lebensumständen) zurechtzukommen. Ist jedoch das „System“ auf irgendeine Weise mit der Kompensation überlastet, wird man krank (Egger, 2015).

„Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Aufgrund der Komplexität psychischer Konstellationen und meist fehlender objektiver Kriterien unterliegt es der klinischen Beobachtung und Bewertung, einen Zustand als „pathologisch“ zu interpretieren oder eben nicht. Wir müssen also immer bedenken, dass solche Bewertungen gegebenenfalls von anderen Personen, die ebenfalls über eine Expertise verfügen, anders eingeschätzt werden.“ (Egger, 2005)

So wird bei vielen psychischen Störungen heutzutage entsprechend des bio-psycho-sozialen Paradigmas davon ausgegangen, dass diese durch die Wechselwirkung einer vorliegenden **Disposition** (z.B. genetische Disposition oder traumatische Kindheitserfahrungen) mit **akuten Stressfaktoren** ausgelöst werden kann und z.B. durch **soziale Faktoren** aufrechterhalten wird. Wir sprechen hier auch von dem **Vulnerabilitäts-** bzw. **Diathese-Stress-Modell** (Vulnerabilität und Diathese werden hier synonym verwendet).

Nach dem Diathese-Stress-Modell kann die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung folgendermaßen dargestellt werden (Abbildung 9):

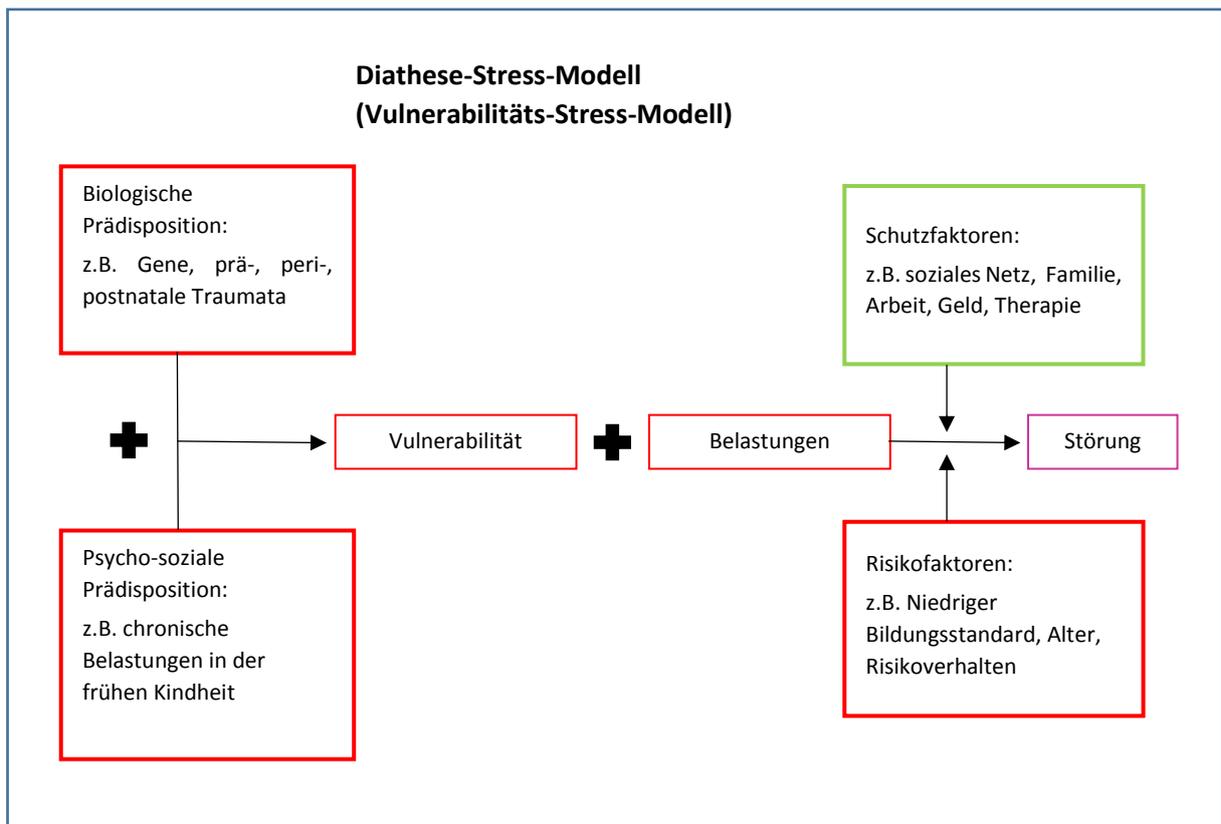


Abbildung 9: Diathese-Stress-Modell

Das Modell besagt, dass einer psychischen Störung zunächst eine gewisse Diathese (Vulnerabilität) zugrunde liegt. Dies setzt sich aus biologischen Faktoren (biologische **Disposition**) und psycho-sozialen Faktoren (psycho-soziale Disposition) zusammen. Beispielsweise kann eine Diathese / Vulnerabilität in einer familiären genetischen Vorbelastung und dazu kommenden frühkindlichen Missbrauchserfahrungen bestehen. Die Faktoren können auch sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, z.B. eine geringe biologische Disposition, aber starke emotionale Verwahrlosung. Diese Vulnerabilität kann auch sehr gering ausgeprägt und trotzdem später für die Ausbildung einer Störung bei entsprechenden Auslösern hinreichend sein. Kommt nun zu dieser Vulnerabilität eine mehr oder weniger ausgeprägte Belastungssituation hinzu, steigt das Risiko der Entwicklung einer psychischen Störung. Je nach Vorliegen weiterer Schutz- und Risikofaktoren wird nun eine Störung ausgebildet oder die Entstehung noch verhindert (Abbildung 10).

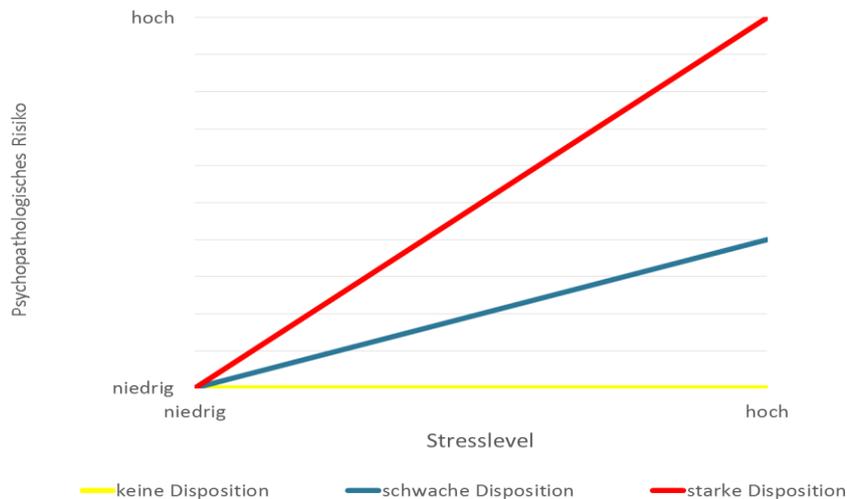


Abbildung 10: Auswirkung von Stress auf das psychopathologische Risiko entsprechend des Diathese-Stress-Modells

Manchmal kommt es zu Irritationen, in welcher Beziehung nun das „bio-psycho-soziale Paradigma“ und das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ zueinander stehen. Daher hier nochmals der Versuch einer Klärung: Das „bio-psycho-soziale Paradigma“ ist eine grundsätzliche Sichtweise auf die Entstehung psychischer Störungen. Sie nimmt ganz allgemein eine „multikausale“ Entstehung dieser Störungen an und postuliert, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren zur Entstehung der Störung beigetragen haben. Das störungsübergreifende „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ zeigt auf, wie diese biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren grundsätzlich zusammenwirken und zur Entstehung von Störungen beitragen. Darüber hinaus gibt es noch störungsspezifische Ätiologiemodelle, die für einzelne Störungen beschreiben, wie biologische, psychologische und soziale Faktoren (im Sinne des bio-psycho-soziale Paradigmas) ganz konkret zur Entstehung einer spezifischen Störung zusammenwirken (im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells).

Das hier besprochene „bio-psycho-soziale Paradigma“ der Entstehung psychischer Störungen sollte übrigens nicht mit dem „bio-psycho-sozialen Modell der Behinderung“ in der ICF („Internationale Klassifikation der Funktions-fähigkeiten, Behinderung und Gesundheit“) verwechselt werden. Beiden Modellen ist gemein, dass sie eine erweiterte Perspektive in Bezug auf den körperlichen und seelischen Zustand von Menschen einnehmen. Es hat sich gezeigt, dass die Studierenden diese beiden Modelle mit den dazugehörigen Begrifflichkeiten nicht selten verwechseln. Vergewenwärtigen Sie sich also bitte bei der Beschäftigung mit Kapitel 8 (Rehabilitation) den Unterschied!

## 2.6 Begriffsbestimmung „Klinische Psychologie“ und „Psychiatrie“

Unter klinischer Psychologie versteht man das Forschungs- und Praxisgebiet der Psychologie, das sich nach Perrez und Baumann (2011) „mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).“

Der Begriff „Psychiatrie“ ist hingegen die medizinische Disziplin, die sich mit psychischen Störungen befasst. Beide Gebiete befassen sich also mit psychischen Störungen, wobei die Klinische Psychologie auch Störungen „ohne Krankheitswert“ (z.B. Partnerschaftskonflikte) sowie den Bereich der psychosomatischen Störungen umfasst. Auch wenn beide Fachdisziplinen heutzutage psychische Störungen vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Modells verstehen, ist die psychiatrische Perspektive doch eher somatisch akzentuiert. Hinsichtlich der Behandlungsansätze sind PsychiaterInnen befugt, Medikamente zu verschreiben.

### **Reflexionsanregungen**

- Welches Paradigma oder welche Paradigmen stellt für Sie am ehesten ein annehmbares Modell für die Entstehung psychischer Störungen dar?
- Wie bewerten Sie das „bio-psycho-soziale Paradigma“?

### 3 Der diagnostische Prozess

#### **Einstieg**

- Welche Schritte, denken Sie, passieren zwischen der erstmaligen Vorstellung eines Patienten / einer Patientin und der Vergabe einer konkreten Diagnose? Das heißt, wie stellen Sie sich die Schritte des diagnostischen Prozesses vor?
- Welche psychischen Störungen sind Ihnen bereits bekannt?

Der **diagnostische Prozess** (Abbildung 11) stellt ein stufenweises Vorgehen zur Feststellung und Bestimmung von Krankheiten dar. Zunächst erfolgt die Erhebung der **Anamnese** („Vorgeschichte“, Längsschnitterhebung) und des psychopathologischen (und im psychiatrischen Kontext auch des somatischen) Befundes, der die „aktuelle Situation“ auf Symptomebene beschreibt (Querschnitterhebung). Unter **Symptomen** versteht man einzelne beobachtbare oder beschreibbare Krankheitsanzeichen. Diese Symptome werden zu **Syndromen**, also typischen Konstellationen von Symptomen, zusammengefasst. Im letzten Schritt werden die Symptome bzw. Syndrome in einer „klassifikatorischen Diagnostik“ interpretiert, sodass eine Diagnose gestellt werden kann. Diese Diagnose kann dann z.B. „mittelgradige depressive Episode (F32.1)“ lauten. Dies wird weiter unten erläutert. Entsprechend der gestellten Diagnose kann schließlich die **Indikationsentscheidung**, also die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen, getroffen werden. Der Schritt der Diagnose eines Syndroms kann auch übersprungen werden, sodass direkt durch die Feststellung bestimmter Symptome eine Diagnose erstellt werden kann.

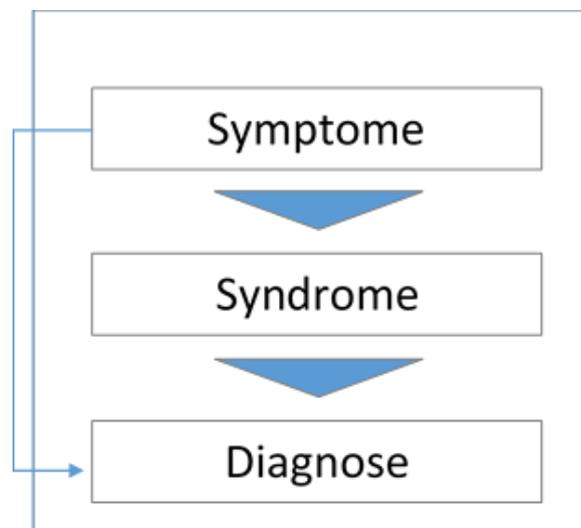


Abbildung 11: Der diagnostische Prozess

### 3.1 Befunderhebung

Zu Beginn eines Klinikaufenthaltes oder bei der Vorstellung bei einem niedergelassenen Psychiater werden in 1-3 Gesprächen Informationen z.B. zur Krankheitsanamnese, Biografie, Persönlichkeitsaspekten, aktuellen Lebenssituation und somatischen Faktoren der vorgestellten Person erhoben (Berger, 2015). Von besonderer Bedeutung ist dabei die Erhebung des psychischen / **psychopathologischen Befundes**. Für die streng deskriptive, also nicht wertende Erfassung dieses Befundes hat die „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)“ ein strukturierendes, diagnostisches Hilfssystem, das AMDP-System, entwickelt, das in Deutschland weit verbreitet angewandt wird. In Tabelle 1 sind die AMDP-Merkmalsbereiche mit den entsprechenden Symptomen und Beispielen aufgeführt.

Tabelle 1: Merkmalsbereiche des AMDP-Systems

Merkmalsbereich	Symptom	Beispiele
<b>Bewusstseinsstörungen</b>	Bewusstseinsverminderung, -trübung, -einengung, -verschiebung	Benommenheit, Somnolenz (starke Schläfrigkeit), mangelnde Klarheit des Erlebens, verminderte Ansprechbarkeit, intensiviertes Raum- und Zeitempfinden
<b>Orientierungsstörungen</b>	Zeitlich, örtlich, situativ & über die eigene Person	Kennt Wochentag, Aufenthaltsort, eigenen Namen, Beruf
<b>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</b>	Auffassungs-, Konzentrations-, Merkfähigkeits-, Gedächtnisstörungen, Konfabulationen, Paramnesien („Falsche Erinnerungen“)	Verständnisschwierigkeiten z.B. bei Fragen, Rückwärts zählen nicht möglich, Schwierigkeiten Bildgeschichten zu begreifen, Speicherung von Daten nicht möglich, Auffüllen von Erinnerungslücken durch Einfälle, falsches Wiedererkennen, Wiedererleben
<b>Formale Denkstörungen</b>	Gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingengt, perseverierend, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflüchtig, Vorbeireden, gesperrt, Gedankenabreißen, inkohärent, zerfahren, Neologismen	Von einem Gedanken zum anderen ohne nachvollziehbaren Zusammenhang, flüchtige Gedanken, nicht-Eingehen auf Fragen, Abbruch von Gedanken, zerrissene Gedanken, Wortneubildungen
<b>Befürchtungen und Zwänge</b>	Misstrauen, Hypochondrie, Phobien, Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen	Angst vor Räumen, Menschenmengen, Tieren; wiederkehrender Drang sich zu kratzen oder einen Körperteil zu berühren
<b>Wahn</b>	Wahnstimmung, -wahrnehmung, -einfall, -gedanken, Systematisierter Wahn, Wahndynamik, Beziehungs-, Beinträchtigungs-, Verfolgungs-, Eifersuchts-, Schuld-, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, Größenwahn	Fehlbeurteilung der Realität, Widerspruch zur Wahrnehmung anderer Menschen, Unzugänglichkeit für Argumente anderer, „Wahngebäude“, affektive Hineinsteigerung

<b>Sinnestäuschungen</b>	Illusionen, Stimmenhören, andere akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen	Wahrnehmungen ohne entsprechenden Außenreiz, verkennende Wahrnehmung von Realem
<b>Ich-Störungen</b>	Derealisation, Depersonalisation, Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse	Umwelt unwirklich, Körper fremdartig, Gefühl des Gedankenraubs, Gefühl der Außensteuerung
<b>Störung der Affektivität</b>	Ratlos, Gefühl der Gefühlslosigkeit, affektarm, Störung der Vitalgefühle, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, euphorisch, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam/jammrig, Insuffizienzgefühle, gesteigertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle, ambivalent, Parathymie, affektlabil, affektkontinent, affektstar	Gleichgültigkeit gegenüber vergangenen oder zukünftigen Geschehnissen, fehlende Hemmung, Verlust der Schwingungsfähigkeit
<b>Antriebs- und psychomotorische Störungen</b>	Antriebsarm, antriebsgehemmt, antriebsgesteigert, motorisch unruhig, Parakinesen, maniert/bizarrr, theatralisch, mutistisch, logorrhöisch	Erhöhte Energie, Schwerfälligkeit beim Handeln, übersteigerte Unternehmungslust, Echolalie, Bewegungslosigkeit
<b>Circadiane Besonderheiten</b>	Morgens schlechter, abends schlechter, abends besser	„Morgentief“, „Abendtief“
<b>Andere Störungen</b>	Sozialer Rückzug, soziale Umtriebigkeit, Aggressivität, Suizidalität, Selbstbeschädigung, Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung, Pflegebedürftigkeit	Verlust des Kontaktes zu Mitmenschen, Gedanken an und Planung von Selbstmord, Widerstreben gegen Medikation

AMDP-System					Psychischer Befund								
Angaben zur Person													
Patient:		Untersucher:		Untersuchungsdatum:									
Alter:		Geburtsdatum:			Geschlecht: m w								
Beurteilungszeitraum:				(in Tagen)		Diagnosen:							
Befund					Befund								
Symptom	Datensquellen	nicht vorhanden	leicht	mäßig ausgeprägt	schwer	keine Aussage	Symptom	Datensquellen	nicht vorhanden	leicht	mäßig ausgeprägt	schwer	keine Aussage
<b>Bewusstseinsstörungen</b>							<b>Befürchtungen und Zwänge</b>						
1. Bewusstseinsverminderung	F	<input type="checkbox"/>	23. vorbeireden	T	<input type="checkbox"/>								
2. Bewusstseinsstrübung	F	<input type="checkbox"/>	24. gesperrt/Gedankenabreißen	SF	<input type="checkbox"/>								
3. Bewusstseinsengung	SF	<input type="checkbox"/>	25. inkohärent/zerfahren	T	<input type="checkbox"/>								
4. Bewusstseinsverschiebung	S	<input type="checkbox"/>	26. Neologismen	T	<input type="checkbox"/>								
<b>Orientierungsstörungen</b>							<b>Wahn</b>						
5. zeitliche Orientierungsstör.	S	<input type="checkbox"/>	27. Misstrauen	SF	<input type="checkbox"/>								
6. örtliche Orientierungsstör.	S	<input type="checkbox"/>	28. Hypochondrie	S	<input type="checkbox"/>								
7. situative Orientierungsstör.	S	<input type="checkbox"/>	29. Phobien	S	<input type="checkbox"/>								
8. O.-Stör. über die eigene Person	S	<input type="checkbox"/>	30. Zwangsdanken	S	<input type="checkbox"/>								
<b>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</b>							<b>Wahndynamik</b>						
9. Auffassungsstörungen	SF	<input type="checkbox"/>	31. Zwangsimpulse	S	<input type="checkbox"/>								
10. Konzentrationsstörungen	SF	<input type="checkbox"/>	32. Zwangshandlungen	S	<input type="checkbox"/>								
11. Merkfähigkeitsstörungen	SF	<input type="checkbox"/>	33. Wahnstimmung	S	<input type="checkbox"/>								
12. Gedächtnisstörungen	SF	<input type="checkbox"/>	34. Wahnwahrnehmung	S	<input type="checkbox"/>								
13. Konfabulationen	F	<input type="checkbox"/>	35. Wahneinfall	S	<input type="checkbox"/>								
14. Paramnesien	S	<input type="checkbox"/>	36. Wahngedanken	S	<input type="checkbox"/>								
<b>Formale Denkstörungen</b>							<b>systematisierter Wahn</b>						
15. gehemmt	S	<input type="checkbox"/>	37. systematisierter Wahn	SF	<input type="checkbox"/>								
16. verlangsamt	F	<input type="checkbox"/>	38. Wahndynamik	SF	<input type="checkbox"/>								
17. umständlich	F	<input type="checkbox"/>	39. Beziehungswahn	S	<input type="checkbox"/>								
18. eingengt	F	<input type="checkbox"/>	40. Beeinträcht.-Verfolgungswahn	S	<input type="checkbox"/>								
19. perseverierend	F	<input type="checkbox"/>	41. Eifersuchtswahn	S	<input type="checkbox"/>								
20. grübeln	S	<input type="checkbox"/>	42. Schuldwahn	S	<input type="checkbox"/>								
21. Gedankendrängen	S	<input type="checkbox"/>	43. Verarmungswahn	S	<input type="checkbox"/>								
22. Ideenflüchtig	F	<input type="checkbox"/>	44. Hypochondrischer Wahn	S	<input type="checkbox"/>								
							45. Größenwahn	S	<input type="checkbox"/>				
							46. andere Wahninhalte	S	<input type="checkbox"/>				

Auf der Grundlage der Beurteilung in den verschiedenen Merkmalsbereichen wird schließlich der psychopathologische Zustand des Patienten bzw. der Patientin im sogenannten „psychopathologischen Befund“ dokumentiert.

Hier das Beispiel eines psychopathologischen Befundes aus Möller, Laux & Deister (2013), wobei die rot hervorgehobenen Worte mögliche Hinweise auf eine Störung darstellen:

„Bei Aufnahme zeigt sich ein wacher, bewusstseinsklarer, allseits orientierter Patient. Im Kontakt ist er um freundliche Zuwendung bemüht, dabei wenig misstrauisch. Psychopathologisch imponierend ist das gut systematisierte Wahngebäude hoher Wahndynamik mit multiplen Beziehungs- und Verfolgungsideen, Wahnwahrnehmung und illusionärer Verkennung. Sinnestäuschungen oder psychotische Ich-Störungen sind im Gespräch nicht eruierbar. Subjektiv beklagt der Patient eine ängstlich-besorgte Grundhaltung mit deutlicher Herabgestimmtheit aber gut erhaltener Schwingungsfähigkeit. Formal fallen deutliche Antwortlatenzen auf, der Gedankenduktus scheint zäh, teilweise sprunghaft. Kognitiv sind Konzentrationsschwierigkeiten erkennbar, die Überprüfung der Merkfähigkeit bleibt ohne auffälligen Befund, die Auffassung scheint beeinträchtigt. In der Überprüfung der Abstraktionsfähigkeit mittels Sprichworten zeigen sich deutlich konkretistische Antworttendenzen mit thematischem Bezug auf das vom Patienten beschriebene wahnhaftes Erleben. So erklärt er „der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ derart, dass das naturgemäß so sei, außer der Baum habe sehr weitläufige Verästelungen. Nochmals darauf hingewiesen, dass nach der übertragenen Bedeutung des Sprichwortes gefragt sei, antwortet der Patient, bei dem Apfel könne es sich möglicherweise um den Nebenverdächtigen, beim Stamm um den Hauptverdächtigen handeln. Unterschiedsfragen werden prompt und konkret beantwortet. Von fremd- oder selbstaggressiven Tendenzen kann sich der Patient zur Zeit glaubhaft distanzieren. Eine Krankheitseinsicht bestand nicht.“

Weitere Formulierungen für den psychopathologischen Befund sind beispielhaft in Tabelle 2 aufgeführt (Richartz-Salzburger, Wormstall, & Morawetz, 2006):

## Lernhinweis

Die folgende Tabelle sollten Sie überblickt haben um einen Eindruck zu erhalten, auf welche Merkmale in den jeweiligen Kategorien geachtet wird. Sie werden im klinischen Kontext immer wieder auf die Begrifflichkeiten stoßen. Aktiv reproduzieren müssen Sie sie nicht können.

Tabelle 2: Auswahl von Formulierungen für den psychopathologischen Befund

<b>1. Äußeres Erscheinungsbild</b>
<b>Kleidung:</b> Besonderheiten, dezent, elegant, geordnet, geschmackvoll, konservativ, modisch, salopp, sportlich, unauffällig, provokativ, schlicht, unangepasst, ungepflegt, unkonventionell, verwahrlost
<b>Haar:</b> gepflegt, schütter, strähnig, ungepflegt, zerzaust
<b>Körperpflege:</b> gepflegt, auffällig geschminkt, parfümiert
<b>Statur und Körperhaltung:</b> aufrecht, gelöst, locker, stattlich, stämmig, straff, ungezwungen, zierlich, drohend, gebeugt, gespannt, maniert, schlaff, steif, unscheinbar, verkrampft
<b>2. Bewusstseinslage</b>
bewusstseinsklar, ungestört, wach
ablenkbar, benommen, bewusstlos, delirant, eingeengt, eingetrübt, fluktuierend, schläfrig, somnolent, soporös, verhangen
<b>3. Orientierung</b>
örtlich, zeitlich, zur eigenen Person, zur Situation
eingeschränkt, nicht-, partiell, unscharf orientiert
<b>4. Psychomotorik (dynamischer Gesamteindruck)</b>
<b>Antrieb:</b> aktiv, energisch, schwungvoll, spontan, agitiert, apathisch, entschlussunfähig, gehemmt, gesteigert, reduziert, schwunglos, umtriebig, unruhig, verarmt, vermindert
<b>Gangart:</b> elastisch, energisch, federnd, kraftvoll, schwungvoll, erschöpft, kleinschrittig, schleppend, schlurfend, trippelnd, unsicher, verspannt
<b>Ausdrucksverhalten:</b> adäquat, angepasst, ausgeglichen, ausgewogen, lebhaft, locker, mimisch moduliert, mitschwingend, nüchtern, rund, ausdrucksarm, ausfahrend, bizarr, eckig, eingeengt, erregt, expansiv, flach, gebunden, gesperrt, grimassierend, inadäquat, kühl, maskenhaft, mit Tics oder Parakinesen, müde, mutistisch, spärlich, sparsam, starr, stumpf, teilnahmslos, überexpressiv, unangepasst, ungesteuert, unmoduliert, verkniffen, verschroben
<b>Sprache, Stimmlage:</b> artikuliert, betont, deutlich, Dialekt, differenziert, Hochsprache, klar, laut, flüsternd, gekünstelt, hauchend, heiser, leise, monoton, polternd, undeutlich, unverständlich, verwaschen
<b>Benehmen und Umgangsformen:</b> einfühlsam, gewandt, höflich, korrekt, natürlich, sicher, unbefangen, apathisch, aufdringlich, befangen, burschikos, devot, distanzlos, gekünstelt, gleichgültig, herablassend, leutselig, ratlos, scheu, schüchtern, steif, unsicher, unterwürfig
<b>Wille:</b> ausdauernd, beharrlich, beherrscht, durchsetzungsfähig, konsequent, unbeugsam, zielstrebig, gleichgültig, negativistisch, unentschlossen, verbissen, willensschwach, wurstig
<b>Kontaktverhalten, Kommunikationsstil, Beziehungsgestaltung:</b> Blickkontakt anhaltend, detailreich, differenziert, farbig schildernd, mitteilungsbereit, offen, sachlich, warmherzig, zugewandt, abweisend, Blickkontakt vermeidend, feindselig, hilfeschend, kühl, leutselig, misstrauisch, verschlossen, zurückhaltend
<b>5. Denken</b>
<b>Formales Denken (Denkablauf):</b> abstrakt, anschaulich, gefühlsbetont, stringent, intuitiv, klar, logisch, nüchtern, praktisch, sachlich, konkretistisch, assoziativ, gelockert, danebenredend, einfallsarm, eingeengt, Gedankenabreissen, Gedankendrängen, Gedankenleere, gehemmt, gesperrt, haftend, ideenflüchtig, inkohärent, kreisend, Neologismen, perseverierend, sprunghaft, umständlich, ungenau, unzusammenhängend, verlangsamt, verworren, vorbeiredend, weitschweifend, widersprüchlich, zerfahren, ziellos
<b>Inhaltliches Denken:</b> überwertige Ideen

<b>Wahn:</b> Beeinträchtigungs-, Beziehungs-, Eifersuchts-, hypochondrischer, Größen-, nihilistischer, Verarmungs-, Verfolgungswahn, -einfall, -erinnerung, -gedanken, -stimmung, -wahrnehmung, Schuldwahn, Zwangsgedanken, Zwangserinnerung, -gedanken, -grübeln,
<b>Phobien:</b> Agora-, Dymorpho-, Erythro-, Klaustro-, soziale Phobie etc.
<b>6. Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen)</b>
Déjà-vu, Halluzinationen (akustisch, optisch, taktil, olfaktorisch), Illusionen, Pareidolien, Personenverkennungen, Pseudohalluzinationen
<b>7. Ich-Störungen</b>
Depersonalisation, Derealisation, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Ich-Aktivität, Ich-Bewusstsein, Ich- Identität, Ich-Konsistenz, Ich-Vitalität
<b>8. Stimmung, Affekt</b>
angepasst, ausgeglichen, einfühlsam, empfindsam, euphorisch, fröhlich, gemütvoll, gutmütig, heiter, herzlich, hoffnungsvoll, mitschwingend, optimistisch, sentimental, situationsangepasst, unbeschwert, weich, zuversichtlich, affektarm, affektlabil, affektstarr, aggressiv, ambivalent, ängstlich, angstvoll, depressiv, distanziert, dysphorisch, ernst, erregt, expansiv, flach, gedrückt, gereizt, hoffnungslos, hyperthym, hypoman, jammernd, kalt, klagsam, kühl, manisch, missbefindlich, moros, verstimmt, mutlos, niedergeschlagen, nüchtern, parathym, pessimistisch, ratlos, sensitiv, skeptisch, starr, Störung der Vitalgefühle, subdepressiv, teilnahmslos traurig, überempfindlich, verzagt, verzweifelt
<b>9. Mnestiche Funktionen</b>
<b>Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit:</b> anhaltend, gut, rasch, sicher, stetig abschweifend, eingeschränkt, ermüdbar, erschwert, gespannt, im Gesprächsverlauf nachlassend, verlangsamt
<b>Gedächtnisleistungen:</b> altersentsprechend, intakt, schwerbesinnlich, ungestört, Amnesien (anterograd, kongrad, retrograd), Erinnerungsstörungen, Gedächtnislücken, Hypermnesien, Konfabulationen, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Merkfähigkeitsstörung, Paramnesien, Zeitgitterstörungen
<b>10. Psychische Werkzeugstörungen</b>
Agnosie, Agraphie, Alexie, Aphasie, Apraxie
<b>11. Einschätzung der Intelligenz</b>
durchschnittlich, über-, unterdurchschnittlich
<b>12. Suizidalität</b>

Aus den verschiedenen im Befund erhobenen Symptomkonstellationen lassen sich Gruppen zusammenfassen, die regelmäßig im klinischen Alltag in dieser Zusammenstellung zu beobachten sind. Diese Symptomgruppen werden „Syndrome“ genannt. Im AMDP-System werden beispielsweise entsprechend der üblichen klinischen Bezeichnungen folgende Syndrome benannt:

#### Lernhinweis

Auch die Symptome der folgenden Tabelle müssen Sie nicht aktiv den Syndromen zuordnen können. Sie sollten aber eine Vorstellung davon entwickeln, wie sich die jeweiligen Syndrome ausdrücken.

Tabelle 3: Syndrome im AMDP-System

<b>Depressives Syndrom</b>
Symptome: z.B. depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, psychomotorische Unruhe oder Gehemmtheit, Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit
Assoziierte Störungen: z.B. Unipolare Depression, Zwangsstörungen, Angststörungen, Alkoholismus, verschiedene Persönlichkeitsstörungen und Psychosen
<b>Apathisches Syndrom</b>
Symptome: z.B. Interessensmangel, Antriebslosigkeit, Lethargie
Assoziierte Störungen: z.B. Depression, Schizophrenie
<b>Psychoorganisches Syndrom</b>
Symptome: z.B. Bewusstseinsstörung, Verwirrtheit, Störung der Integration und Wachheit, Orientierungsstörung, verminderte Merkfähigkeit, erschwerte Auffassung, allgemeine Verlangsamung aller Denkprozesse, Inkohärenz, Angst, inadäquate Affekte, Aggressivität, traumhafte Erlebnisse mit Wahnbildungen, Sinnestäuschungen, psychomotorische Unruhe, ausgeprägte vegetative Störungen
Assoziierte Störungen: z.B. organisch bedingte Psychosen
<b>Manisches Syndrom</b>
Symptome: z.B. Euphorie, Dysphorie, Antriebssteigerung, Mangel an Erschöpfbarkeit, reduziertes Schlafbedürfnis, gehobenes Selbstwertgefühl bis Größenwahn, schneller Denkablauf, Ideenflucht, Rededrang, soziale Distanzlosigkeit, sexuell bis Promiskuität, mangelnde Selbstkritik, unrealistische Planungen
Assoziierte Störungen: z.B. endogene Manie, exogene Psychosen
<b>Paranoid-halluzinatorisches Syndrom</b>
Symptome: z.B. Wahn, Halluzinationen
Assoziierte Störungen: z.B. endogene und exogenen Psychosen
<b>Hostilitätssyndrom</b>
Symptome: z.B. Gereiztheit, Aggressivität, Feindseligkeit, Negativismus, Mangel an Krankheitseinsicht, Mangel an Krankheitsgefühl, Ablehnung der Behandlung, motorisch unruhig
Assoziierte Störungen: z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychosen, Manie, Substanzmissbrauch, organische Hirnschädigung
<b>Katatoniesyndrom</b>
Symptome: z.B. Stupor, katatone Erregung, Mutismus, Bewegungs- und Haltungsstereotypie, Echolalie, Echopraxie, Automatismen, Negativismus, Manierismen
Assoziierte Störungen: z.B. schizophrene Erkrankungen, exogene Psychosen
<b>Zwangssyndrom</b>
Symptome: z.B. übertriebene Wiederholung von Handlungen, Widerstand gegen Zwangsgedanken und –handlungen
Assoziierte Störungen: z.B. Zwangsstörung, Schizophrenie

Im oben zitierten Beispiel finden sich zahlreiche Symptome aus dem Bereich des paranoid-halluzinatorischen Syndroms sowie Symptome aus den Bereichen der Affektivitätsstörung und formaler Denkstörungen.

Wer sich aus persönlichem im psychopathologischen Wissen fit machen möchte kann den Online-Trainer der AMDP nutzen: <http://www.amdp.de/onlinetest/>

Aufgrund der Entwicklungsgeschichte des ADMP-Systems, das ursprünglich insbesondere zu Forschungszwecken in psychopharmakologischen Bereich entstand ist, bildet das System allerdings nur bestimmte, insbesondere psychiatrisch relevante Störungsfelder ab. Besonders differenziert werden Symptome der schizophrenen und der affektiven Psychose, der Depression, Manie und bipolaren Störung sowie der Zwangsstörung wiedergegeben. Symptome aus den Bereichen Angststörungen, Ess-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen werden weniger differenziert erhoben. Für diese Störungen, die insbesondere für den psychotherapeutischen Bereich von Bedeutung sind, existieren andere Instrumente wie das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV“ (SKID) oder das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS) für Diagnosestellungen nach dem ICD-10.

## 3.2 Klassifikation psychischer Störungen

Den letzten Schritt des diagnostischen Prozesses stellt die Stellung einer „**klassifikatorischen Diagnose**“ dar. Hierbei geht es nicht mehr um eine Beschreibung des Störungsbildes, sondern um die Zuordnung des Befundes zu einer (oder mehreren) bestimmten Störung(en).

Durch die klassifikatorische Diagnostik werden verschiedene Ziele verfolgt:

Tabelle 4: Ziele klassifikatorischer Diagnostik

Forschungsrelevante Ziele	Klinisch relevante Ziele
Charakterisierung von Patientengruppen in Studien	Berücksichtigung von interindividuell ähnlichen Charakteristika psychischer Erkrankungen
Fallidentifikation in epidemiologischen Studien	Vereinfachung der Kommunikation zwischen klinisch tätigen Personen
Grundlage für Untersuchungen zur Ätiologie und Verlauf von Störungen	Grundlage der verschiedenen Ausbildungen
Grundlage für Interventionsstudien	Grundlage für Indikationsstellung
Vereinfacht Kommunikation von Forschungsergebnissen	Grundlage für Überprüfung des Therapieerfolges
	Grundlage für Prognoseerstellung
	Bedarfsplanung für Versorgungseinrichtungen

Um psychische Störungen nach einem möglichst logischen System einzuteilen, wurden verschiedene Klassifikationssysteme entwickelt. Da der Wissensstand zur Ätiologie, dem Verlauf oder spezifischen Symptomen bei vielen Störungen noch sehr unzureichend ist und bisher keine klar abgrenzbaren Klassen konzeptualisiert werden können, existiert auch kein einheitliches Einteilungsprinzip in den unterschiedlichen Klassifikationssystemen. Von internationaler Bedeutung sind vor allem das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA), das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)“ sowie das System der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die „International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)“.

Beide Systeme sind als operationalisierte Diagnostikinstrumente konzipiert. Dies bedeutet, dass für jede Störung explizite Symptom-, Zeit-, und Verlaufskriterien vorgegeben werden sowie deren Verknüpfung untereinander. Während das DSM, das mittlerweile als DSM-5 in seiner fünften Überarbeitung vorliegt, international und insbesondere in den USA von großer Bedeutung ist, dominiert in der klinischen Praxis in Deutschland deutlich die ICD-10, also die zehnte Überarbeitung der ICD, da diese auch die von den Krankenkassen geforderte Verschlüsselung von Krankheiten und Störungen darstellt. Da die ICD-10 für das deutsche Versorgungssystem von weitaus höherer Relevanz ist, gehen wir im Folgenden nur hierauf ein.

Die psychischen und Verhaltensstörungen sind in der ICD-10 in Kapitel V klassifiziert. Daher beginnen diese Störungen jeweils mit einem F. Die Störungen hier sind in 10 diagnostische Hauptgruppen untergliedert:

### Lernhinweis

Die folgende Tabelle sollten Sie auswendig können😊

Tabelle 5: Gliederung Störungsgruppen in der ICD-10

F0	Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die ICD-10 liegt in verschiedenen Versionen mit unterschiedlichen Operationalisierungsniveaus vor, z.B. die „Klinisch-diagnostischen Leitlinien“, die „Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis“ sowie einem „Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen“. Dies bedeutet, dass in den unterschiedlichen Versionen die Störungen unterschiedlich konkret durch ihre jeweiligen Symptome z.B. hinsichtlich notwendiger Anzahl, Genauigkeit der Symptombeschreibung, Symptomkonstellationen usw. beschrieben werden. Hier ein Beispiel der Diagnosekriterien des ICD-10 in der Version der Forschungskriterien (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte—Markwort, 2006):

F43.0 akute Belastungsreaktion	
A.	Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.
B.	Der außergewöhnlichen Belastung folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).
C.	Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in: F43.00 leicht nur Symptome aus Gruppe 1. F43.01 mittelgradig Symptome aus Gruppe 1. und zwei Symptome aus Gruppe 2. F43.02 schwer Symptome aus Gruppe 1. und vier Symptome aus Gruppe 2. oder dissoziativer Stupor (F44.2)
	1. Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1)
	2. a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen b. Einengung der Aufmerksamkeit c. offensichtliche Desorientierung d. Ärger oder verbale Aggression e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit f. unangemessene oder sinnlose Überaktivität g. unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen).
D.	Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach spätestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach spätestens 48 Stunden nachzulassen.
E.	Ausschlussvorbehalt: Derzeitig darf keine andere psychische oder Verhaltensstörung der ICD-10 vorliegen (außer F41.1 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen. Das Ende einer Krankheitsperiode oder einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen.

Abbildung 12: Beispiel der Diagnosekriterien für eine Störung nach ICD (Version „Kriterien für Forschung und Praxis“)

Die ICD-10 in der Version „Klinisch-diagnostische Leitlinien“ formuliert Folgendes für die gleiche Störung:

F43.0 akute Belastungsreaktion	
Es muß ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vorliegen. Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort.	
1.	Es tritt ein gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild auf; nach dem anfänglichen Zustand von "Betäubung" werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend.
2.	Die Symptome sind rasch rückläufig, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. In den Fällen, in denen die Belastung weiter besteht, oder in denen sie naturgemäß nicht reversibel ist, beginnen die Symptome in der Regel nach 24 bis 48 Stunden abzuklingen und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden.

Abbildung 13: Beispiel der Diagnosekriterien für eine Störung nach ICD (Version "Klinisch-diagnostische Leitlinien")

Je nach Schweregrad und Verlauf einer Störung können in der ICD-10 bis zu insgesamt **vier Ebenen** kodiert werden. Hier ein Beispiel für die Codierung einer mittelgradigen depressiven Episode:

*Tabelle 6: Beispiel von Codierungsmöglichkeiten in der ICD-10*

Codierung	Bezeichnung
F3	Affektive Störung
F32	Depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.11	Mit somatischen Symptomen

Problematisch bei einer Diagnosestellung ist es allerdings, dass die vergebene Diagnose Studien zufolge stark von den Kriterien abhängt, die die jeweilige untersuchende Person anwendet und davon, welche Informationen die untersuchende Person erhält. Je freier eine Untersuchungssituation gestaltet ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass zwei diagnostizierende Personen bei ein und derselben untersuchten Person zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen gelangen (Interrater-Reliabilität). Um diesen Fehler zu vermindern, wurden diagnostische Hilfsmittel wie Checklisten, strukturierte Interviews und Fragebögen entwickelt.

In den Internationalen Diagnosechecklisten (ICDL) sind beispielsweise jeweils die einzelnen Symptome für die alle in der ICD-10 aufgeführten Störungen aufgelistet, sodass die untersuchende Person diese im freien Interview überprüfen kann.

Strukturierte Interviews geben der diagnostizierenden Person eine systematische Gliederung des Interviewprozesses vor, wobei die Bewertung der Antworten der untersuchenden Person überlassen wird. Ein Beispiel für ein weit verbreitetes strukturiertes Interview ist das „Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)“, welches vor allem auf für die Verhaltenstherapie relevante Störungen fokussiert (Affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen).

Genau festgelegt ist das Vorgehen schließlich bei standardisierten Interviews und bei computerbasierten Ansätzen. Hier werden Symptome einzeln abgefragt und nach ihrer klinischen Relevanz bewertet. Ein Beispiel für ein standardisiertes Interview ist das „Composite International Diagnostic Interview (CIDI)“. Mit dem DIA-X-System wird das diagnostische Gespräch schließlich computergesteuert durchgeführt.

Am Ende des diagnostischen Prozesses wird schließlich die Diagnose einer psychischen Störung gestellt. Hier ein Beispiel dazu, wie die drei oben genannten diagnostischen Ebenen Symptom, Syndrom und Diagnose zusammenhängen:

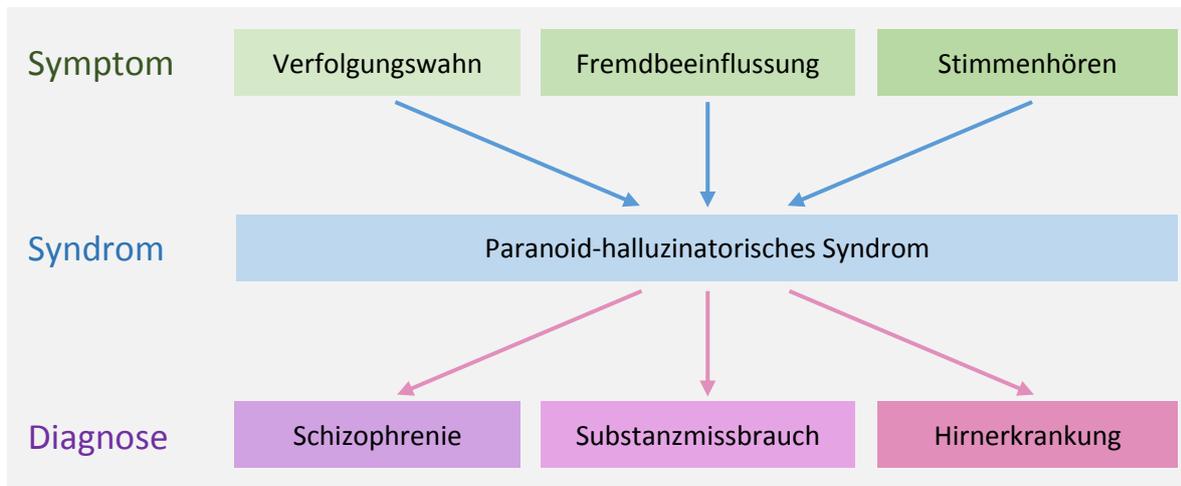


Abbildung 14: Beispiel des Zusammenhangs der Ebenen Symptom, Syndrom und Diagnose

### 3.3 Übersicht der Prävalenz psychischer Störungen

In der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ des Robert-Koch-Instituts wurden im Rahmen des Gesundheitsmonitorings für die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2008 bis 2011 Interviews mit 5317 Teilnehmenden im Alter von 18 bis 79 Jahren zu deren psychischen Gesundheitszustand durchgeführt (Jacobi, et al., 2014). In Tabelle 7 sind die entsprechenden **12-Monats-Prävalenzen** für das Auftreten der verschiedenen Störungen aufgelistet.

Die 12-Monats-Prävalenz ist der Anteil der Personen einer untersuchten Population (Stichprobe), die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten an einer bestimmten Störung erkrankt sind.

Wenn also von 100 im Zeitraum von Mai 2019 bis April 2020 untersuchten Personen zwei Personen (Karl einmal im August 2019 und einmal im Februar 2020 und Marietta einmal Mal im Juni 2019) Schnupfen hat, dann liegt für diese Stichprobe (n=100) eine 12-Monats-Prävalenz für Schnupfen von 2% vor. Anders gesagt: 2 von 100 Personen hatten in diesem Jahr Schnupfen.

Um einen Überblick über das Auftreten der verschiedenen psychischen Störungen zu haben ist es sinnvoll, sich die rot markierten Werte ungefähr zu merken.

Tabelle 7: Jahres-Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland (Jacobi, et al., 2014)

Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)		
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor oder substanzinduzierte Störung (F06)	1,2 (0,8–1,9)	1,2 (0,8–1,8)	1,2 (0,9–1,6)
Störung durch <b>Substanzgebrauch</b> (F1)	13,9 (12,4–15,6)	19,4 (17,5–21,3)	<b>16,6</b> (15,4–17,9)
Störung durch <b>Substanzgebrauch (ohne Nikotinabhängigkeit)</b>	3,5 (2,8–4,5)	7,9 (6,7–9,4)	<b>5,7</b> (5,0–6,6)
– Alkoholmissbrauch	0,4 (0,2–0,9)	3,1 (2,4–4,1)	1,8 (1,4–2,3)
– Alkoholabhängigkeit	1,6 (1,1–2,2)	4,4 (3,5–5,5)	3,0 (2,5–3,6)
– Medikamentenmissbrauch	1,7 (1,1–2,4)	1,5 (1,0–2,2)	1,6 (1,2–2,0)
– Medikamentenabhängigkeit	0,7 (0,4–1,2)	0,3 (0,1–0,6)	0,5 (0,3–0,8)
– Nikotinabhängigkeit	11,7 (10,3–13,3)	14,6 (13,0–16,3)	13,1 (12,1–14,3)
Mögliche <b>psychotische Störung</b> (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen)	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	<b>2,6</b> (2,1–3,2)
<b>Affektive Störungen</b> (F3)	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	<b>9,3</b> (8,3–10,3)
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)
<b>Angststörung</b> (F40, F41)	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	<b>15,3</b> (14,2–16,6)

– Panikstörung	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)
– Spezifische Phobien	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)
<b>Zwangsstörung</b>	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	<b>3,6 (3,1–4,4)</b>
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	<b>2,3 (1,8–2,8)</b>
<b>Somatoforme Störung (F45)</b>	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	<b>3,5 (2,9–4,1)</b>
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)
<b>Essstörung (F50)</b>	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9)	<b>0,9 (0,7–1,3)</b>
– Anorexia nervosa	1,1 (0,7–1,8)	0,3 (0,2–0,8)	0,7 (0,5–1,1)
– Bulimia Nervosa	0,3 (0,2–0,5)	0,1 (0,0–0,3)	0,2 (0,1–0,3)
– Binge-eating-Störung	0,1 (0,0–0,4)	0,1 (0,0–0,2)	0,1 (0,0–0,2)
<b>Irgendeine der genannten (ohne Nikotinabhängigkeit)</b>	<b>33,3 (31,2–35,5)</b>	<b>22,0 (20,1–24,1)</b>	<b>27,7 (26,3–29,2)</b>

### Reflexionsanregungen

- Einige Diagnosen haben einen ICD-Code mit z.B. zwei Ziffern, manche mit vier. Woher kommt der Unterschied?
- Was unterscheidet das „Depressive Syndrom“ von einer „Depressiven Episode (F32)“?
- Ein Psychiater schreibt, dass der Patient einen „angemessenem Affekt“ habe, „stringentes Denken“ zeige und Krankheitssymptome verleugne. Was tut der Psychiater gerade?

## 4 Lernfragen

- 1.) Wie würden Sie die Unterscheidung zwischen einer psychisch gesunden und einer psychisch kranken Person treffen?
- 2.) Welches sind die Dimensionen, die bezüglich der Definition des Begriffs „Psychische Störung“ berücksichtigt werden müssen?
- 3.) Beschreiben Sie das Diathese-Stress-Modell.
- 4.) Welchen Mittelwert hat eine Normalverteilung?
- 5.) Was ist ein „psychopathologischer Befund“?
- 6.) Was versteht man unter einem Symptom?
- 7.) Beschreiben Sie den diagnostischen Prozess und erläutern Sie die verwendeten Begriffe!

Kapitel 2:  
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen



## 5 Überblick über das Kapitel

Im vorliegenden Kapitel 2 erhalten Sie einen Einblick in eine Gruppe von Störungen, die allgemein als „Psychosen“ bezeichnet werden und die wohl mit die bizarrsten Formen psychischer Störungen darstellen. Sie sind durch ein extremes Erleben der betroffenen Personen gekennzeichnet, das weit vom dem entfernt ist, was Nichtbetroffene als „Realität“ bezeichnen, und in dessen Rahmen die Betroffenen ebenso extreme Verhaltensweisen entwickeln. In diesem Kapitel erhalten Sie einen Überblick über die Störungsgruppe und lernen die mit den entsprechenden Störungen verbundenen spezifischen Begriffe kennen. Außerdem wird die Störung „Schizophrenie“ als bekannteste Vertreterin dieser Gruppe näher vorgestellt.

Wichtig bei der Erarbeitung dieses Kapitels ist mir vor allem, dass Sie eine Vorstellung über die „Erscheinungsweise“ psychotischer Störungen erhalten. Welches sind die prägenden Symptome? Wie verläuft die Krankheit? Wer ist betroffen? Was ist wichtig im Umgang mit Menschen, die psychotische Erfahrungen gemacht haben oder in einer akuten Phase sind?

Um einen Eindruck vom Erleben eines Schizophreniebetroffenen und seiner sozialen Umwelt zu erhalten, empfehle ich den sehr guten Film „Das weiße Rauschen“ mit Daniel Brühl. Ein sehr schöner Film ist auch „A beautiful mind“ mit Russel Crowe, in dem die Nebenwirkungen von Neuroleptika (anti-psychotischen Medikamenten) anschaulich dargestellt werden und die ethische Frage nach dem Umgang mit der Störung aufgegriffen wird.

## 6 Einführung in die Störungsgruppe F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

### **Einstieg**

- Was stellen Sie sich unter Schizophrenie vor? Was unter einer Psychose?
- Ist es normal, Stimmen zu hören? Oder zu denken, dass man verfolgt wird?

### **Fallbeispiel F20.0: paranoide Schizophrenie**

In der Ambulanz einer psychiatrischen Klinik wird ein 23-jähriger Mann vorgestellt, der von der Polizei verwirrt und zusammenhanglos redend in der Fußgängerzone aufgegriffen und wegen seines aggressiven und nicht zugänglichen Verhaltens in die Psychiatrie gebracht wurde. Das Gespräch findet gemeinsam mit dem herbeigerufenen Vater des Mannes statt.

Der Vater berichtet, der Sohn zeige bereits seit etwa zwei Monaten ein sehr auffälliges Verhalten. Der Sohn habe immer wieder davon erzählt, dass ihm gesagt werde, dass er „sich hüten“ solle. Der Vater habe allerdings nie in Erfahrung bringen können, wer das sagen würde und wovor der Sohn sich hüten solle. Der Vater habe dann immer versucht den Sohn davon zu überzeugen, dass keine Gefahr bestehe und er sich diese Stimmen wohl nur einbilde. Der Sohn sei dann aber zunehmend aggressiv geworden und habe gesagt, dass ihm auch ausgerichtet worden sei, dass er „seinen Leuten“ nicht glauben solle. Weiterhin habe der Sohn von technischen Geräten und „Schutzmaßnahmen“ berichtet, was der Vater allerdings nicht habe nachvollziehen können.

Im Gespräch mit dem Sohn selbst stellt die Ärztin fest, dass der junge Mann nicht auf ihre Fragen eingeht, sondern zusammenhanglose Antworten gibt. Er sagt, dass es ihm auch nicht mehr gestattet sei zu schlafen, sodass er dies seit drei Tagen nicht getan habe, sondern zur Sicherheit die Straßen beobachtet habe. Nun hätten sich die Warnungen bestätigt, er sei aufgegriffen und verschleppt worden.

Schließlich berichtet der Vater, dass der Sohn seiner Kenntnis nach nie Drogen konsumiert habe und nicht davon gesprochen habe, dass er sich etwas antun wollen würde. Allerdings habe er sich seit etwa einem Jahr, seit Beginn seiner Ausbildung, sozial zunehmend zurückgezogen. Die Ausbildungsfirma habe aufgrund der stark nachlassenden vor einem Monat bereits eine Prüfung angekündigt, ob er das Ausbildungsverhältnis weiterführen könne.

In Kapitel F2 der ICD-10 werden die sogenannten psychotischen Störungen bzw. Psychosen aufgeführt, die nicht organischen Ursprungs sind. Unter Psychosen versteht man psychische Erkrankungen von erheblichen Schweregrad, bei denen „der Kernbereich einer Persönlichkeit gestört ist mit Störung der Realitätskontrolle, Kommunikation, Wahrnehmung, des Ich-Erlebens und des Verhaltens“ (Zaudig, et al., 2006).

Nach der ICD-10 stellen Wahn, Halluzinationen und katatone Symptomatik die wesentlichen Merkmale psychotischer Störungen dar. Diese Hauptmerkmale sind wie folgt definiert:

*Tabelle 8: Hauptmerkmale von Psychosen*

<b>Halluzinationen</b>	Wahrnehmungen ohne entsprechende Reizung der Sinne.
<b>Wahn</b>	Überzeugungen, die trotz gegenteiliger Beweise aufrechterhalten werden.
<b>Katatone Symptomatik</b>	Extreme Bewegungsstörungen im Rahmen einer psychischen Erkrankung mit vermehrter Erregung oder stark eingeschränkter Beweglichkeit.

Eine scharfe Definition des Begriffs der Psychose existiert nicht. Die nicht-organischen (also nicht durch körperliche Erkrankungen oder Verletzungen hervorgerufenen) Psychosen werden unterteilt in die Psychosen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10: F2), affektive Psychosen (einige Formen bipolarer Störungen und schwerer Depressionen; ICD-10: F3) und die Mischform schizoaffektiven Störungen (ICD-10: F25). Darüber können sich organische Psychosen (z.B. bei Demenz; ICD-10: F0) und substanzinduzierte Psychosen (ICD-10: F1) ausbilden. Diese sind also nicht Bestandteil vom ICD-Kapitel F2. Aufgegliedert sind die Störungen in F2 wie folgt:

*Tabelle 9: Die Störungsgruppe F2*

F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störung
F23	Akute vorübergehende psychotische Störung
F24	Induzierte psychotische Störung
F25	Schizoaffektive Störung

## 7 F20 Schizophrenie

### Einstieg

- Kennen Sie Menschen, die von einer Psychose betroffen waren oder sind?
- Was wissen Sie über die auslösenden Umstände einer Psychose?
- Kann man mit einer Psychose „normal“ leben?
- Was ist wohl im Umgang mit schizophrenen Menschen hilfreich?

Der Begriff „Schizophrenie“ stammt aus dem Griechischen und ist zusammengesetzt aus „spalten, zerspalten, zersplittern“ und „Geist, Seele, Gemüt, Zwerchfell“. Wir verstehen darunter eine Störung, die sich durch eine uneinheitliche Wahrnehmung z.B. mit Wahn und Halluzinationen auszeichnet.

### 7.1 Geschichte

Aufgrund genauer Beobachtung und Beschreibung verschiedener Verläufe von Psychosen unterschied Kraepelin (1899) in seinem Lehrbuch die „Dementia praecox“ vom „manisch-depressiven Irresein“. Mit der Dementia praecox beschreibt er das Krankheitsbild, unter dem wir heute die Schizophrenie verstehen. Unterscheidungskriterium für Kraepelin war, dass sich die „Dementia praecox“ im Gegensatz zum „manisch-depressiven Irresein“ üblicherweise zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahrzehnt manifestiere und durch einen fortschreitenden und ungünstigen Verlauf auszeichne. Außerdem beschrieb er intellektuelle Beeinträchtigungen, Wahn, Halluzinationen, psychomotorische Auffälligkeiten, affektive Abstumpfung, Antriebsminderung und soziale Isolation als kennzeichnende Merkmale. Er stellte damit zum ersten Mal die Dichotomie auf, die auch sich heute noch in der Unterscheidung zwischen affektiven und nicht-affektiven Störungen wiederfindet.

Für die von Kraepelin beschriebene Gruppe psychischer Störungen schlug Eugen Bleuler (1911) im „Lehrbuch der Psychiatrie den Namen „Schizophrenie“ vor.

### 7.2 Symptomatik und Diagnose

#### Lernhinweis

In diesem Kapitel geht es darum, Sie mit den unterschiedlichen, für schizophrene Erkrankungen typischen Symptomen vertraut zu machen. Da sie im professionellen Umgang (je nach Bereich) recht häufig gebraucht werden, ist es sinnvoll, die genannten Symptome zu kennen (z.B.: Was ist Denkzerfahrenheit? → nicht nachvollziehbare Gedankengänge, die sich zusammenhangloses Sprechen ausdrücken) und den Kategorien „positives“ bzw. „negatives Symptom“ zuordnen zu können.

Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können.

Bei der Manifestation der Störung werden „**positive**“ und „**negative**“ **Symptome** unterschieden (siehe Tabelle 10). In der Akutphase einer Schizophrenie dominiert die Positivsymptomatik. Dies sind solche Verhaltens- oder Erlebensweisen, die normalerweise nicht vorkommen, also Wahnvorstellungen, Halluzinationen, bizarres Verhalten, positive formale Denkstörungen (Berger, 2015, S. 311). Daneben existieren die Negativsymptome, also Verhaltens- und Erlebensweisen, die normalerweise vorhanden sind, bei der betroffenen Person aber fehlen. Hierzu gehören Affektverflachung, Sprachverarmung, Apathie, sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsstörungen (ebd.).

Tabelle 10: Positive und negative der Schizophrenie

Positive Symptome	Negative Symptome
Wahnvorstellungen	Affektverflachung
Halluzinationen	Apathie
Formale Denkstörungen	Alogie (Sprachverarmung)
Bizarre Verhaltensweisen	Anhedonie
Ich-Störungen	Aufmerksamkeitsstörung
Außerhalb der Kategorien	
Katatonie	
Inadäquater Affekt	

Einige der Symptome möchte ich näher erläutern (Berger, 2015, S. 305ff.):

Bei mehr als der Hälfte der Schizophreniebetroffenen stellen **Halluzinationen** ein charakteristisches Phänomen psychotischer Störungen dar. Halluzinationen sind Störungen der Wahrnehmung, bei denen der / die Betroffene Reize wahrnimmt, die objektiv nicht vorhanden sind.

Den weitaus größten Teil der Halluzinationen stellt das *Stimmenhören* dar (mehr als 50%). Die Stimmen können laut oder leise, angenehm oder unangenehm, verschwommen oder klar, aus der Nähe oder der Ferne, aus dieser Welt oder einer anderen sein. Es werden normalerweise kurze Sätze oder einzelne Wörter gehört. Beispiele hierfür sind:

„Sie läuft. Sehr schnell.“ (Kommentieren der eigenen Handlung)

„Du darfst dort nicht hingehen“ – „Dann könnte es aber sein, dass sie über dich sprechen!“ (Dialog)

„Was soll ich hier tun? Wenn ich das Brett hochhebe, wird alles herunterfallen.“ (Gedankenlautwerden)

*Optische Halluzinationen* (z.B. übergroße, entfremdete Tiere) und *taktile Halluzinationen* (die für eine Diagnose „von außen“ erzeugt sein müssen wie das Spüren von aufgesetzten Apparaturen) kommen seltener vor.

**Wahn** tritt bei der Mehrheit (mehr als 90%) der schizophren erkrankten Menschen auf. Unter Wahn werden krankhafte Vorstellungen verstanden, die von der objektiven Realität, so wie sie andere Menschen wahrnehmen, abweichen.

Die *Wahnstimmung* beschreibt das Gefühl der betroffenen Person, dass „etwas in der Luft liegt“. Alles erscheint seltsam, Handlungen und Ereignissen wird eine besondere Bedeutung zugeschrieben, wobei der Patient bzw. die Patientin im Fokus aller Geschehnisse steht und alles auf sich bezieht, was große Angst bis zur Suizidalität auslöst.

Nimmt die betroffene Person reale Ereignisse wahr und schreibt ihr eine unangemessene, auf sich bezogene Bedeutung zu, spricht man von *Wahnwahrnehmungen* (z.B. wenn der oder die Betroffene eine rückwärtslaufende Uhr sieht denkt er z.B., dass diese wegen ihm bzw. ihr rückwärts laufe und damit zur Beilung antreiben soll).

Verfolgung, Vergiftung, hypochondrische Befürchtungen, Größenideen, besondere Fähigkeiten und politische oder religiöse Berufung stellen typische Themen von *Wahneinfällen* dar.

Im Bereich der **formalen Denkstörungen** ist die sogenannte „*Denkzerfahrenheit*“ häufig und in verschiedenen Ausprägungen zu beobachten. Es drückt sich durch zusammenhangloses Sprechen aus, das durch die wie zufällig aneinandergereihten Worte oder Satzstücke nicht mehr verständlich ist (dissoziiertes Denken).

Bei der leichteren Form, der „*Paralogik*“, ergibt zwar der Inhalt keinen rationalen Sinn, der Satzbau ist aber noch nachvollziehbar (z.B. „Die Vögel, welche noch hochflogen, haben im Bergbauschachtgebäude dafür gesorgt, dass der Container in seiner hintersten Ecke überströmt wurde von einer Geschmacksvertikalität, die wir in diesen Jahren lange nicht gesehen haben. Flug. Ganz schnell.“). Beim schwereren „*Paragrammatismus*“ ist auch der Satzbau völlig unkenntlich. Im vorherigen Beispiel finden sich auch Wortneubildungen, sogenannte „*Neologismen*“, die ebenfalls ein wesentliches Kennzeichen einer schizophrenen Störung sind. Beim „Danebenreden“ gibt die betroffene Person Antworten, die nicht zur gestellten Frage passen.

Es kann auch der „*Gedankenablauf*“ gestört sein, was sich in sehr schneller oder auch sehr langsamer Sprache bis hin zum *Mutismus* (= psychogenes Schweigen) ausdrücken kann.

Das „*Gedankenabreißen*“ schließlich, eine sehr häufige Form einer formalen Denkstörung, bei der der Gedankengang und damit auch die Sprache für mehrere Sekunden unterbrochen wird und nicht wieder aufgenommen werden kann, empfindet die betroffene Person als sehr belastend.

Bei **Ich-Störungen** erleben die Betroffenen, dass ihre seelischen Vorgänge von anderen gemacht, gelenkt und kontrolliert werden, ihr Ich in eigen und fremd gespalten ist. Typisch hierfür sind Gedankeneingebungen (Gedanken werden von anderen eingegeben), Gedankenentzug (Gedanken werden weggenommen), Gedankenausbreitung (andere wissen, was die betroffene Person denkt) und Willensbeeinflussung (Steuerung durch andere). Zusammen mit dem Stimmenhören bilden die Ich-Störungen die Schizophrenie-Symptome ersten Ranges, nach den laut Schneider (1967) eine Schizophrenie-Diagnose sehr wahrscheinlich ist.

**Katatone Symptome** stelle Anomalien, die durch eine Über- oder Untererregung der Motorik auffallen. Diese wird von 7% der SchizophreniepatientInnen gezeigt (Berger, 2015, S. 308). Am häufigsten sind Manierismen (bizarre, verzerrte, verschnörkelte Bewegungen), Stereotypien (wiederholte, gleichbleibende Bewegungen), Negativismus (Verweigerung von Bewegung oder sich bewegen zu lassen), Stupor (völlige Regungslosigkeit) und Echopraxie (Nachahmen von vorgezeigten Bewegungen).

Die **Störungen der Affektivität** stellen eine typische Negativsymptomatik der Schizophrenie dar. Verspürt die betroffene Person eine Gefühlsleere oder –abstumpfung, Gleichgültigkeit oder geminderte emotionale Ansprechbarkeit, wird von *Affektverflachung* gesprochen.

Auch der *inadäquate Affekt* bzw. die *Parathymie*, bei der der Gefühlsausdruck und die aktuelle Situation nicht übereinstimmen, sowie die *Paramimik*, bei der sich Mimik bzw. Gestik und Situation widersprechen, sind typische negative Symptome.

Erst in jüngerer Zeit wird auch die *Anhedonie* (Unfähigkeit, Lust zu empfinden) in Bezug auf Freizeit, Sex, Intimität und soziale Kontakte stärker beachtet. Wichtig für die Prognose hinsichtlich der Suizidgefahr sind ausgeprägte *depressive Symptome*, die in der Akutphase bei mehr als 50% der Betroffenen auftreten (Berger, 2015, S. 306).

Kurt Schneider unterschied in seinem Lehrbuch (1967) **Symptome ersten und zweiten Ranges** (siehe Tabelle 11). Symptome ersten Ranges erlauben nach dieser Unterscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer Schizophrenie (differentialdiagnostisch müssen organische Erkrankung und Intoxikation ausgeschlossen werden). Die Symptome ersten Ranges treten allerdings auch regelmäßig bei dissoziativen Identitätsstörungen auf. Die Unterscheidung wird trotzdem heute noch häufig angetroffen.

Tabelle 11: Symptome ersten und zweiten Ranges der Schizophrenie

Symptome ersten Ranges	Symptome zweiten Ranges
Dialogische Stimmen	Sonstige akustische Halluzinationen
Kommentierende Stimmen	Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten
Gedankenlautwerden	Wahneinfälle
Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Ratlosigkeit
Gedankeneingebung	Depressive und frohe Verstimmung
Gedankenentzug	Erlebte Gefühlsverarmung
Gedankenausbreitung	
Gefühl des Gemachten	
Wahnwahrnehmungen	

Eine Diagnose wird auf der Grundlage der ICD-10 anhand folgender Symptome gestellt:

**Lernhinweis**

Sie sollten in der Lage sein aus einem Fallbeispiel das mögliche Vorliegen eine Schizophrenie zu erkennen. Dies gilt allerdings nur für die Störungen von F20. Die anderen Störungen aus Kapitel F2 müssen Sie nicht erkennen können bzw. von der Schizophrenie unterscheiden können. Natürlich sollten Sie ungefähr eine Vorstellung davon haben, worum es sich bei den anderen Störungen handelt.

Tabelle 12: Diagnosekriterien der Schizophrenie

1.) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung	mind. 1
2.) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen	
3.) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Patienten reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen	
4.) Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn wie der, das Wetter kontrollieren zu können oder mit außerirdischen in Verbindung zu stehen	
	oder
5.) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von lang anhaltenden überwertigen Ideen	mind. 2
6.) Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt	
7.) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor	
8.) „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte	

Für die Diagnose ist erforderlich, dass aus den Gruppen 1.) - 4.) entweder ein Symptom deutlich (oder mehrere, wenn weniger eindeutig) oder aus den Gruppen 5.) – 8.) mindestens zwei Symptome während

mindestens eines Monats zumindest fast ständig vorgelegen haben. Bei kürzeren Manifestationen als einen Monat kommt die Diagnose „Akute schizophrenieforme psychotische Störung“ (F23.2) in Betracht. Liegen depressive und manische Symptome gleichzeitig und in etwa gleicher Stärke vor, kann eine „Schizoaffective Störung“ diagnostiziert werden. Treten psychotische Symptome ausschließlich während Perioden mit einer affektiven Störung auf, wird eher eine depressive oder manische Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F3) gestellt, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen.

Abgegrenzt werden müssen Schizophrenien gegen andere Erkrankungen mit schizophreniformen Symptomen (symptomatische Schizophrenien). Diese umfassen ein breites Spektrum somatischer Krankheiten (z.B. Epilepsie, Tumor, Schädel-Hirn-Trauma, ZNS-Infektion, Autoimmunerkrankungen und Intoxikationen) sowie Substanzmissbrauch (insbesondere Alkoholhalluzinose sowie durch Kokain- und Amphetamine hervorgerufene Zustände). Eine Schizophrenie ist daher bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzugssyndroms nicht zu diagnostizieren.

Bizarre Vorstellungen, magisches Denken und affektive Indifferenz zeigen auch Personen mit (v.a. schizotypen, schizoiden und paranoiden) Persönlichkeitsstörungen, hier fehlen allerdings Halluzinationen, Wahn und grob desorganisiertes Verhalten.

Bei der Schizophrenie werden in der ICD-10 folgende Subtypen für eine Differenzialdiagnose unterschieden:

Tabelle 13: Subtypen der Schizophrenie (F20.x)

F20.0	Paranoide Schizophrenie	Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Wegen der schnellen Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust, ist die Prognose zumeist schlecht. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen diagnostiziert werden.
F20.2	Katatone Schizophrenie	Gekennzeichnet von den im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit einem traumähnlichen (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden sein.
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	Soll für psychotische Zustandsbilder verwendet werden, welche die allgemeinen diagnostischen Kriterien der Schizophrenie (F20) erfüllen, ohne einer der Unterformen von F20.0-F20.2 zu entsprechen, oder die Merkmale von mehr als einer aufweisen, ohne dass bestimmte diagnostische Charakteristika eindeutig überwiegen.

F20.4	Postschizophrene Depression	Eine unter Umständen länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt. Einige "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.
F20.5	Schizophrenes Residuum	Chronisches Stadium in der Entwicklung einer schizophrenen Krankheit, bei welchem eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde, jedoch nicht unbedingt irreversible "negative" Symptome charakterisiert ist. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.
F20.6	Schizophrenia simplex	Eine Störung mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, mit einer Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die charakteristische Negativsymptomatik des schizophrenen Residuums (Affektverflachung und Antriebsminderung) entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome.
F20.8	Sonstige Schizophrenie	

### ***Fallbeispiel F20.5: schizophrenes Residuum***

In Ihrer Einrichtung wird ein neuer, 25-jähriger Bewohner aufgenommen, von dem Sie sich vorab die Akten durchlesen. Es wird berichtet, dass der Mann in seinem 19. und seinem 22. Lebensjahr jeweils unter einer paranoiden Schizophrenie litt und in diesem Zusammenhang stationäre behandelt wurde. Die Akutphasen seien von Stimmenhören und bizarren Wahnvorstellungen gekennzeichnet gewesen. Die medikamentöse Einstellung mit dem Neuroleptikum Haloperidol hätte zwar gut gegen die psychotischen Symptome gewirkt. Allerdings habe der Mann stark unter den als Nebenwirkung auftretenden unwillkürlichen Muskelkontraktionen (Parkinsonoid) gelitten. Das in der zweiten Phase verabreichte Zyprexa habe wiederum zu einer starken Gewichtszunahme geführt. Beide Medikamente habe der Mann deswegen ohne ärztliche Rücksprache abgesetzt. Seine Arbeit habe der Mann aufgrund der im Rahmen der Erkrankung aufgetretenen Konzentrationsstörungen nicht fortführen können, sodass er seit längerer Zeit arbeitslos sei und sozial zurückgezogen lebe.

Ihr Teamleiter berichtet Ihnen weiter vom Aufnahmegespräch mit dem Mann. Er erscheine äußerlich etwas ungepflegt, etwas verlangsamt und schläfrig. Er habe sich nicht gut auf das Gespräch konzentrieren können und habe immer wieder Verständnisfragen gestellt. Sein Freizeitverhalten habe in der letzten Zeit vor allem aus Fernsehschauen und Computerspielen bestanden. Er empfinde allerdings daran, wie auch an allen anderen Dingen in seinem Leben, keine richtige Freude. Zu seinen Eltern habe er nur noch sehr selten Kontakt. Eine Partnerin habe er nicht. Da er es nicht geschafft habe, von sich aus eine Arbeitsstelle zu erhalten, habe das Arbeitsamt nun diese Integrationsmaßnahme bewilligt. Er habe wenig Hoffnung, dass diese wirklich eine Lösung bringt, aber er habe auch sonst keine andere Idee für seine weitere Perspektive.

### ***Reflexionsanregungen***

- Was macht, Ihrem Verständnis nach, eine Psychose aus?

- Warum muss ein Mensch mit psychotischen Symptomen vor der Diagnose einer F2-Schizophrenie zunächst gründlich „somatisch“ (körperlich) untersucht werden?
- Sollten Menschen mit akuten psychotischen Symptomen in eine Klinik eingewiesen werden?
- Wie würden sie jemandem die Aufteilung zwischen „positiven“ und „negativen“ Symptomen der Schizophrenie erklären?

### 7.3 Epidemiologie

#### Einstieg

- Meinen Sie, dass die Schizophrenie eine häufige Erkrankung darstellt?
- Sind wohl mehr Männer oder Frauen betroffen?

#### EXKURS

Unter Epidemiologie („Seuchenkunde“) versteht man die räumlich-zeitliche Verteilung von Krankheiten, ihre physischen, sozialen und verhaltensbedingten Entstehungs-, Ausbreitungsbedingungen (Schutz- und Risikofaktoren) sowie die Entwicklung von Krankheitsfolgen. Folgende Begriffe geben in unterschiedlichen Bezügen an, wie häufig eine Störung in der untersuchten Gruppe („Population“) vorkommt.

*Tabelle 14: Unterschiedliche Arten der Prävalenz nach Hengartner (2017)*

<i>Prävalenz:</i> Vorhandensein einer Störung über einen definierten Beobachtungszeitraum
<i>Punktprävalenz:</i> Vorhandensein einer Störung zum Erhebungszeitpunkt
<i>12-Monatsprävalenz:</i> Vorhandensein einer Störung in den letzten 12 Monaten bis und mit Erhebungszeitpunkt
<i>Lebenszeitprävalenz:</i> Auftreten einer Störung im Lebensverlauf bis und mit Erhebungszeitpunkt
<i>Lebenszeitrisiko:</i> Hochrechnung der Lebenszeitprävalenz auf die gesamte Lebenszeit (i.d.R. die durchschnittliche Lebenserwartung)
<i>Retrospektive Lebenszeitprävalenz:</i> Erkrankungen im Lebensverlauf werden in einer repräsentativen Stichprobe (i.d.R. Erwachsene $\geq 18$ Jahre) einmalig durch Zurückerinnern bestimmt.
<i>Prospektive Lebenszeitprävalenz:</i> Erkrankungen im Lebensverlauf werden durch langzeitliches Nachverfolgen einer Stichprobe und wiederholte Erfassung der 12-Monatsprävalenz bestimmt.

#### Lernhinweis

Über die Häufigkeit von Schizophrenien gibt es sehr unterschiedliche Angaben. Es reicht, wenn Sie sich merken, dass die Häufigkeit bei weniger als 1% pro Jahr liegt. Wichtiger ist, sich die Besonderheiten beim Vorkommen zu merken (z.B. Verteilung und Besonderheiten des Verlaufs nach Geschlecht).

Sie sollten in der Lage sein aus einem Fallbeispiel das mögliche Vorliegen eine Schizophrenie zu erkennen. Dies gilt allerdings nur für die Störungen von F20. Die anderen Störungen aus Kapitel F2

Die zahlreichen unterschiedlichen Studien zu den Jahresinzidenzen (= Häufigkeit pro Jahr) der Schizophrenie weisen sehr unterschiedliche Raten zwischen 1/10.000 und 15/10.000 (also 0,01 – 0,15%) auf. Die lang tradierte Auffassung, dass Schizophrenie weltweit in unterschiedlichen Ländern, Klimazonen und Kulturen ähnlich sei, wurde inzwischen widerlegt (Berger, 2015, S. 302). Der Meridian-Durchschnitt für die Lebenszeitprävalenz (Anteil der Personen, die einmal in ihrem Leben an Schizophrenie leiden) verschiedener Studien liegt bei ca. 0,5-1,6% und ist vom Geschlecht unabhängig.

Das Alter der Ersterkrankung bei Männern zeigt einen Gipfel zwischen 15 und 25 Jahren. Frauen erkranken durchschnittlich etwa 4 Jahre später als Männer (Perrez & Baumann, 2011, S. 819).

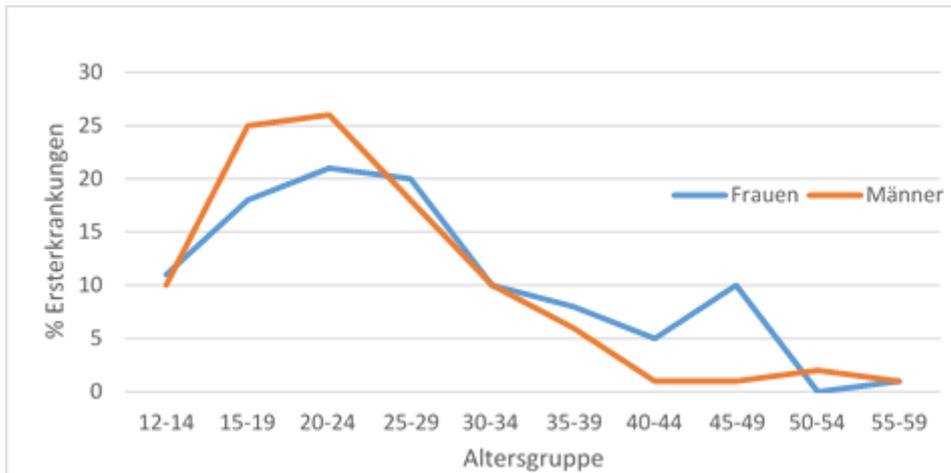


Abbildung 15: Alter der Ersterkrankungen an einer Schizophrenie nach Häfner (1991)

Schizophrene Erkrankungen zeichnen sich durch eine hohe Komorbiditätsrate aus. Sehr häufig findet man körperliche Erkrankungen (von schlechtem Zahnstatus über häufige Infektionen mit HIV und Hepatitis bis zum tödlichen metabolischen Syndrom. Diese „Nebeneffekte“ der Erkrankung sind zum Teil durch gefährdendes Verhalten der Betroffenen, das direkt durch die Symptomatik der Schizophrenie bedingt ist, zu erklären, zum Teil handelt es um Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente.

Schizophrenie geht auch mit einem stark erhöhten Risiko von Suchterkrankungen einher. So zeigt eine Studie Alkoholmissbrauch bei 57% der männlichen Schizophreniepatienten auf, 24-41% der Betroffenen wiesen Drogenmissbrauch auf.

Schließlich ergab sich in einer Metastudie ein Suizidalitätsrisiko von etwa 5% bei Schizophrenieerkrankten.

## 7.4 Verlauf

### **Einstieg**

- Sind schizophrene Menschen im Laufe ihres Lebens immer gleichermaßen von Halluzinationen, Wahnsymptomen, Ich-Störungen und anderen „produktiven“ (= positiven) Symptomen betroffen?
- Geraten Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung unerwartet in sogenannte akute Phasen?

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.

Die ICD-10 unterscheidet 6 Verlaufsbilder:

Tabelle 15: ICD-Klassifizierung der unterschiedlichen Verläufe der Schizophrenie

F20.x0	Kontinuierlich
F20.x1	Episodisch, mit zunehmenden Residuum
F20.x2	Episodisch, mit stabilem Residuum
F20.x3	Episodisch remittierend
F20.x4	Unvollständige Remission
F20.x8	Andere

Diese Verlaufsformen können so dargestellt werden:

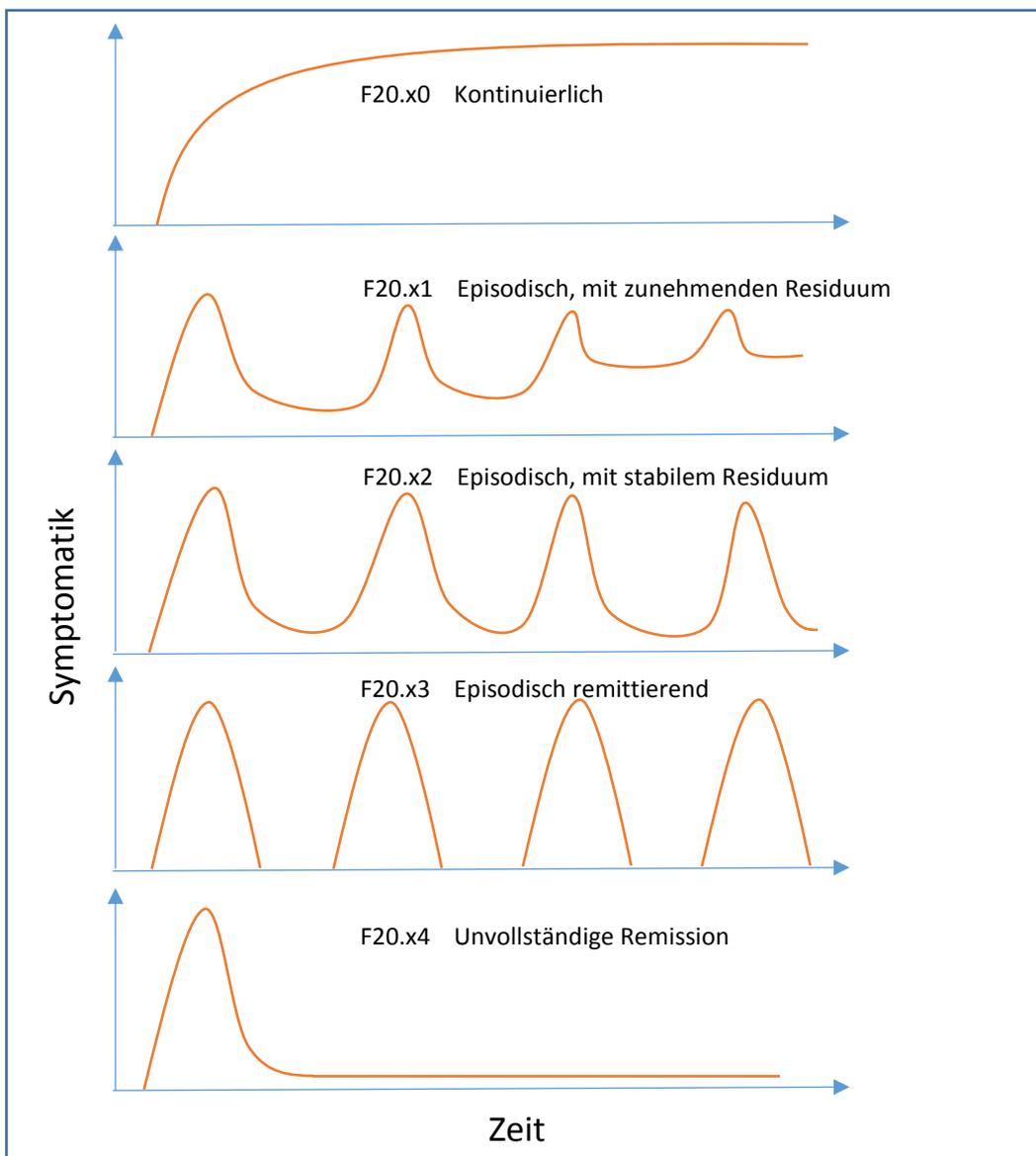


Abbildung 16: Grafische Darstellung der unterschiedlichen Verlaufsformen der Schizophrenie

Für die klinische Praxis ist eine Unterteilung in die **Prodromalphase**, **aktive Krankheitsphase** und **Residualphase** sinnvoll und ausreichend.

Die Prodromalphase (Vorerkrankungsphase) kann einige Monate bis zu vielen Jahren andauern. Sie zeichnet sich durch schwindendes Engagement in Schule oder Beruf, vernachlässigte Körperhygiene und Kleidung, Launenhaftigkeit, Wutausbrüche oder sozialem Rückzug aus. 70% der Schizophrenien beginnen laut einer Studie mit negativen, 20% mit negativen und positiven und 10% nur mit positiven Symptomen. Die Positivsymptomatik setzt mit deutlicher zeitlicher Verzögerung ein. In der aktiven Erkrankungsphase wechseln sich häufig psychotische Symptome mit Residualsymptomatik, häufig als Negativsymptomatik, ab.

Für eine mögliche Rückfallvermeidung oder zumindest –ablinderung ist es von herausragender Bedeutung, die Frühwarnzeichen (siehe Tabelle 16) einer nahenden Akutphase zu erkennen. Interessant dabei ist sicher, dass z.B. typisch psychotischen Symptome wie Halluzinationen eher selten auf die Annäherung eines Schubs hindeuten. Die Frühwarnzeichen sind in Reihenfolge ihrer Auftretenshäufigkeit (Berger, 2015, S. 324):

### Lernhinweis

Die konkreten Zahlen müssen Sie sich nicht merken. Sie sollten aber wohl wissen, worauf Sie bei den Menschen achten sollten, mit denen Sie später ggfs. zu tun haben.

Tabelle 16: Frühwarnzeichen der Schizophrenie

Warnzeichen	Rang	Häufigkeit %
Ruhelosigkeit	1	72
Schlafstörungen	2	64
Nervosität	3	62
Schwierigkeiten bei der Arbeit	4	60
Die anderen verstehen mich nicht	5	56
Sich überfordert fühlen	6	54
Weniger Freude empfinden	7	52
Weniger Kontakt mit Freunden	7	52
Sehr aufgeregt sein	9	48
Die anderen reden über mich / lachen mich aus	10	40
Weniger aktiv sein als gewöhnlich	10	40
Angst vor der Zukunft	10	40
Konzentrationschwierigkeiten	13	38
Gedächtnisschwierigkeiten	14	36
Mehr religiöse Gedanken haben	14	36
Beschäftigung nur mit einer Sache	16	34
Die Kontrolle über sich selbst verlieren	16	34
Halluzinationen	19	30
Beeinflussungsgedanken	23	28

Etwa 22% der Betroffenen wiesen in einer Studie (Huber, Gross, & Schüttler, 1979), in der Krankheitsentwicklung nach mehr als 20 Jahren nach dem Erstauftreten untersucht wurde, eine Vollremission auf (das bedeutet, es wurden keine Symptome mehr festgestellt; „Heilung“), 43% ein uncharakteristisches Residuum (z.B. Affektverflachung, Aktivitätsminderung, kognitive Insuffizienz) und

35% ein charakteristisches Residuum (z.B. Denkzerfahrenheit, Parathymie, Autismus einschließlich typisch psychotischer Symptome). Häufig wird diesbezüglich (etwas ungenau) auch von der „Drittelregel“ gesprochen: ein Drittel gesundet (zumindest fast), ein Drittel hat „leichtere“ Symptome, ein Drittel „schwerere“.

Bezüglich der langfristigen sozialen Folgen waren nach einer Studie 56% der Betroffenen 2 Jahrzehnte nach Krankheitsausbruch voll erwerbstätig (38% auf dem früheren Niveau, 18% darunter), 19% waren eingeschränkt erwerbsfähig, 17% erwerbs- und 8% arbeitsunfähig.

Ein uncharakteristisches Residuum geht mit einer besseren Prognose einher als ein charakteristisches (typisch psychotische Symptome). Einige weitere Prädiktoren für den weiteren günstigen kurz- bis mittelfristigen Verlauf sind Ehe und weibliches Geschlecht, gute soziale Kontakte, akuter Krankheitsbeginn, wenige und kurze vorherige Krankheitsepisoden, eine kontinuierliche Antipsychotika-Therapie sowie ein niedriges Maß an „**Expressed Emotions**“ (emotional aufgeladene Atmosphäre in der Familie: Feindseligkeit, überzogene Kritik, Überbesorgtheit) in der Familie, die ebenfalls therapeutisch entwickelt werden können. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass Patienten bzw. Patientinnen, die in einer Familie mit einem niedrigen Wert an „Expressed Emotions“ leben, eine Rückfallquote von etwa 10% innerhalb von neun Monaten erlitten, während Patienten bzw. Patientinnen aus Familie mit einem hohen Wert an „Expressed Emotions“ eine Rückfallquote von 58% aufwiesen. Insgesamt erleidet mehr als die Hälfte der schizophren Erkrankten innerhalb von 2 Jahren nach der ersten Klinikaufnahme einen Rückfall.

### **Reflexionsanregungen**

- Worauf sollten Sie bei Menschen achten, von denen Sie wissen, dass sie bereits unter psychotischen Symptomen litten?
- Wenn Sie mit einem Menschen sprechen, der sich Sorgen macht, weil er vor zwei Jahren einmal eine psychotische Episode erlebt hat, würden Sie ihm die Angst nehmen indem sie ihm erklären, dass viele Menschen mit Psychosen geheilt werden?

## 7.5 Ätiologie

### **Einstieg**

- Denken Sie, Psychosen sind angeboren?



Abbildung 17: DNA-Doppelhelix

Eine maßgebliche genetische Beteiligung steht außer Frage. Das Lebenszeitrisiko bei eineiigen Zwillingen beträgt 48%, bei zweieiigen 13% (ähnlich wie bei Eltern mit zwei bzw. einem erkrankten Elternteil). Neuere Studien weisen darauf hin, dass eine komplexere Wechselwirkung mehrerer Gene zur Ausbildung einer schizophrenen Erkrankung prädisponiert (polygene Vererbung).

Daneben spielen offensichtlich auch Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen häufig eine Rolle. So haben sich beispielsweise Hinweise darauf gefunden, dass ein grippaler Infekt der schwangeren

Mutter zu einem erhöhten Risiko der Ausbildung einer Schizophrenie führen kann.

Auch das familiäre Umfeld, in dem ein Kind aufwächst, spielt eine maßgebliche Rolle. Das Erkrankungsrisiko von Kindern Schizophrenie-erkrankter Eltern steigt erheblich, wenn diese in einem konfliktreichen Erziehungsmilieu aufwachsen, was auf nochmals auf die Bedeutung der Unterscheidung zwischen Genotyp und Phänotyp hinweist, was bedeutet, dass eine genetische Anlage nicht unmittelbar zur Ausbildung einer Krankheit beim Individuum führen muss (aber durchaus kann!).

Durch die Untersuchung der Wirkweise von Neuroleptika (Medikamente, die bei schizophrenen Patienten und Patientinnen eingesetzt werden) wurde auf die Bedeutung des Neurotransmitters **Dopamin**

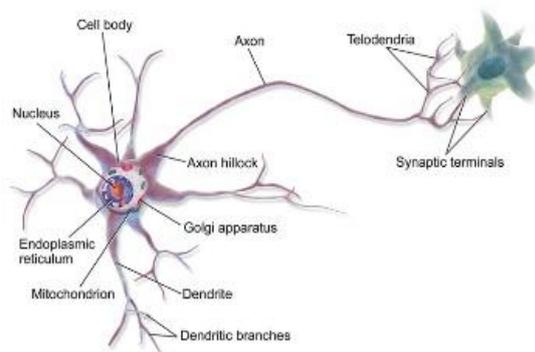


Abbildung 18: Nervenzelle (Neuron)

(chemischer Botenstoff zur Übertragung von Nervensignalen) bei der Entstehung von Psychosen geschlossen. Da die Wirkstoffe der Medikamente die Dopaminrezeptoren (D2-Rezeptoren) blockieren, somit die dopaminergen Nervenübertragung einschränken und zur Reduktion psychotischer Symptome führen, ist der Schluss zu ziehen, dass die Symptome durch eine übermäßige Aktivität dopaminreicher Nervenbahnen ausgelöst werden. Auch die Beobachtung, dass durch Amphetamine verstärkt Dopamin ausgeschüttet wird und dadurch Psychosen ausgelöst werden können bestätigt indirekt diese Theorie. In weiteren Studien

ergaben sich Befunde, die auf eine präsynaptische Störung und eventuell eine erhöhte Anzahl von Dopaminrezeptoren bei Betroffenen hinwiesen. Die dadurch ausgelöste „Überaktivierung“ der entsprechenden Nervenbahnen wurde ursächlich mit der Ausbildung positiver Schizophreniesymptome in Zusammenhang gebracht. Dies entspricht den Beobachtungen, dass Amphetamine positive Symptome verschlimmern, während sie negative verbessern. Neuroleptika hingegen bessern positive Symptome, während ihre Wirkung auf die negativen Symptome nicht eindeutig ist. Insgesamt kommt Dopamin eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Entstehung schizophrener Störungen zu. Allerdings kann die Dopamintheorie nicht alle Befunde und Verläufe erklären. Vielmehr scheint Dopamin eine wichtige Rolle in einem komplizierten Wechselwirkungssystem zu spielen.

Ein weiterer Forschungsbereich, der bereits seit Kraepelin zentral für die Schizophrenieforschung ist, stellt die Hirnforschung dar. Durch moderne bildgebende Untersuchungsmethoden wurden verschiedene anatomische Auffälligkeiten bei Schizophreniebetroffenen gefunden, insbesondere die Vergrößerung (z.B. Seitenventrikel, Liquorräume) und Verkleinerung (Hippocampus, Temporallappen, limbisches System) einiger Hirnbereiche.

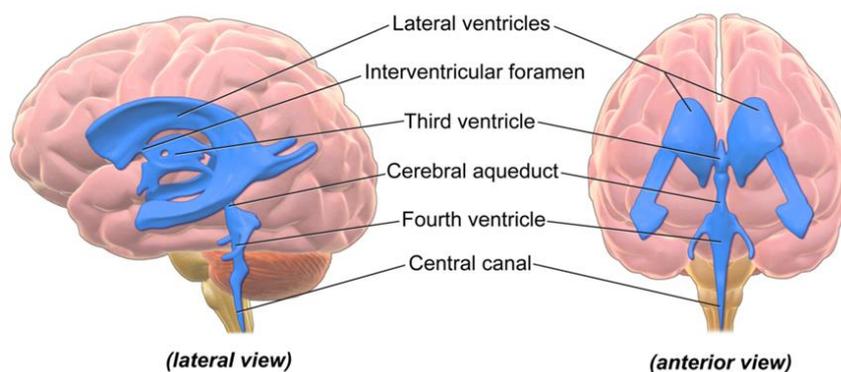


Abbildung 19: Gehirn mit Ventrikeln

Die psychophysiologischen Befunde können allerdings nicht das Auftreten der Schizophrenie alleine erklären, deren Wechselwirkung mit psychosozialen Faktoren spielt im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells eine ebenso große Rolle. Insbesondere ist der Einfluss von kritischen Lebensereignissen und einer belastenden familiären Kommunikation in der Prodromalphase einer Schizophrenie relevant. Bei deren Vorliegen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass durch diese belastenden Einflüsse Copingstrategien der Betroffenen eingeschränkt werden und sich so ein Teufelskreis entwickeln kann, der zu einer

Manifestierung der Symptomatik führen kann. Insgesamt ist die Befundlage zur Wechselwirkung biologischer und psychischer Einflussfaktoren allerdings noch sehr uneindeutig.

### **Reflexionsanregungen**

- Wie würden Sie einer fachfremden Person die Ursachen einer Schizophrenie beschreiben?

## 7.6 Therapie

### **Einstieg**

- Denken Sie, der Verlauf von Psychosen ist beeinflussbar?

Die effektivste Behandlung der Schizophrenie besteht aus drei Ansätzen:

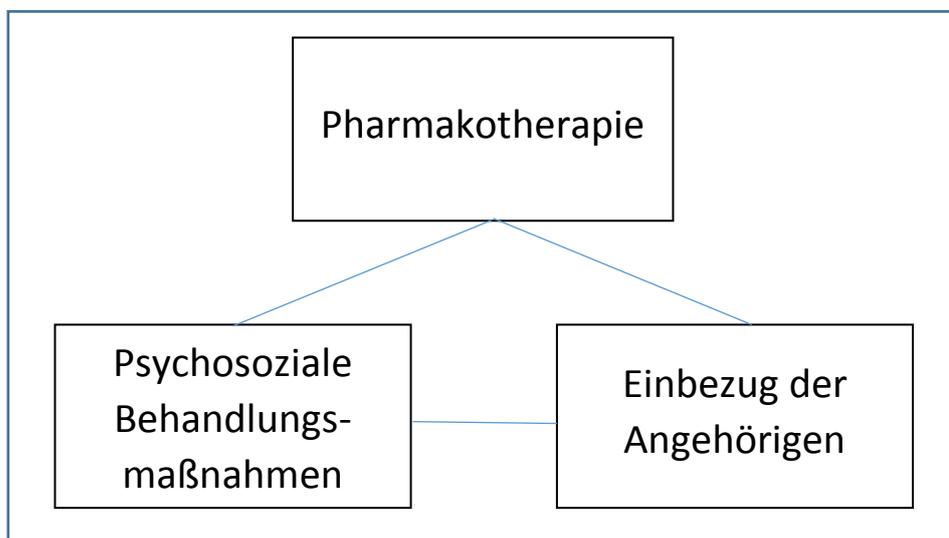


Abbildung 20: Behandlungstriade der Schizophrenie

Durch das sehr breite Spektrum der Symptome, Behinderungen und Probleme im Verlauf der schizophrenen Erkrankung ergeben sich sehr unterschiedliche Interventionsansätze. Wenn man das Vulnerabilitäts-Stress-Modell in Betracht zieht, kommen folgende Maßnahmen infrage:

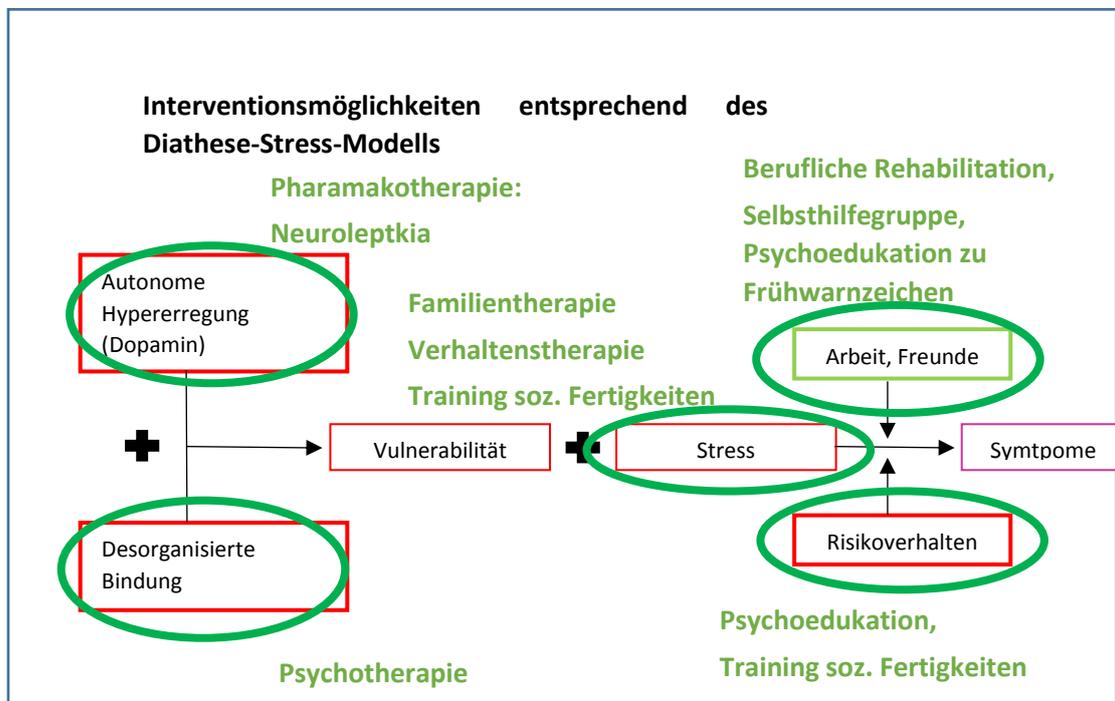


Abbildung 21: Interventionsmöglichkeiten nach dem Diathese-Stress-Modell

Neben den klassischen therapeutischen Maßnahmen (Psycho- und Pharmakotherapie) kommt der Unterstützung durch die soziale Arbeit bei Bewältigung der Krankheitsfolgen eine erhebliche Bedeutung bei der Vermeidung von Rückfällen akuter Phasen zu. Diese Interventionen werden in Kapitel 0 beschrieben.

### 7.6.1 Psychopharmakotherapie

Die Medikation mit Neuroleptika stellt nach wie vor die Standardmaßnahme bei der Behandlung der psychotischen Symptome dar, insbesondere um die „Spitzen“ akuter Phasen zu abzumildern und so die teilweise aggressiven Verhaltensweisen zu kontrollieren. Darüber hinaus stellt die Behandlung mit Medikamenten einen effektiven Schutz vor Rückfällen dar. Dabei kommen sowohl die Neuroleptika der „ersten Generation“ (z.B. Haloperidol), die primär die D2-Rezeptoren blockieren und starke Nebenwirkungen wie Schwindel, verschwommene Sicht, Ruhelosigkeit und sexuelle Fehlfunktionen haben, zum Einsatz, als auch Neuroleptika der „zweiten Generation“ (z.B. Clozapin, Risperidon), die neben den dopaminergen auch serotonerge, noradrenerge und histaminerge Rezeptoren blockieren und daher andere, meist weniger quälende Nebenwirkungen aufweisen. Trotzdem weisen auch diese stark beeinträchtigende Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Angstzustände, Schlafstörungen usw. auf. Dies hat häufig eine schlechte Compliance zur Folge.



### 7.6.2 Training sozialer Fertigkeiten

Durch ein Training sozialer Fertigkeiten wird die betroffene Person darin geschult, wie sie unterschiedliche soziale Situationen bewältigen kann, z.B. die Besprechung der Medikation mit den ÄrztInnen, das Verhalten beim Einkaufen oder Essen gehen, das Ablehnen von Drogenangeboten usw.

### 7.6.3 Familientherapie

Da familiäre Kritik, Feindseligkeit und übermäßige Besorgtheit (s.o.: Expressed Emotions) in enge Verbindung mit Rückfällen in die Psychose in

Verbindung gebracht werden (Brakemeier & Jacobi, 2017), ist auch eine therapeutische Familienintervention zur Vermittlung störungsbezogener Informationen sowie zur Bearbeitung familiärer Konflikte und Belastungen sowie Problemlöse- und Kommunikationstrainings sind zur Rückfallprophylaxe indiziert und haben eine ausgesprochen hohe Wirkung.

### 7.6.4 Kognitive Verhaltenstherapie



In der kognitiven Verhaltenstherapie lernen Betroffene, wie sie Warnzeichen eines drohenden Rückfalls erkennen können, wie sie besser mit im Leben unvermeidlichen Enttäuschungen zurechtkommen, wie sie sich besser entspannen und ihre Emotionen regulieren können sowie ihrer Krankheit mit etwas Akzeptanz begegnen können. Ein weiterer sehr wichtiger Bestandteil stellt die Entwicklung einer Compliance dar, da die kontinuierliche Einnahme der Erhaltungsdosis der Neuroleptika maßgeblich vor Rückfällen schützt bzw. diese abmildern.

#### Reflexionsanregungen

- Welchen Wert würden Sie der medikamentösen Behandlung einer Schizophrenie beimessen?
- In welchem Verhältnis stehen andere Therapieformen zur Pharmakotherapie?

## 7.7 Umgang mit Betroffenen

Die Diagnose wird häufig von den Betroffenen nicht akzeptiert. Dies muss ernst genommen werden und dem Umstand mit Verständnis begegnet werden. So sollten Wahnüberzeugungen nicht zu früh infrage gestellt werden, um den oder die Betroffene nicht in eine Verteidigungsposition zu bringen. Es sollte mit Gelassenheit agiert werden und eine Haltung gezeigt werden die zulässt, dass die betroffene Person in ihren Annahmen auch Recht haben könnte. Hilfreich ist es auch, Verständnis für emotionale Reaktionen auf wahnhaft Erlebnisse zu zeigen. Hilfreich kann es allerdings sein, die Aufmerksamkeit durch das Einbringen anderer Themen z.B. von akuten Wahnvorstellungen abzulenken.

Für den Umgang mit Betroffenen ist sowohl die gefühlsmäßige Erfassung der Situation als auch eine eigenen psychische Stabilität wichtig, um mit den oft abrupten Gefühlsschwankungen schizophrener Menschen umgehen zu können. In der Kommunikation sollte auf einen sehr klaren Stil geachtet werden, der Anspielungen, Ironie, Flüstern etc. vermeidet.

In der Beziehungsgestaltung sollte auf eine ausgeglichene Nähe-Distanz-Regulierung geachtet werden, da Menschen mit psychotischen Erfahrungen in diesem Bereich sehr sensibel reagieren. So sollte einerseits auf die häufig unterschwellig Signale der Betroffenen geachtet und reagiert werden, andererseits sollte durch ein möglichst gleichförmiges und unaufdringliches Verhalten Distanz gewahrt werden und insbesondere emotionale Reaktionen sehr bedacht eingesetzt werden (siehe „Expressed Emotions“).

Der Beziehungsaufbau kann durch die Negativsymptomatik erschwert sein. Dieser Umstand sollte thematisiert werden und gemeinsam mit dem oder der Betroffenen nach Lösungen gesucht werden. Z.B. sollten kurze, dafür häufigere Sitzungen mit Pausen geplant werden und das Setting angenehm gestaltet werden.

Die Betroffenen sollten in ihren gesunden Anteilen gefördert und unterstützt werden, was z.B. durch ein ausreichend aktives Arbeits- und Freizeitangebot geschehen kann. Da sie gleichzeitig vor einem Rückfall durch zu große Aktivierung geschützt werden sollten, muss insgesamt auf eine Vermeidung von Über- und Unterforderung geachtet werden. So ist beispielsweise eine Unterstützung bei der Arbeits- und Wohnungssuche sinnvoll, die Betroffenen sollten dabei jedoch weiterhin aktiv beteiligt werden. Auch die Ausführung verschiedenster Tätigkeit sollte entsprechend des aktuellen Krankheitsstadiums beibehalten oder wieder entwickelt werden, wobei jedoch durch eine klare Tagesstrukturierung eine Überforderung vermieden werden sollte. Weitere Hinweise zum Umgang mit Betroffenen der verschiedenen Schizophrenieformen finden sich bei Vetter (2017).

## 8 Weitere psychotische Störungen

Die „schizotype Störung“ (F21), die im DSM-5 unter die Persönlichkeitsstörungen fällt, zeichnet sich durch „exzentrisches Verhalten“ und eine „Anomalie des Denkens und der Stimmung“ aus. Als weitere Symptome werden „inadäquater Effekt“, „Tendenz zum sozialen Rückzug“, „seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken“, „Misstrauen und paranoide Ideen“, „zwanghaftes Grübeln“ und „vorübergehende quasipsychotische Episoden“ genannt. Die schizotype Störung wird eher selten diagnostiziert.

Die „anhaltende wahnhaft Störung“ (F22) ist durch das Auftreten eines Wahn oder Wahnsystems über mindestens drei Monate bei weitgehendem Ausbleiben anderer Symptome wie z.B. Halluzinationen gekennzeichnet.

Die „akute vorübergehende psychotische Störung“ (F23) stellt eine heterogene Störungsgruppe mit einer akut innerhalb von 2 Wochen auftretenden psychotischen Symptomatik mit vollständiger Remission nach 1-3 Monaten.

Bei der „induzierten wahnhaften Störung“ (F24) werden wahnhafte Überzeugungen von zwei oder gelegentlich drei Personen, die meist in einem emotional sehr nahen Verhältnis zueinander stehen, geteilt. In allen Formen leidet eine Person an einer „echten“ psychotischen Störung, während der eher passive Partner oder Partnerin die Wahninhalte übernimmt.

Die Gruppe der „schizoaffektiven Störungen“ (F 25) ist gekennzeichnet durch das gleichzeitige Auftreten von affektiven und psychotischen Symptomen. Zur Diagnosestellung sollte das Verhältnis zwischen beiden Symptomkomplexen in etwa ausgeglichen sein.

## 9 Weitere Materialien

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat für die verschiedenen psychischen Erkrankungen Leitlinien zur Diagnose und Therapie herausgegeben. Falls Sie Interesse an einer Vertiefung haben, finden Sie die entsprechenden Leitlinien hier:

als Kurzfassung:

[https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf)

und als Langfassung:

[https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009l\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03.pdf](https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/88074695aeb16cfa00f4ac2d7174cd068d0658be/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf)

Den Erfahrungsbericht einer Betroffenen, in dem sie besonders die psychosozialen Auswirkungen der Krankheit beschreibt, gibt es hier:

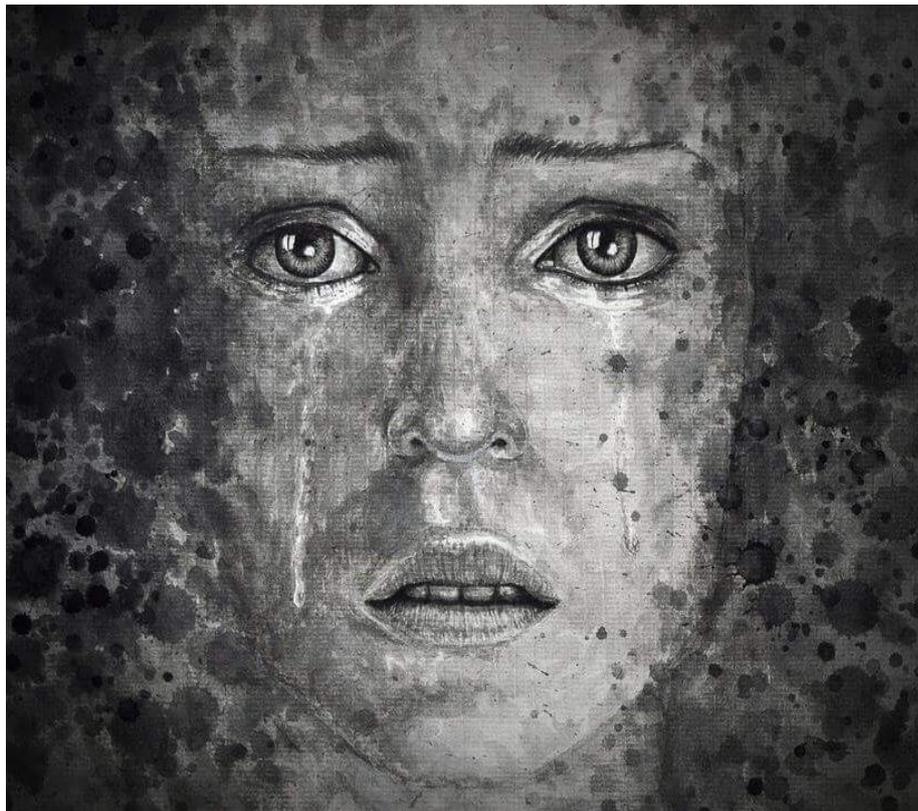
[https://www.deutschlandfunkkultur.de/psychiatrie-leben-mit-  
psychosen.1076.de.html?dram:article\\_id=270692](https://www.deutschlandfunkkultur.de/psychiatrie-leben-mit-psychosen.1076.de.html?dram:article_id=270692)

## 10 Lernfragen

- 1.) Ein Klient von Ihnen schildert, dass er seit etwa zwei Monaten ständig die Stimme seiner vor einem Jahr verstorbenen Großmutter höre. Könnte man daraufhin eine Schizophrenie diagnostizieren?
- 2.) Beschreiben Sie jeweils die Symptomatik eines Menschen mit paranoider, hebephrener und katatonen Schizophrenie.
- 3.) Nennen Sie 5 der 10 wichtigsten Frühwarnzeichen für die Annäherung einer Akutphase der Schizophrenie.
- 4.) Bei wem beginnen Schizophrenien durchschnittlich früher: bei Männern oder bei Frauen?
- 5.) Was versteht man unter der „Punktprävalenz“?
- 6.) Was versteht man unter „Halluzinationen“? Kommen diese nur bei den Störungen der Gruppe F2 vor?
- 7.) Warum ist es wichtig mit den Familien psychotischer Patienten zu arbeiten? Wie lautet der Fachbegriff, der das häufig in Familien schizophrener Erkrankter vorzufindende Klima beschreibt?
- 8.) Was versteht man unter „Neologismen“?

## Kapitel 3

### Affektive Störungen und Suizidalität



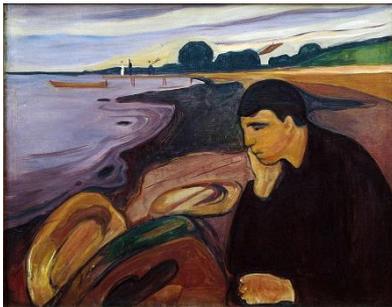
## Überblick über das Kapitel

Im vorliegenden Kapitel 3 lernen Sie die Gruppe der affektiven Störungen kennen, die durch Störungen der Stimmungslage (des „Affekts“) gekennzeichnet sind. Die Affekte reichen dabei von Traurigkeit in der Depression bis zur übersteigerten Hochstimmung bei der Manie. Als sehr häufige Vertreterin dieser Gruppe stelle ich Ihnen die Depression (konkret: die „depressive Episode“) genauer vor. Anschließend werden Sie einen Überblick über die bipolaren Störungen erhalten, die mit der manischen Ausprägung gewissermaßen den Gegenpol der Depression darstellen. In einem weiteren Teil beschäftigen wir uns schließlich mit dem Thema des Suizides. Suizidgedanken, -absichten, -pläne, -versuche und erfolgte Suizide, die natürlich auch regelmäßig im Rahmen anderer psychischer Störungen vorkommen, sind sehr oft „Begleiterscheinungen“ depressiver Störungen. Wir behandeln sie an dieser Stelle, da der Abklärung dieses Bereichs und ein entsprechendes Wissen im Umgang damit ein hoher Stellenwert im Umgang mit depressiven Menschen darstellt.

## 11 Einführung in die Störungsgruppe F3: Affektive Störungen

### Lernhinweis

Mit diesen ersten, einführenden Absätzen sollen Sie einen kurzen Überblick und ein „Gefühl“ oder „erste Idee“ von dieser Störungsgruppe erhalten. Sie brauchen hier nichts auswendig zu lernen, sollten aber eben jene „Idee“ entwickeln und natürlich erste spezifische Begriffe kennenlernen.



Die Gruppe der affektiven Störungen beschreibt Störungen, deren Hauptsymptomatik in einer Veränderung der Stimmung entweder hin zur niedergeschlagenen oder zur gehobenen Stimmung besteht. Meist wird der Stimmungswechsel von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet, die wiederum weitere Folgesymptome wie soziale Isolation, Schlafstörungen oder auch Suizidalität mit sich bringen.

### 11.1 Geschichte

Im 5. Jh. v. Chr. beschrieb Hippokrates in seinem Konzept der Viersäftelehre (Humoralpathologie) vier unterschiedliche Temperamentstypen, von denen er einen als „Melancholiker“ bezeichnete, abgeleitet von der Bezeichnung „melancholia“, der „schwarzen Galle“, die er der diesem Typ zuordnet. Die Melancholie als Krankheit wurde seiner Ansicht nach durch ein Ungleichgewicht der vier Säfte bei Menschen dieses melancholischen Temperamentes ausgelöst und drückt sich in Furchtgefühl, Traurigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Anfälle von Zorn, Unbehagen aus. Kurz darauf führte Platon der „Raserei“, der „mania“, ein, den Aristoteles im 4. Jh. v. Chr. der „melancholia“ gegenüberstellte und so ein affektives Kontinuum auf Grundlage neurobiologischer Zusammenhänge beschrieb und damit die Beschreibung von Kraepelin eines „manisch-depressiven Irreseins“ um Jahrhunderte vorwegnahm (Boerner, 2015).

Emil Kraepelin grenzte 1899 erstmals dieses „manisch-depressive Irreseins“ von der „dementia praecox“ ab und definierte, dass erstere nicht in „Demenz“ (lat. für „Nachlassen der Verstandeskraft“) ende. Diese Dichotomie findet sich bis heute in den Klassifikationssystemen.

Kleist, Leonhard, Perris und Angst stellten ab den 50er Jahren des 20. Jh. fest, dass die Kraepelinsche Konzeption weiter ausdifferenziert werden muss und grenzten unipolare von bipolaren Störungen ab. In der weiteren Forschung bestätigte sich, dass beide Formen unterschiedliche epidemiologische Merkmale

wie Geschlechterverteilung, Ersterkrankungsalter und Episodenzahl aufwiesen. Auch der Anteil genetischer Einflüsse wird deutlich unterschiedlich eingeschätzt.

Bis in die 1990er Jahre wurde klassischerweise noch in „endogene“ und „exogene“ (oder „neurotische“ oder „reaktive“) Depressionen unterschieden. Damit sollten Depressionen, die eher in genetischer Veranlagung begründet sind, von Depressionen abgegrenzt werden, die auf Traumen oder andere Belastungen und das damit einhergehende psychische Erleben der betroffenen Person beruhen. Dieses Konzept wurde in den letzten Jahrzehnten aufgegeben, da (siehe bio-psycho-soziales Krankheitsmodell) auch für die affektiven Störungen mittlerweile sowohl eine Prädisposition als auch auslösende Faktoren angenommen wird und in Studien nachgewiesen wurden und es keine systematischen Unterschiede hinsichtlich Symptomatologie, Epidemiologie, Verlauf und Therapie gibt.

## 11.2 Subtypen

Die Gruppe der affektiven Störungen wird in folgende Störungen unterteilt:

*Tabelle 17: Unterteilung der affektiven Störungen*

F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F35	Andere affektive Störungen
F36	Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Eine weitere, neben der ICD- und DSM-Kategorisierung der unipolaren Depressionen häufig im klinischen Alltag anzutreffende Klassifikation stammt von McCullough et. al. (2003). In der ICD sind einige der hier genannten Formen der Störung unter einer anderen Nummer kodiert, siehe Kapitel 0.

*Tabelle 18: Klassifikation der unipolaren Depressionen nach McCullough et. al. (2003)*

Krankheitsverlauf	Mild	Moderat bis schwer
<b>Akut</b>	Minore depressive Episode	Majore depressive Episode
<b>Chronisch</b>	Dysthymie	Double Depression MD ohne vollständige zwischenzeitliche Remission

Im Folgenden werden die im klinischen Alltag relevanten Störungen „Depressive Episode“ (bzw. „Major Depression“ oder „unipolare Depression“) sowie die „Bipolare affektive Störung“ näher vorgestellt.

## 12 F30 Depressive Episode

### Lernhinweis

Im Kapitel 12 geht es vor allem darum, dass Sie das Erscheinungsbild einer Depression (besser: depressiven Episode) genauer kennenlernen. Da es sich um eine sehr häufige Störung handelt, werden Sie in Ihrem Berufsleben häufig damit zu tun haben. Daher ist es mir wichtig, dass Sie sich gut mit den Symptomen auskennen und einen guten Überblick über spezifische, besondere Eigenschaften dieser Störung im Verlauf und der Verbreitung haben (z.B.: Gibt es Risikogruppen? Geht die Depression von allein wieder weg? Was sind typische Verläufe?), die grundlegenden Therapieansätze im Überblick und die am häufigsten Therapieverfahren etwas genauer kennen und natürlich konkretes Wissen über den professionellen Umgang mit Betroffenen erhalten.

### Einstieg

- Wie würden Sie die Unterscheidung zwischen einer traurigen und einer depressiven Person treffen?
- Haben sie schon Kontakt zu einer depressiven Person gehabt? Wie wirkte diese Person auf Sie?
- Meinen Sie, eine Depression zu haben ist Typsache?
- Wie lange müssen Symptome wohl bestehen, damit man von einer Depression sprechen kann?

### **Fallbeispiel F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome**

Ein 36-jähriger Mann berichtet während einer Beratung bei Ihnen davon, dass er sich seit etwa eineinhalb Monaten morgens kaum aufraffen könne zur Arbeit zu gehen. Häufig komme er dort entsprechend verspätet an und habe daher auch schon mehrfach eine mündliche Verwarnung durch seinen Vorgesetzten erhalten. Um weitere unangenehme Situationen zu vermeiden, sei er auch in den letzten beiden Wochen schon dreimal gar nicht zur Arbeit gegangen. Aktuell befürchte er eine Abmahnung aus diesem Grunde. Er denke häufig, dass dies wohl wieder eine Arbeitsstelle sei, die er nicht werde behalten können, da er einfach nicht für's Arbeiten geschaffen sei. Er sehe kaum die Möglichkeit, im Anschluss eine Arbeit zu erhalten, die er langfristig werde ausüben können und mache sich deswegen große Sorgen und gerate darüber immer wieder ins Grübeln.

Früher habe er viel Sport getrieben, vor allem Ballsportarten in der Mannschaft hätten im viel Spaß bereitet. Inzwischen habe er jedoch das Interesse daran wie auch an anderen Beschäftigungen und seinem sozialen Umfeld verloren und verbringe viel Zeit vor dem Fernseher. Dieser laufe dann häufig bis in die Nacht hinein, obwohl ihn die Sendungen nicht wirklich interessierten. Übermüdet gehe er dann ins Bett und schlafe schnell ein. Allerdings erwache er meist schon früh morgens nach vier oder fünf Stunden Schlaf, ohne sich erholt zu fühlen. Bis vor einem Monat habe er sich noch mit Kreuzworträtseln abgelenkt. Er habe sich dann aber nicht mehr gut konzentrieren können und dies daher auch unterlassen. Appetit habe er kaum noch.

Der Mann fühle sich schon „bedrückt“, aber irgendwie käme das alles schon kaum mehr an ihn heran. Fast schon sei es ihm egal. Neben dem Verlust seiner Partnerin, die vor zwei Monaten unerwartet die Beziehung beendet habe, spiele das keine große Rolle mehr.

Bei dem ganzen Gespräch kommt Ihnen der Mann sowohl in seiner Motorik als auch in seinen Gedanken etwas verzögert vor, seine Ausstrahlung würden Sie als „ausdruckslos“ beschreiben.

Das Vorliegen einer Depression fällt insbesondere durch eine veränderte Stimmungslage (v.a. Niedergeschlagenheit und Traurigkeit), durch ein verändertes Selbstbild und Einschränkungen in Freude und Interesse, Antrieb, kognitiven Vermögen usw. auf. Folgende Aussagen (Tabelle 19) wären für depressive Patient\_innen typisch und sollten bei Professionellen als ein Hinweis auf das Vorliegen der Störungen wahrgenommen werden:

Tabelle 19: Typische Aussagen bei Vorliegen einer depressiven Episode

„Ich bin traurig.“	„Das macht mir keinen Spaß.“
„Ich hab keine Lust.“	„Ich krieg mich nicht aufgerafft.“
„Die Kleidung ist mir egal.“	„Mir fehlt einfach die Energie.“
„Ich bin so müde.“	„Zur Arbeit gehe ich nicht mehr.“
„Ich kann mich nicht mehr auf die Zeitung konzentrieren.“	„Entschuldigen, ich konnte Ihnen gerade nicht mehr folgen.“
„Ich bin nichts wert.“	„Das kann ich nicht.“
„Da bin ich selber Schuld dran.“	„Das wird nicht klappen.“
„Ich weiß gar nicht, was ich tun soll.“	„Ich kann mich nicht entscheiden.“
„Das hat doch keinen Sinn mehr.“	„Keine Ahnung.“
„Ich bin wieder so früh aufgewacht.“	„Ich habe keinen Hunger.“

Depressive Störungen zählen laut WHO zu den wichtigsten Volkskrankheiten und werden an Bedeutung noch zunehmen. Bezüglich der Summe der Lebensjahre, die durch Behinderung oder Tod aufgrund der Erkrankung verloren gehen („Disability-adjusted Life Years“, DALYs) nehmen unipolare Depressionen aktuell weltweit den dritten Rang ein, bis 2030 wird vom ersten Rang (vor Herzerkrankungen und Demenzen) ausgegangen.

## 12.1 Klassifikation

Die ICD unterscheidet folgende Subtypen der depressiven Episode:

### Lernhinweis

Die Nummer der F-Kapitel müssen Sie nicht auswendig kennen. Welche Formen der Depression unterschieden werden aber schon 😊

Tabelle 20: Subtypen der depressiven Episode

<b>F 32 depressive Episode</b>	
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.00	ohne somatische Symptome
F32.01	mit somatischen Symptomen
F32.1	mittelgradige depressive Episode
F32.10	ohne somatische Symptome
F32.11	mit somatischen Symptomen
F32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	andere
F32.9	nicht näher bezeichnete

## 12.2 Symptomatik und Diagnose

Im Folgenden werden die Symptome entsprechend der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ (DGPPN, 2015) vorgestellt.

Um depressive, gedrückte Stimmung zu beschreiben sprechen die Betroffenen häufig von ganz unterschiedlichen Empfindungen. Sehr oft wird Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und das Gefühl der Gefühllosigkeit genannt. Sie freuen sich weder über positive Ereignisse noch empfinden sie Trauer. Dabei wird ausgedrückt, dass diese Gefühle unvergleichbar mit anderen Zuständen seelischen oder körperlichen Leidens erlebt werden und mit einem großen Leiden einhergehen. Zusätzlich kommen bei 70-80 % der Betroffenen Angstgefühle als Ausdruck starker Unsicherheit und Zukunftsangst hinzu. Sie fühlen sich durch jegliche Anforderung überfordert. Bei über mehrere Tage insgesamt gleichbleibender gedrückter Stimmung erleben sie trotzdem tageszeitliche Schwankungen ("Morgentief", „Abendtief“).

Das Hauptsymptom Interessenverlust und Freudlosigkeit hat zur Folge, dass das Aktivitätsniveau enorm sinkt und weder Alltagsaufgaben (Haushalt, Körperpflege, Berufstätigkeit) wahrgenommen werden noch bisher als erfreulich und anregend empfundene Hobbies und Freizeitaktivitäten.

Die von den Betroffenen empfundene Erschöpfung drückt sich in dem Symptom der Energielosigkeit und Ermüdbarkeit aus und bezieht sich ebenfalls auf alle Lebensbereiche. Häufig ziehen sich die Betroffenen z. B. ins Bett zurück.

Durch das Zusatzsymptom der verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit sowie der damit einhergehenden Einschränkung im Denkvermögen und Entscheidungsschwierigkeiten bzw. Entscheidungslosigkeit sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, eigentlich selbstverständliche Alltagsaufgaben und -aktivitäten zu bewältigen, da ihnen die notwendige Konzentration hierfür nicht zur Verfügung steht.

Die Betroffenen weisen sich häufig selbst Schuld zu und fühlen sich insgesamt wertlos. Auch das Vertrauen in ihre Fähigkeiten, Probleme und Aufgaben zu lösen kann eingeschränkt sein.

Die Zukunftsperspektiven sind häufig unrealistisch negativ und pessimistisch verzerrt. Dies betrifft auch die eigene Gesundheitsprognose. Mit dieser Perspektive wird jeder neue Tag als Belastung und die Zukunft als aussichtslos erlebt.

Sehr häufig treten Gedanken an einen Suizid mit dem Ziel, der aussichtslosen Situation zu entgehen.

Während Einschlafstörungen bei Betroffenen seltener sind, tritt Schlaflosigkeit in Form von Durchschlafstörungen und Früherwachen regelmäßig auf.

Durch einen verminderten Appetit müssen sich die Betroffenen zum Essen regelrecht zwingen. Dadurch ist auch ein erheblicher Gewichtsverlust möglich.

Subtypisierung: Somatisches Syndrom und psychotische Symptome

Die somatischen Symptome Interessenverlust, Verlust der Freude, mangelnde emotionale Reaktivität, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetit- und Gewichtsverlust sowie ein deutlicher Libidoverlust können als somatisches Syndrom kodiert werden, sofern vier dieser Symptome vorliegen.

Die Symptome können auch entsprechend ihrer Funktionsbereiche eingeteilt werden (Tabelle 21).

Tabelle 21: Einteilung depressiver Symptomatik nach Funktionsbereichen

<b>Emotionale/affektive Symptome</b>	Gefühle der Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Wertlosigkeit, Überfordertsein, Schuld, Feindseligkeit, Angst, Anspannung, Selbstunsicherheit, Gefühl der Gefühllosigkeit, Verlust von Freude
<b>Motivationale Symptome</b>	Antriebslosigkeit, Interessensverlust, Vermeidung/Rückzug, Misserfolgsorientierung, Idee der Sinnlosigkeit, Suizidgedanken
<b>Kognitive Symptome</b>	Negative Einschätzung der eigenen Person, Selbstkritik, negative Interpretation äußerer Ereignisse, pessimistische oder fehlende Zukunftsperspektive, langsames, mühseliges Denken, zirkuläres Grübeln, Einfallsarmut, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, erschwerter Zugriff auf positive Erinnerungen, unspezifischer Zugriff auf autobiographische Erinnerungen, absolutistisches Denken, Erwartung von Strafen/Katastrophen, wahnhaftige Verarmungs- oder Versündigungsideen
<b>Psychovegetative Symptome</b>	Innere Unruhe, Erregbarkeit und Reizbarkeit, Müdigkeit, Schwäche und Energieverlust, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, Hypersomnie, tageszeitliche Schwankungen im Befinden (Morgentief), Appetitlosigkeit/Gewichtsverlust oder auch übermäßiges Bedürfnis zu essen, Libido- und/oder Potenzverlust, vegetative Beschwerden (z.B. Kopfdruck, Magenbeschwerden)
<b>Verhaltenssymptome</b>	Kraftlose, gebeugte Körperhaltung, verlangsamte Bewegungen oder auch Agitiertheit, leise, monotone Sprache, erstarrte oder angespannte Mimik, Weinen, Aktivitätsverminderung, Schwierigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen
<b>Merkmale der sozialen Interaktion</b>	Verringerte Bandbreite sozialer Kontakte, sozialer Rückzug, Zurückweisung von Hilfe, fehlende Fähigkeit oder Bereitschaft, soziale Verstärkung zu erlangen

Um eine **Diagnose nach der ICD** zu erstellen, werden folgende Kriterien angewandt:

Tabelle 22: ICD-Diagnosekriterien für die Störungsgruppe "depressive Episode F32"

Kern- und Zusatzsymptome der Depressiven Episode F32 nach ICD-10	
G1	Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.
G2	In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug waren, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.
G3	Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.
B      Kernsymptome (mind. 2)	
1.	gedrückte oder traurige Stimmung, z.T. auch als vermehrte Reizbarkeit
2.	Interessenverlust oder Freudlosigkeit
3.	verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
C      Zusatzsymptome (2 = leicht, 3-4 = mittel, alle von (I) und mind. 4 von (II) = schwer	
4.	verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
5.	vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
6.	Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
7.	negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
8.	Suizidgedanken / erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen
9.	Schlafstörungen
10.	verminderter Appetit

#### EXKURS

In der ICD werden die Kriterien hinsichtlich ihrer Stellung innerhalb einer Hierarchie unter- und übergeordneter Symptome gekennzeichnet. Allgemeine Kriterien, die bei allen Störungen einer Gruppe erfüllt sein müssen, werden mit einem „G“ und einer Zahl gekennzeichnet (bei „depressive Episode F32“ sind dies z.B. G1, G2 und G3). Für einzelne Störungen obligatorische Kriterien werden mit Großbuchstaben gekennzeichnet (bei F32.0 gibt es z.B. die Kriterien A, B und C). Sowohl die „G-Kriterien“ als auch die anderen „Großbuchstabenkriterien“ müssen zwingend erfüllt sein. Mit Zahlen und kleinen Buchstaben sind weitere Kriterien gekennzeichnet, von denen nur einige, ggfs. entsprechend der Ausführungen unter den Großbuchstaben-Kriterien, erfüllt sein müssen.

Eine etwas andere Darstellung der ICD-Diagnosekriterien in Form eines Ablaufschemas finden Sie in Abbildung 22.

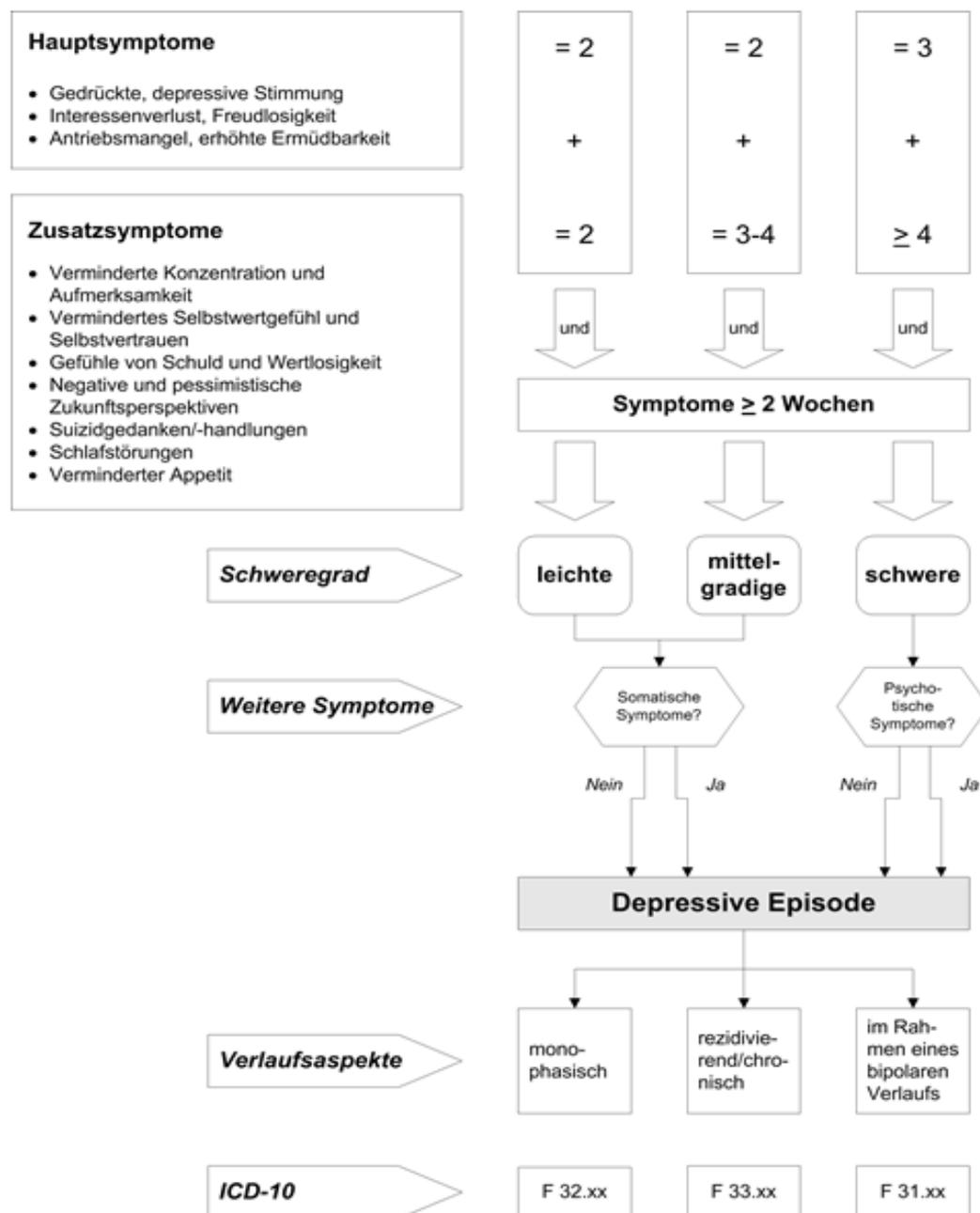


Abbildung 22: ICD-Diagnosestruktur depressive Episode

### Reflexionsanregungen

- Geben Sie die Schritte der klassifikatorischen Diagnose einer Depression wieder.
- Erklären Sie anhand des Fallbeispiels am Anfang, warum hier eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde.

## 12.3 Epidemiologie

### Lernhinweis

Dieses Kapitel enthält sehr viele Zahlen. Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Verbreitung der Symptome und der Störung/en. Merken müssen Sie sich nur die epidemiologischen Zahlen zur Jahresprävalenz, die in Kapitel 1 rot hervorgehoben waren und in diesem Kapitel die von Berger geschätzte Lebenszeitprävalenz der Major Depression. Außerdem sollten Sie sich aus den Angaben eine Vorstellung davon erarbeiten, welche Personen in welchem ungefähren Altersbereich besonders gefährdet sind.

Epidemiologische Studien zur Depression zeigen eine sehr breite Streuung bezüglich der Häufigkeit der Störung (d.h. die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien fallen doch auch recht unterschiedlich aus). Über alle Studien hinweg zeigt sich jedoch, dass die Depression nach den Angststörungen die häufigste psychische Erkrankung darstellt, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.

Die Prävalenz der affektiven Störungen wurden im Rahmen der bereits erwähnten „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ des Robert-Koch-Instituts ermittelt (Tabelle 23). In dieser Aufstellung ist zu beachten, dass der Studie die Kategorisierung des DSM (siehe Kapitel 1) zugrunde gelegt wurde.

Tabelle 23: 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jacobi, et al., 2014)

Diagnose	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffene in Mio.
<b>Affektive Störungen (F3)</b>	<b>12,4 (10,9–14,1)</b>	<b>6,1 (5,1–7,2)</b>	<b>9,3 (8,3–10,3)</b>	<b>6,0</b>
Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
- Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
- Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
- Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
- Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4

Die aktuell in einer untersuchten Stichprobe bestehenden depressiven Symptome wurden ebenfalls im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ untersucht (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). Die Symptome wurden anhand des Patient Health Questionnaire diagnostiziert.

Tabelle 24: Prävalenz aktueller depressiver Symptome (PHQ-9  $\geq 10$  Punkte) nach Geschlecht und Altersgruppe in %; N=7524

	18–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre	Total
<b>Frauen</b>	11.8 (9.0–15.3)	10.5 (7.3–14.7)	9.9 (7.6–12.8)	10.4 (8.1–13.3)	9.8 (7.1–13.4)	7.7 (5.1–11.4)	10.2 (8.9–11.5)
<b>Männer</b>	8.0 (5.5–11.5)	5.3 (2.9–9.5)	7.0 (5.0–9.7)	6.1 (4.5–8.3)	4.5 (2.9–6.9)	4.2 (2.6–7.0)	6.1 (5.2–7.2)
<b>Total</b>	9.9 (7.8–12.3)	7.9 (5.7–10.8)	8.4 (6.7–10.5)	8.2 (6.7–10.1)	7.2 (5.6–9.2)	6.1 (4.3–8.6)	<b>8.1</b> (7.3–9.1)

Die Entwicklung einer unipolaren depressiven Störung kommt in jedem Altersbereich vor, die Prävalenz ist unter den 18- bis 29-jährigen jedoch am höchsten und nimmt mit steigendem Alter ab. 50% aller Betroffenen erkranken vor dem 31. Lebensjahr. Frauen weisen einen signifikant früheren Beginn, eine längere Episodendauer und eine höhere Rückfallquote auf als Männer (DGPPN, 2015, S. 18). Für die Lebenszeitprävalenz ergaben sich in dieser Studie folgende Werte:

Tabelle 25: Lebenszeitprävalenz für diagnostizierte Depressionen nach Geschlecht und Altersgruppe in %; N=7912

	18–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60–69 Jahre	70–79 Jahre	Total
<b>Frauen</b>	8.5 (5.8–12.2)	12.4 (9.1–16.7)	16.0 (13.0–19.4)	19.4 (16.5–22.6)	22.9 (18.8–27.5)	14.0 (10.8–17.9)	15.4 (14.0–17.0)
<b>Männer</b>	4.2 (2.5–7.0)	7.5 (5.2–10.9)	6.8 (4.8–9.6)	10.1 (7.7–13.1)	11.6 (8.9–14.8)	7.9 (5.2–11.9)	7.8 (6.7–9.0)
<b>Total</b>	6.3 (4.6–8.5)	9.9 (7.9–12.5)	11.3 (9.3–13.7)	14.7 (12.7–17.0)	17.3 (14.7–20.2)	11.2 (9.0–14.0)	11.6 (10.7–12.6)

Für das Lebenszeitrisiko einer Depression finden sich in der Literatur verschiedene Studien mit verschiedenen Ergebnissen. Berger (2015, S. 361) nennt für die Major Depression ein angenommenes Lebenszeitrisiko von 16-26 %.

Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status und höherem Bildungsniveau zeigen niedrigere Depressionsraten (z.B. doppelt so hohe Raten bei Menschen aus unteren sozialen Schichten im Vergleich zu hohen sozialen Schichten). Menschen aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern weisen ebenfalls fast doppelt so hohe Depressionsrate wie Menschen aus Städten mit weniger als 20.000 Einwohnern auf (DGPPN, 2015, S. 19).

Sehr häufig besteht eine Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen, bei 56% der Patienten mit einer Depressionsdiagnose besteht eine weitere Störung. Bei 20-30% der Patienten und Patientinnen wird eine Angst- und Panikstörungen diagnostiziert, wobei die Entscheidung der Primärkrankheit schwierig ist. Häufiger gehen Angststörungen einer Depression voraus als umgekehrt. Weitere häufige komorbide psychische Störungen sind Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Die Komorbidität stellt ebenfalls einen hohen Risikofaktor für chronifizierte Verläufe dar. Schließlich geht jede depressive Episode mit einem nicht unerheblichen Suizidrisiko einher. 40-70% aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression, 20-60% (je nach Patientengruppe) unternehmen Suizidversuche, die entweder zum Tod oder häufig auch zu schweren Dauerschäden führen. Das Suizidrisiko ist etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (DGPPN, 2015, S. 40). Die Suizidmortalität beträgt etwa 2,2%, bei mindestens einmal stationär Behandelten 4% (Berger, 2015, S. 363). Die Suizidrate steigt mit dem Alter deutlich an und ist bei Hochbetagten am höchsten (DGPPN, 2015, S. 19).

### Reflexionsanregungen

- Welche Zahlen, welche Verteilungen und welche Besonderheiten fallen Ihnen in den epidemiologischen Befunden zur Depression auf?

## 12.4 Verlauf

### Lernhinweis

Wenn Sie die im Folgenden vorgestellten Begriffe wiedererkennen und einordnen können, ist das Ziel dieses Kapitels erreicht.

Der Verlauf von Depressionen kann sehr unterschiedlich sein. So gibt es Menschen, die in einer Zeit ihres Lebens an einer niedergeschlagenen Stimmung leiden, die sich aber nicht tiefgreifend auf ihr alltägliches Leben auswirkt und die sich auch nach einiger Zeit wieder ohne therapeutische Unterstützung zurück entwickelt. Je nach Symptomatik könnte hier eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden. Andere Menschen leiden einmalig sehr heftig unter affektiver Niedergeschlagenheit, aber bei ihnen bleibt es vielleicht bei dieser einen umgrenzten Episode. Bei anderen wiederum kehren diese Episoden immer wieder, mal stärker, mal schwächer ausgeprägt. Wieder andere Menschen sind über Jahre hinweg von einer etwas gedrückten Stimmung begleitet. In Abbildung 23 sehen Sie unterschiedliche Verlaufsformen.

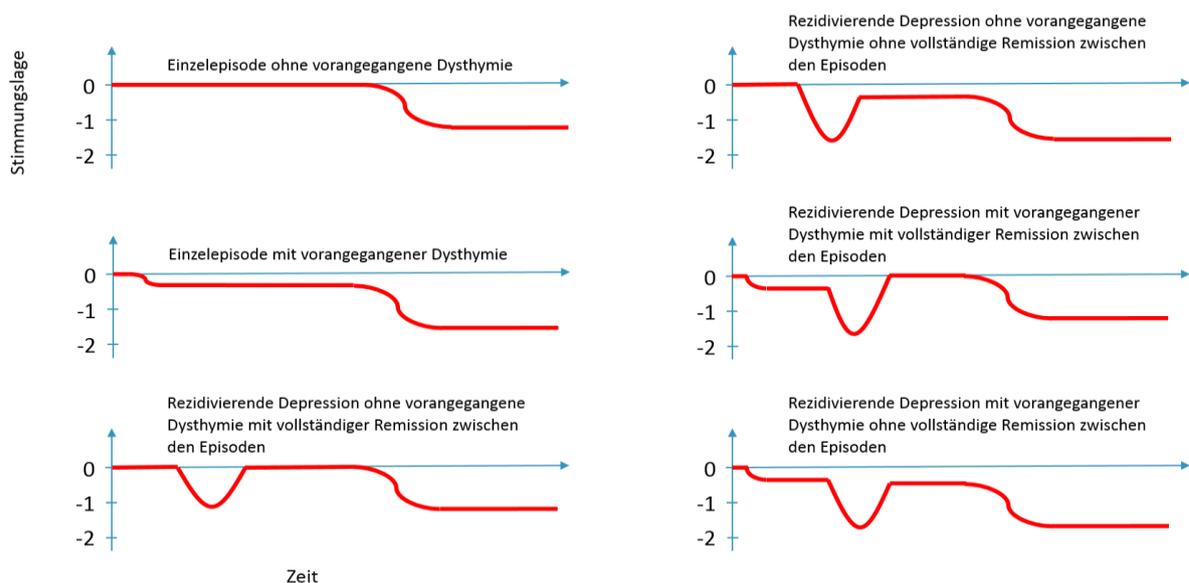


Abbildung 23: Verlaufsdarstellung verschiedener depressiver Störungen

Bei der Mehrzahl der Patienten und Patientinnen treten Depressionen als Episoden auf und klingen auch ohne therapeutische Maßnahmen wieder ab. Allerdings haben psychotherapeutische und pharmakologische Therapien die Verläufe abgemildert und verkürzt. Studien vor Einführung der Psychopharmakobehandlung belegen durchschnittliche Episodendauern von 6-8 Monaten, die mittlere Episodendauer von behandelten unipolaren Depressionen beträgt etwa 16 Wochen.

Behandelte Patienten und Patientinnen wiesen nach sechs Monaten eine Remissionsrate von 50% auf, nach 2 Jahren weisen noch 21 % eine Diagnose rechtfertigende Symptome auf.

Mehrere Studien fanden für etwa 15-20% der Betroffenen nach zwei Jahren einen chronifizierten Verlauf vor (DGPPN, 2015, S. 26).

Rückfälle sind jedoch häufig: 50 bis 85% erleben mehrere Episoden. Durchschnittlich werden vier bis sechs Episoden beobachtet (DGPPN, 2015, S. 27). Mit jedem Wiederauftreten der Symptomatik steigt das Risiko einer Wiedererkrankung um 16%. Je stärker die Symptomatik ausgeprägt ist, umso höher ist das Risiko der Wiedererkrankung. Im Gegensatz zu schizophrenen Erkrankungen verkürzen sich die Zykluslängen mit zunehmenden Alter eher, es kommt also schneller zu Rückfällen.

Von den Betroffenen, die im Erwachsenenalter zum ersten Mal an einer Depression erkranken, entwickeln 10% einen chronischen Verlauf. Einschließlich der Betroffenen, die in der Jugend oder Adoleszenz erstmalig erkranken, unterliegen 33% einem chronischen Verlauf (Berger, 2015, S. 365).

Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf stellen ein früher Krankheitsbeginn (Early Onset, vor dem 21. Lebensjahr), eine familiäre genetische Belastung, fehlende soziale Unterstützung, eine schlechte soziale Anpassung, chronische zwischenmenschliche Konflikte sowie vor allem das Vorliegen von Residualsymptomen nach Entlassung aus der Klinik (5-fach reduzierte Zykluslänge) dar.

## 12.5 Ätiologie

### Lernhinweis

Die folgenden Ausführungen sollten Ihnen ein Bild davon vermitteln, welche Einflussfaktoren für die Entstehung einer Depression in Frage kommen. Sie müssen sich keine Zahlen merken, aber jemandem die Entstehung einer Depression vermitteln können. Diese „Psychoedukation“ fällt in den Bereich der Sozialen Arbeit und stellt häufig die größte initiale Entlastung für die Betroffenen dar. Die Erklärungsansätze von Seligman und Beck sind so grundlegend und gut nachvollziehbar, dass ich sie rot markiert habe. Gut, die wiedergeben zu können.

Auch für den Bereich der affektiven Störungen ist das Wissen der Entstehung der Störungen noch sehr lückenhaft. Das bio-psycho-soziale Modell stellt auch hier die Grundlage des Krankheitsverständnisses dar. In Zwillingsstudien konnte gezeigt werden, dass die Vulnerabilität für eine affektive Störung genetisch vererbt wird, somatische oder psychosoziale Faktoren allerdings als Auslöser den Ausbruch der Störung bedingen und insgesamt ein sehr komplexes Bedingungsgefüge besteht.

Ausgehend von einer Lebenszeitprävalenz von 10% in der Allgemeinbevölkerung erhöht sich das Risiko Angehöriger von unipolar Erkrankten auf 15%. Bei einem durchschnittlichen Erkrankungsrisiko für bipolare Störungen von 1-2% erhöht sich das Risiko von Erstgradverwandten für eine affektive Störung auf 15-20%. Das Risiko für Kinder zweier affektiv erkrankter Eltern steigt auf 55%. Die Konkordanzraten für unipolare Erkrankungen liegen für eineiige Zwillinge bei ca. 50%, bei zweieiigen Zwillingen bei etwa 15-20%. Die beteiligten Gene konnten bisher allerdings nicht identifiziert werden. Aktuelle Forschungen fokussieren vor allem auf die Rolle der Gen-Umwelt-Interaktion, die zu epigenetischen Veränderungen führt. Darunter versteht man, dass Umwelteinflüsse wie frühe Traumata einen Einfluss auf die Methylierung der DNA ausüben, sodass diese modifiziert und Gene sozusagen „an-“, oder „ausgeschaltet“ werden (Berger, 2015, S. 378).

Auch der Einfluss neurobiologischer Vorgänge bei der Entstehung affektiver Störungen wurde eindeutig nachgewiesen. Es wurde belegt, dass Medikamente, die auf die Regulierung noradrenerger und serotoniner Funktionssysteme wirken, eine antidepressive Wirkung aufweisen.

Die „Signalweiterleitung“ in unseren Körpern verläuft durch elektrische Impulse, die über die Nervenzellen („Neurone“) weitergeleitet werden. Diese Neurone sind milliardenfach miteinander verschaltet und verzweigt. An diesen Schaltstellen, an denen ein Neuron an ein anderes angrenzt, wird der elektrische Impuls in einen neurobiologischen Vorgang umgewandelt. Am Ende der Nervenzelle, durch die das Signal ankommt, schüttet einen „Botenstoff“ (z.B. Serotonin oder Dopamin) in den sogenannten synaptischen Spalt aus. Auf der anderen Seite des Spaltes wird der Botenstoff von der weiterleitenden Nervenzelle aufgenommen und wieder in einen elektrischen Impuls umgewandelt und weitergeleitet. Überschüssige Anteile des Botenstoffes im synaptischen Spalt, die nicht gebraucht wurden, werden von der ersten Nervenzelle wieder aufgenommen. Psychopharmaka wirken häufig auf die Weise, dass sie eben diese Wiederaufnahme durch Blockade der „Wiederaufnahmestellen“ verhindern bzw. minimieren, sodass ständig ein etwas höherer Spiegel der Neurotransmitters (Botenstoffes) im Spalt verbleibt und Signale so schneller ausgelöst oder weitergeleitet werden können (dies war auch schon in Kapitel 2 Thema).

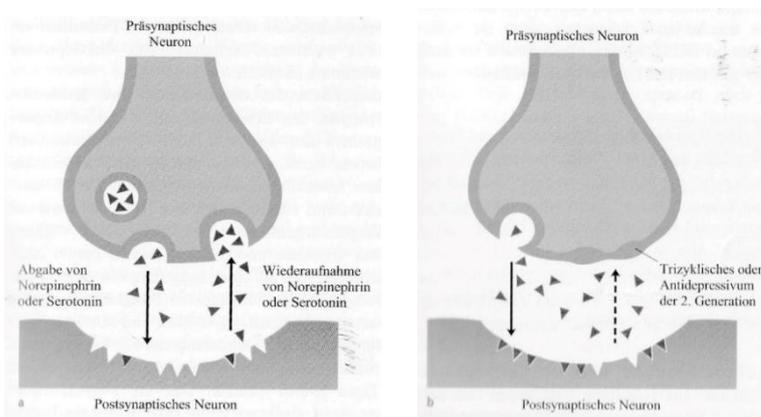


Abbildung 24. Synaptische Ausschüttung von Neurotransmittern und Blockierung der Wiederaufnahme durch Medikamente (aus Davison, Neale, & Hautzinger, 2007)

Depressions-Medikamente der Gruppe Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wirken allerdings erst nach 7 bis 14 Tagen, zu einem Zeitpunkt, an dem sich der Serotoninspiegel bereits schon wieder sein ursprüngliches Niveau erreicht hat. Die ursprüngliche Hypothese, dass ein Neurotransmittermangel unikausal mit der Entstehung einer Depression zusammenhängt, wurde daher wieder aufgegeben und durch die Vorstellung komplexer, kaskadenhafter neurobiologischer Prozesse zur Regulierung der Aktivität bestimmter Gene ersetzt. Besonders die Stressregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse scheint von einer dysfunktionalen neurobiologischen Regulation betroffen zu sein.



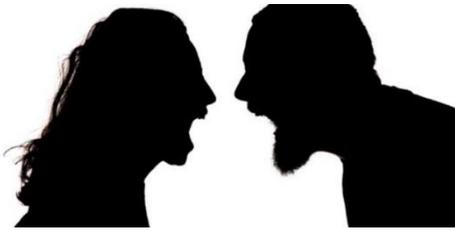
Psychologische Modelle der Entstehung affektiver Störungen stellen den Einfluss belastender Lebensereignisse in den Mittelpunkt. Diese tragen mit 58-67% zum Depressionsrisiko bei (Perrez & Baumann, 2011, S. 866). Auch eine Häufung von belastenden Ereignissen erhöht das Risiko einer Ersterkrankung, wobei eine Studie einen Schwellenwert von drei oder mehr Ereignissen im letzten Jahr festgestellt hat. Als kritisch werden dabei insbesondere solche Ereignisse betrachtet, die die individuellen Lebensziele und das Selbstwertgefühl existentiell bedrohen, wie z.B. Trennung vom Lebenspartner / von der Lebenspartnerin, Arbeitsplatz- und andere Verluste, interpersonelle Konflikte, Überforderung oder ein Unfall.

Neben belastenden Ereignissen konnte auch eine charakteristische Persönlichkeit ausgemacht werden, die für die Ausbildung einer unipolaren Depression prädisponiert, den sogenannten „Typus melancholicus“, der sich durch eine große Empfindlichkeit in Bezug auf Normen, Ordentlichkeit, Überschaubarkeit sowie ein hohes Anspruchsniveau an sich selbst und eine hohe Leistungsmotivation auszeichnet (Perrez & Baumann, 2011, S. 867).

In Bezug auf den individuellen Entwicklungsprozess wurden elterliche Interaktionsstile als Risikofaktoren zur Entstehung einer Depression ausgemacht, die von mangelnder Reagibilität, Vernachlässigung und / oder feindselig-intrusiver Überstimulation geprägt sind. Andere Forscher beschreiben die Kombination von mangelnder Fürsorge und ausgeprägtem Schutz bzw. starker Kontrolle als kritisch hinsichtlich der Entwicklung von Depressionen, wobei diese Bedingungen über negative selbstbezogene Kognitionen vermittelt wirksam werden. Besonders gravierend ist die Erfahrung körperlichen oder sexuellen Missbrauchs.

Unter einer lerntheoretischen Perspektive stellt das Fehlen oder der Verlust sozialer Verstärker einen weiteren prädisponierenden Faktor dar. Ein eher zurückgezogener Lebensstil fördert einen sich selbst verstärkenden Kreislauf, in dem die betroffene Person sich immer weniger Situationen aussetzt, in der sie

sozial belohnt (verstärkt) wird. Durch einen Rückzug aus sozialen Situationen nehmen die sozialen Fähigkeiten einer betroffenen Person ab, sodass die Wahrscheinlichkeit weiterer erfolgreicher Interaktionen und sozialer Unterstützung wiederum verringert wird. Dieses Muster gilt sowohl als auslösender als auch als aufrechterhaltender Faktor von Depressionen.



Die bereits im Rahmen der schizophrenen Störungen besprochenen Expressed Emotions zeigen bei Depressionen sogar schon bei einer geringeren Häufigkeit feindseliger Äußerungen naher Bezugspersonen als bei schizophrenen Störungen eine deutliche Korrelation mit der Prognose des Erkrankungsverlaufs.

Einen starken Einfluss auf Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Störung haben auch verschiedene kognitive Prozesse. Als empirisch bestätigt gilt die Hoffnungslosigkeitstheorie von Seligman, nach der Personen mit einem depressiven Attributionsschema dazu neigen, nach kritischen Lebensereignissen eine Depression auszubilden. Sie beziehen die Ursachen von Misserfolgen auf sich selbst (intern), sehen dies als unveränderbar an (stabil) und übertragen dies auf andere Bereiche (global), haben die klare Erwartung, dass wünschenswerte Ereignisse nicht eintreten bzw. nicht-erwünschte eintreten und werten sich hierfür selbst ab.

Beck, ein anderer berühmter Depressionsforscher, stellte die Bedeutung dysfunktionaler Gedanken für die Entstehung depressiver Störungen heraus. Er postuliert früh erworbene kognitive Schemata zu den Themen Verlust, Zurückweisung, Versagen, Wertlosigkeit, die durch aktuelle Ereignisse aktiviert werden können. Durch diese Aktivierung wendet die betroffene Person ihre Aufmerksamkeit auf kongruente Situationsmerkmale und es werden automatische Gedanken mit kognitiven Verzerrungen (Übergeneralisierungen, willkürliche Folgerungen, Personalisierungen usw.) ausgelöst.

Schließlich ist es auch bei der Depression wieder so, wie bei allen anderen psychischen Störungen: es gibt nicht nur die eine Ursache. Zur Erklärung muss ein Modell herangezogen werden, dass ganz unterschiedliche Einflüsse (natürlich im Rahmen des bio-psycho-sozialen Paradigmas!) mit einbezogen werden. Perrez und Baumann (2011, S. 875) versuchen die bisherigen Erklärungsansätze in einem integrativen, multifaktoriellen Modell wie folgt zusammen zu fassen (Abbildung 25):

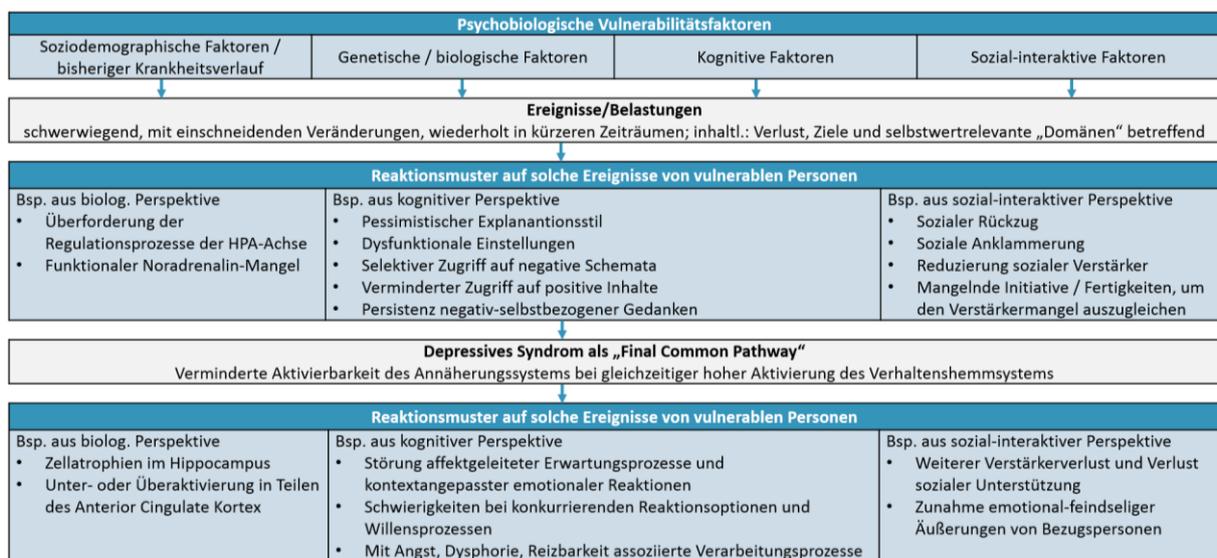


Abbildung 25: Integratives, multifaktorielles Ätiologiemodell der Depression nach Perrez & Baumann (2011)

### Reflexionsanregungen

- Wie würden Sie einer betroffenen Person die Entstehung von Depressionen erklären. Formulieren Sie ruhig mal einen kleinen Vortrag!

## 12.6 Therapie

### Lernhinweis

Als Sozialarbeiter\_innen sollten Sie einen Überblick darüber haben, was mit den Betroffenen passiert, wenn sie diese oder jene Therapie erhalten.

In den S3-Richtlinien zur Behandlung der unipolaren Depression (DGPPN, 2015, S. 68) wird empfohlen, bei andauernden leichten Depressionen sowie bei mittelgradigen Depressionen den Einsatz antidepressiver Medikamente gegen den Einsatz von Psychotherapie abzuwägen, bei schweren Depressionen sollen beide Therapieformen parallel eingesetzt werden. Zum Einsatz kommen vor allem Trizyklika (Hemmung der



Noradrenalin- und Serotoninwiederaufnahme), Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (weniger Nebenwirkungen) und Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer (schnelle Wirksamkeit). Als „Stimmungsstabilisierer“ kommt auch Lithium zum Einsatz, dem auch neben einer Rückfall-prophylaktischen auch eine antisuizidale Wirksamkeit zugeschrieben wird.

Bei leichten Depressionen konnte in verschiedenen Studien kein Unterschied zu der Gabe eines Placebos gemessen werden. Aufgrund des ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses wird bei leichten Depressionen auch normalerweise auf eine Behandlung mit Antidepressiva verzichtet.

Mit ausgeprägter Symptomatik nimmt der Unterschied zwischen der Wirkung eines Placebos und der Wirkung eines Antidepressivums jedoch zu (Responserate mit Medikament 30% höher bei Betroffenen mit schwersten Depressionen im Vergleich zum Placebo). Bei mittelgradigen Depressionen sollte daher die Behandlung mit Antidepressiva alternativ zur Psychotherapie angeboten werden, bei schweren Episoden sollte eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie durchgeführt werden.

Die Wirkung der Antidepressiva setzt innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen ein. Setzt nach drei Wochen keine Besserung ein, liegt die Wahrscheinlichkeit eines therapeutischen Ansprechens nur noch bei 10%. Spätestens nach vier Wochen sollte die Behandlung modifiziert werden.

Bei der psychotherapeutischen Behandlung stehen entsprechend der unterschiedlichen Therapierichtungen verschiedene „Arbeitsthemen“ im Vordergrund. Häufig wird die kognitive Verhaltenstherapie angewendet, in der es darum geht, dysfunktionale Attributionsmuster zu erfassen und zu verändern. Sie wird meist kombiniert mit klassischen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen angeboten, bei denen die Betroffenen darin unterstützt werden, depressionsfördernde Muster wie z.B. sozialen Rückzug aufzugeben und stattdessen soziale Fertigkeiten und Problemlösestrategien einzuüben.

In der Weiterentwicklung der Kognitiven Therapie kommen vermehrt achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Interventionen zum Einsatz.

Die psychodynamischen Therapieformen fokussieren auf zurückliegende, teilweise frühkindliche, aber auch aktuelle inter- und intrapersonale Konflikte. Der Rahmen einer einfühlsamen und verständnisvollen therapeutischen Beziehung soll den Betroffenen ermöglichen, Einsicht in diese Konflikte zu erhalten und sie eher zu bewältigen.

Als eklektische Sonderform übernimmt die Interpersonale Psychotherapie Annahmen der psychodynamischen Therapien z.B. hinsichtlich der Entstehung zwischenmenschlicher Konflikte und kombiniert dies mit kognitiv verhaltenstherapeutischen Techniken wie dem Rollenspiel oder dem Einüben von Konfliktlösestrategien.

Auch familien- und paartherapeutische Ansätze konnten Evidenz in der Behandlung depressiver Störungen nachweisen. Diese fokussieren auf wechselseitige intrapsychische sowie auf interpersonelle Aspekte und finden häufig in einem Mehrpersonensetting statt.

## 12.7 Umgang mit Betroffenen

### Lernhinweis

Augen auf und handeln! Diese Devise gilt immer im professionellen Umgang mit Menschen im sozialen Bereich. Daher ist es wichtig, dass Sie die Hinweiszeichen für eine Depression kennen und sicher im Umgang mit (möglicherweise) Betroffenen sind. Da kann man auch einiges auswendig wissen.

Da depressive Symptome selten spontan von den Betroffenen berichtet werden ist das frühzeitige Erkennen möglicher Symptomrepräsentationen wichtig. Folgende **Beschwerden** können auf das Vorliegen einer Störung hindeuten:

Table 26: Mögliche Beschwerden bei Vorliegen einer depressiven Störung nach DGPPN (2015, S. 36)

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen)
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation (Verstopfung), Diarrhöe
- Diffuser Kopfschmerz
- Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl (Fremdkörpergefühl im Hals)
- Funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf, Atmung, Magen und Darm
- Schwindelgefühle, Augenflimmern, Sehstörungen
- Muskelverspannungen, diffuse Nervenschmerzen
- Libidoverlust, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen

Im Kontakt mit Betroffenen können Merkmale des äußeren **Erscheinungsbildes**, Einschätzung des psychischen **Befindens** und das **interaktionelle Verhaltens** (wie verhält sich die Person im zwischenmenschlichen Kontakt?) auf das Vorliegen einer depressiven Störung hindeuten. Hinweise erhält man häufig durch:

Table 27: Mögliche Hinweiszeichen auf das Vorliegen einer Depression

- Körperpflege, Kleidung, Gestik, Mimik, körperlicher Allgemeinzustand
- Klang, Tempo, Modulation der Sprache sowie Ausdrucksvermögen und Sprachverständnis
- Psychomotorische Verlangsamung
- Eingeschränkte Strategien zum Umgang mit Belastungen

Für ein sehr schnelles **Screening** (d.h. Übersicht, Schnelltest) hat sich der „Zwei-Fragen-Test“ (DGPPN, 2015, S. 37) etabliert. Mit den beiden Fragen

- 1.) Fühlten Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
- 2.) Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

werden depressive Menschen ganz gut identifiziert. Natürlich kann anhand der Fragen keine Depressionsdiagnose gestellt werden. Man kann sie aber gut in ein Gespräch einfließen lassen. Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist in der Folge die genauere klinische Erfassung der Depressionssymptome durch einen Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut\_in erforderlich.

Grundsätzlich sollte Betroffenen verständnisvoll (nicht bemitleidend!) begegnet werden, sie sollten in ihren Stärken und Schwächen anerkannt werden. Es ist wichtig, ihnen aufmerksam zuzuhören, sie in ihrem Befinden anzunehmen und Verständnis zu signalisieren.

Im täglichen Umgang sollten Alltagsanforderung weiterhin gestellt werden, wobei Ziele klar erarbeitet und in überschaubare und bewältigbare Schritte gegliedert werden. Soweit nötig sollten die Betroffenen sowohl bei der Planung als auch der Bewältigung der Anforderungen unterstützt werden. Auch Aktivitäten sollten aufrechterhalten bzw. wieder aufgenommen werden.

Depressive Menschen sehen die Zukunft äußerst pessimistisch. Es ist ihnen kaum möglich, an Lösungen und ein Ende der Belastungen zu denken. Umso wichtiger ist es daher, ihnen aus dem „Außen“ die Hoffnung zu geben, dass die schwierige Zeit überwunden wird. Dabei sollten keine Versprechungen gemacht werden, die ggfs. nicht einzuhalten sind. Ankündigungen, dass aber die schwierige Zeit überwunden werden kann und dass man sie dabei unterstützen werde sind jedoch sehr hilfreich, eventuell sogar lebensrettend.

Häufig wird man als unterstützende Person durch die Dramatik der Situation unter Druck gesetzt, Lösungen finden zu wollen. Auch die Betroffenen selbst haben häufig das Gefühl, wichtige Entscheidungen sofort oder sehr schnell treffen zu müssen. Wichtig in dieser Situation ist diesen Druck von allen Beteiligten zu nehmen. Wenn irgend möglich sollten in einer akuten schwierigen Phase keine mehr oder weniger wichtigen Entscheidungen getroffen werden, sondern diese vertagt werden. Natürlich sollte auf die Betroffenen auch kein Druck durch Entscheidungszwang ausgeübt werden. Dieser Stress könnte tatsächlich das „Fass zum Überlaufen“ bringen.

Aufgrund der hohen Suizidrate bei Betroffenen ist eine Suizidabklärung dringend notwendig, bei schwer depressiven Patienten und Patientinnen sollte diese Abklärung täglich erfolgen. Hierzu finden Sie weitere Informationen in Kapitel 15.

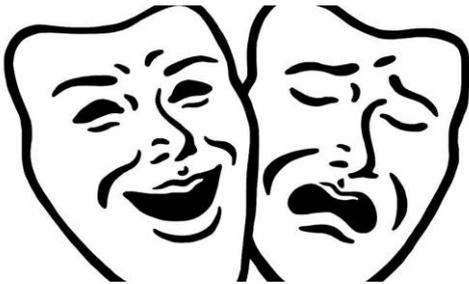
### **Reflexionsanregungen**

- Stellen Sie für sich selbst einen „Fahrplan“ auf: was ist zu tun, wenn ich im professionellen Setting auf die Idee komme, dass die Person vor mir eine Depression haben könnte.

## 13 Bipolare Störungen

### Lernhinweis

In diesem Kapitel geht es darum, eine Vorstellung über das Störungsbild der Manie und der bipolaren Störungen zu entwickeln und sich mit den entsprechenden Begrifflichkeiten vertraut zu machen. Sie müssen keinerlei Zahlen auswendig lernen (auch hier: mit Ausnahme der Jahresprävalenzen aus Kapitel 1), sollten aber schon wissen, welche Besonderheiten bzw. Unterschiede sich im Vergleich zu unipolaren Störungen hinsichtlich Epidemiologie und Ätiologie zeigen.



Neben den unipolaren Störungen, zu denen die oben beschriebene Depressive Episode gehört, enthält die ICD-10 auch eine weitere Diagnose für Störungen, die neben dem Hauptsymptom der gedrückten Stimmung auch durch die gegenteilige, eine außergewöhnlich gehobene Stimmung gekennzeichnet ist. Können Episoden mit beiden Stimmungslagen anamnestisch identifiziert werden, spricht man von bipolaren Störungen.

Table 28: ICD-Klassifikation der bipolaren affektiven Störungen

<b>F31</b>	<b>Bipolare affektive Störung</b>
F31.0	gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

### 13.1 Symptomatik und Diagnose

Eine bipolare Störung wird nach der ICD diagnostiziert, wenn mindestens zwei affektive Episoden vorliegen, wobei mindestens eine hypomanische, manische oder gemischte Episode vorliegen muss. Wichtig zu beachten ist hierbei, dass in der ICD (wenig intuitiv nachvollziehbar) auch bei Vorliegen mehrerer affektiven Episoden, von denen alle (hypo-)manisch ausgeprägt waren bzw. sind, eine bipolare Störung angenommen und diagnostiziert wird. Das gilt nicht für das DSM, in dem entsprechend des Wortsinns „bipolar“ entgegengesetzte Stimmungslagen vorgelegen haben müssen.

Eine Manie F30.1 (also eine unipolare, manische Episode), auf der auch die Diagnose einer „bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig manische Episode“ (F31.1) beruht, zeichnet sich nach der ICD-10 (Forschungskriterien) durch folgende Symptome aus:

Tabelle 29: ICD-Diagnosekriterien einer manischen Episode

A	Vorwiegend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung in deutlich abnormem Ausmaß, die mindestens eine Woche anhält
B	<p>Mind. 3 der folgenden Symptome; Symptomatik insgesamt so ausgeprägt, dass sie zu schweren Beeinträchtigungen in der persönlichen Lebensführung führt-</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gesteigerte Aktivität, motorische Ruhelosigkeit</li> <li>2. Rededrang, gesteigerte Gesprächigkeit</li> <li>3. Ideenflucht, subjektives Gefühl des Gedankenjagens</li> <li>4. Verlust normaler sozialer Hemmungen → unangemessenes Verhalten</li> <li>5. Schlafbedürfnis vermindert</li> <li>6. Größenideen, überhöhte Selbsteinschätzung</li> <li>7. starke Ablenkbarkeit, Sprunghaftigkeit</li> <li>8. leichtsinniges Verhalten bei Negation von Risiken (z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren</li> <li>9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeiten</li> </ol>

In der ICD-10 findet sich im Anhang noch die Bipolar-II-Störung, bei der im Verlauf der Erkrankung mindestens eine hypomanische und zusätzlich eine depressive Episode aufgetreten ist, jedoch (im Gegensatz zu einer Bipolar-I-Störung des DSM-IV) keine manische Phase.

Ein besonders epidenreicher Verlauf mit mindestens vier voneinander abgrenzbaren Episoden innerhalb eines Jahres wird als „Rapid Cycling“ bezeichnet (DGPPN und DGBS e.V., 2012).

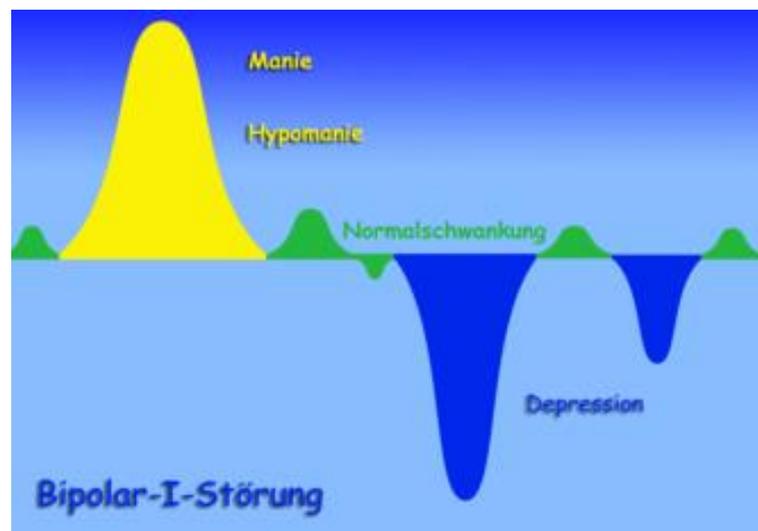


Abbildung 26: Grafische Veranschaulichung der Phasen einer Bipolar-I-Störung

## 13.2 Epidemiologie

Bei etwa 1/5 der an rezidivierenden depressiven Episoden leidenden Personen treten zusätzlich hypomanische, manische oder gemischte Episoden auf. Bipolare Störungen beginnen früher als unipolare, oft in der Adoleszenz oder in den ersten Jahren des dritten Lebensjahrzehnts. Es bestehen keine Unterschiede des Auftretens der Störung zwischen den Geschlechtern. Das Lebenszeitrisiko einer Erkrankung liegt bei 1-2%. 50% der Patientinnen und Patienten entwickeln psychotische Symptome, es bestehen häufige Komorbiditäten, z.B. komplizierte Alkohol-, Drogen- und Medikamentensucht. Auch die Suizidrate ist hoch. Unipolare Manien stellen nur 5% der affektiven Störungen dar (Berger, 2015, S. 364).

### 13.3 Ätiologie

Die genetische Vererbung hat einen stärkeren Einfluss auf die Entwicklung einer bipolaren Störung als bei unipolaren Störungen. Die Konkordanzrate eineiiger Zwillinge beträgt 72%, bei zweieiigen Zwillingen 14% (Davison, Neale, & Hautzinger, 2007, S. 327).

### 13.4 Verlauf

Der Verlauf bipolarer Störungen ist ungünstiger als der unipolarer Störungen. Es treten im Mittel 8 manische bzw. depressive Episoden im Lebenszeitverlauf auf (Berger, 2015, S. 364).

Die sozialen Folgen des risikoreichen, manischen Verhaltens tragen zu komplizierten Verläufen der Störung bei. Gefährdende Verhaltensweisen, die dazu beitragen, sind z.B.:

- Fremdgehen
- finanzieller Ruin
- distanzloses, ruheloses oder auffälliges Verhalten im Rahmen einer Manie
- Berufsunfähigkeit
- Wegfall partnerschaftlich-unterstützender Verhaltensweisen in Phasen der Depression
- Drogen- und Alkoholmissbrauch

### 13.5 Therapie

Für die meisten akut manischen Patienten und Patientinnen ist ein stationärer Aufenthalt indiziert, da ansonsten eine kontinuierliche Medikation kaum möglich ist. Durch Selbst- und Fremdgefährdung ist eine Einweisung nach dem Unterbringungsgesetz häufig unumgänglich. In diesem Rahmen ist eine Psychopharmakotherapie üblich, um die Symptome abzumildern. Eingesetzt werden vor allem Lithium, das allerdings erst nach etwa einer Woche wirkt, und, besonders zu Therapiebeginn, Antipsychotika (klassisch: Haloperidol, atypisch: Risperidon).

### 13.6 Umgang mit Betroffenen

Betroffene besitzen meist keine oder nur eine geringe Krankheitseinsicht. Es ist daher eine Herausforderung, sie zur Aufnahme einer entsprechenden Therapie zu bewegen.

Manische Patienten und Patientinnen sind trotz ihres Gefühls der Überlegenheit und Unverletzlichkeit leicht kränkbar und bei einer Begrenzung hoch sensibel. Ein autoritäres Auftreten ist daher nicht sinnvoll, eher sollte den Betroffenen mit einem freundlich-verständnisvollen Auftreten und unaufgeregter, aber konsequenter Begrenzung begegnet werden. Auch müssen häufig Kompromisse geschlossen werden, um die Beziehung zu den Betroffenen nicht zu gefährden.

#### **Reflexionsanregungen**

- Ein neuer Klient erzählt Ihnen, dass er gestern mit der Bank einen Spitzendeal gemacht habe und einen Kredit für seine Geschäftsidee erhalten habe, mit der er vorhabe, den Markt der erneuerbaren Energien in Deutschland zu revolutionieren. Begründen Sie, warum Sie den Gesprächsverlauf in der Folge auf die Familie des Klienten lenken!

## 14 Weitere affektive Störungen

### Lernhinweis

Sie sollten sich unter den im Folgenden vorgestellten Störungen etwas vorstellen können.

#### **F30: Manische Episode**

Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.

#### **F33: Rezidivierende depressive Störung**

Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31)

#### **F34: Anhaltende affektive Störungen**

Anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

#### **F34.0: Zykllothymia**

Andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung (F31.-) oder rezidivierende depressive Störung (F33.-) zu erfüllen. Diese Störung kommt häufig bei Verwandten von Patienten mit bipolarer affektiver Störung vor. Einige Patienten mit Zykllothymia entwickeln schließlich selbst eine bipolare affektive Störung.

#### **F34.1: Dysthymia**

Chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen.

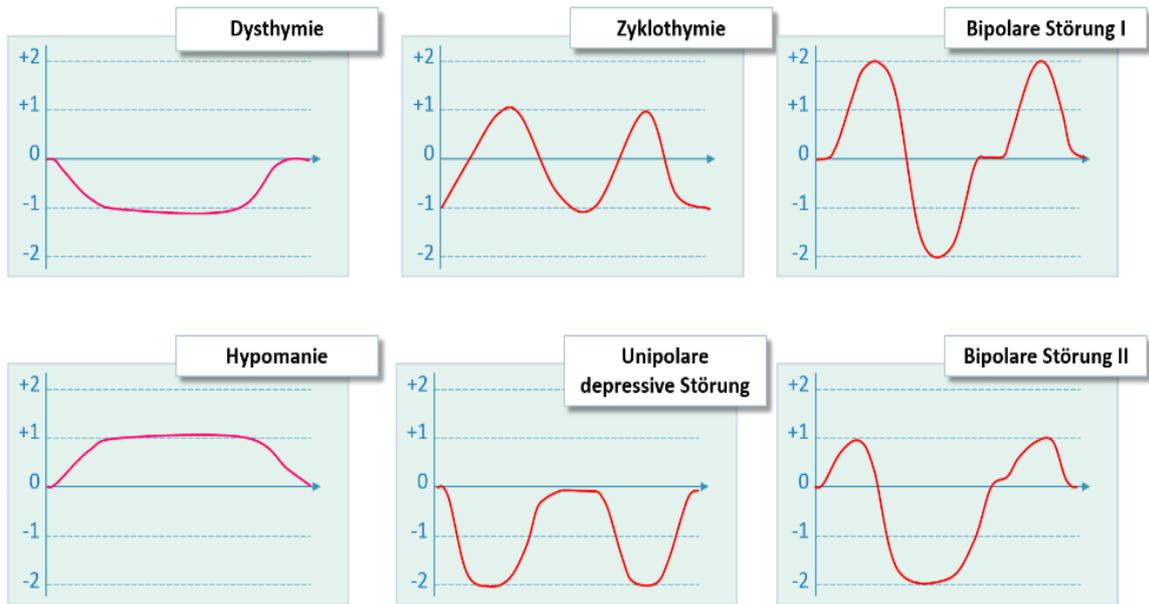


Abbildung 27: Veranschaulichung unterschiedlicher Verläufe affektiver Störungen

## 15 Suizidalität

### Lernhinweis

In diesem Kapitel erwarten Sie jede Menge Zahlen. Doch bitte keine Angst – die Zahlen sollen Ihnen lediglich einen Eindruck darüber verschaffen, wie groß das Ausmaß von Suiziden ist. Dies aus der Tatsache heraus, dass es sich doch um ein Tabuthema handelt, über das nicht sehr viel bekannt ist und das aber für unsere Arbeit doch so wichtig ist. Mit diesem Kapitel soll auch eine gegebenenfalls vorhandene Scham abgebaut werden, das Thema im Umgang mit möglicherweise Betroffenen anzusprechen. Wichtig also für das Lernen: einen Eindruck erhalten, wie häufig Suizidgedanken, -pläne, -versuche und Suizide vorkommen und sich das Vorgehen in diesem Bereich klarzumachen und gegebenenfalls richtig handeln zu können.

Das Thema Suizidalität wird an dieser Stelle angesprochen, da Suizidgedanken, -pläne, -versuche und Suizide häufig mit einer affektiven Störung einhergehen.



Suizidalität ist keine diagnostizierbare Krankheit, sondern ein lebensbedrohlicher Zustand der Erlebens-, Denk- und Verhaltensweise von Menschen, die sich in zugespitzten, krisenhaften Situationen befinden. Betroffene sind in ihren Handlungsmöglichkeiten durch subjektive oder objektive Not eingeschränkt. Es ist wichtig zu verstehen, dass Menschen in einer suizidalen Phase keine freie Wahlmöglichkeit haben. Es könnte sein, dass die betroffene Person morgen oder in naher Zukunft ganz anders entscheiden würde. Nur ist es dann häufig zu spät. Die Suizidalität hat zum Ziel, die eigene Beziehung zur Umwelt zu verändern. Sie ist Symptom einer psychischen Störung, einer psychischen Ausnahmeverfassung oder einer psychosozialen Krisensituation (Berger, 2015, S. 722).

Im Bereich der Suizidalität gibt es verschiedene Begriffe, die hier kurz

definiert werden sollen:

**Suizidale Handlungen:** Begonnene, vorbereitete, abgebrochene oder durchgeführte Versuche, sich das Leben zu nehmen.

**Suizid:** Handlungen, die zum Tode geführt haben.

**Suizidversuch:** Überlebter Suizid, unabhängig von den Gründen des Scheiterns.

**Parasuizid:** Nicht tödlich verlaufende suizidale Handlungen mit hohem sozialen Kommunikationswert („Hilferuf“).

## 15.1 Epidemiologie

### **Einstieg**

- Wie viele Menschen pro 100.000 bringen sich wohl pro Jahr in Deutschland um?
- Welche Personen würden Sie als Risikogruppe einschätzen?
- Was könnten die Gründe für eine Suizidalität sein?

Suizidale Handlungen kommen weitaus häufiger vor, als dies in den meisten Teilen der Bevölkerung angenommen wird. Daher folgen nun einige Statistiken.

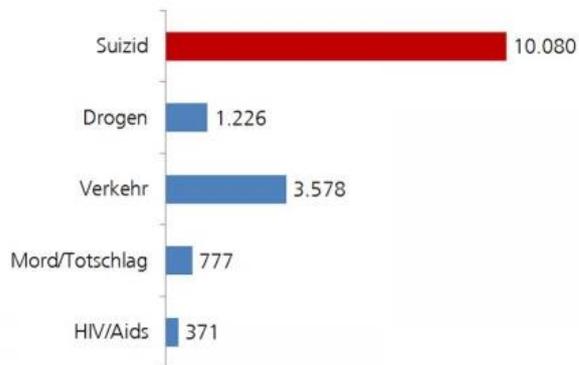


Abbildung 28: Todesursachen im Vergleich: BRD 2015. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Zugriff Februar 2017

Suizid ist als Todesursache häufiger als Todesfälle durch Drogen, Verkehrsunfälle, Mord und Aids zusammen. Er gehört zu den zehn häufigsten Todesursachen.

Die Suizidraten, also die gelungenen Suizide pro Einwohnerzahl, sind international sehr unterschiedlich. Die Gründe hierfür werden sehr kontrovers diskutiert.

Tabelle 30: Suizidraten je 100.000 Einwohner weltweit bei Frauen (nach WHO; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>; Abruf: 02.04.2019)

	2000	2005	2010	2015	2016
Lesotho	21,2	21,5	23,2	24,1	24,4
Republic of Korea	9,3	17,8	23,1	16,5	15,4
India	16	17,1	15,2	14,9	14,7
Guyana	12,3	12,8	13,6	14,5	14,4
Belgium	14	12,1	13,6	13,4	13,8
Switzerland	14,2	14,8	11,4	12,3	12,4
France	14,4	13,5	13	11,8	11,7
Japan	13,9	13,6	14,1	11,8	11,4
Suriname	10,4	10,7	13	11,3	10,9
Sweden	10,8	11,2	9,5	10,5	10,5
Sierra Leone	9,1	8,2	7,7	7,9	8,1
Croatia	10,4	10,1	9,4	9,4	7,9
Nepal	14	12	10,2	8,3	7,9
Austria	10,5	8,6	7,5	7,5	7,7
Equatorial Guinea	6	6,1	7	7,6	7,7
Germany	7,7	7,2	7	7,8	7,7
Kazakhstan	10,4	12,4	11,2	8,4	7,6
Eswatini	6,1	5,6	6	7,2	7,5
Cameroon	8,8	7,3	6,9	7,3	7,4
Chad	7,2	7,8	7,9	7,5	7,4
Latvia	12,9	10,2	6	8,2	7,3
Panama	1,6	1,8	1,5	1,3	1,2
Azerbaijan	0,9	1,3	1,2	1,1	1,1
Venezuela	2,2	2,1	1,5	1,2	1,1
Jamaica	0,8	0,8	0,9	1	1
Qatar	1,1	0,8	0,9	0,9	0,9
Syrian Arab Republic	0,6	0,6	0,8	0,9	0,9
Oman	1,2	0,9	0,8	0,8	0,8
United Arab Emirates	1,1	1	0,7	0,7	0,7
Bahamas	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5
Barbados	0,6	3,4	1,3	0,5	0,5

Tabelle 31: Suizidraten je 100.000 Einwohner weltweit bei Männern (nach WHO; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>; Abruf: 02.04.2019)

	2000	2005	2010	2015	2016
Lithuania	87,2	77,6	66,1	61,7	58,1
Russian Federation	93,5	92,5	71,7	57,8	55,9
Belarus	76,6	80	68,1	47	46,9
Guyana	34,6	35,9	39,9	43,4	43,7
Ukraine	65,1	62	48,9	42	41,1
Republic of Korea	20,3	35,7	45,1	39,9	38,4
Kazakhstan	59,5	68,4	55,7	42,5	38,3
Latvia	60,4	46,2	42,3	37,4	37,6
Suriname	36,4	42,1	40,9	36,3	34,7
Estonia	48,7	39	31,7	27,6	30,6
Portugal	12,2	17,4	21,1	22	22,2
Cuba	24,7	19,4	22,7	21,8	22,1
Switzerland	29,7	27	21,1	22	22
Czechia	27,5	27,6	26	22,6	21,4
Cote d'Ivoire	13,7	16,3	18,3	20,5	20,6
<b>Germany</b>	<b>22,1</b>	<b>20,4</b>	<b>20,6</b>	<b>19,9</b>	<b>19,7</b>
Australia	20,4	18,6	18,6	20,4	19,5
Nicaragua	26,2	21,8	19,3	19,3	19,3
Sweden	20,5	21,6	21	20,9	19,1
South Africa	17,7	18,2	19,2	19	18,7
Luxembourg	23,4	21,7	18,2	21,4	18,6
United Arab Emirates	4,2	4,1	3,8	3,6	3,6
Iraq	3,4	3,1	3,3	3,5	3,4
Jamaica	3,8	3	3,1	3,3	3,3
Bahamas	3,4	3,8	3,4	3	3
Maldives	5,4	4,3	4,1	3,5	3
Sao Tome and Principe	2,7	2,4	2,7	3	3
Syrian Arab Republic	2,1	2,5	3	2,9	2,9
Kuwait	2,1	2,9	2,2	2,8	2,8
Pakistan	2,9	3	2,8	2,8	2,7
Morocco	5,8	4,2	2,7	2,3	2,3

Die Suizidrate betrug 2016 in Deutschland 13,6 pro 100.000 Einwohner\_innen.

Die absoluten Zahlen der Suizidsterbefälle sind folgender Abbildung bzw. Tabelle zu entnehmen:

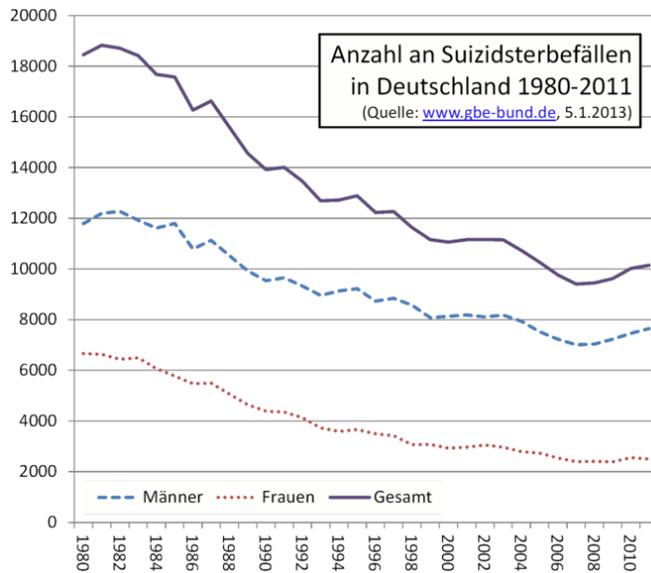


Abbildung 29: Anzahl Suizidsterbefälle in Deutschland

Tabelle 32: Suizidfälle in Deutschland (Quelle: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Abruf 02.04.2019)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Weiblich	3.077	2.934	2.968	3.057	2.971	2.794	2.737	2.540	2.393	2.412	2.388	2.556	2.498	2.603	2.627	2.585	2.681	2.464
Männlich	8.080	8.131	8.188	8.106	8.179	7.939	7.523	7.225	7.009	7.039	7.228	7.465	7.646	7.287	7.449	7.624	7.397	7.374
Summe	11.157	11.065	11.156	11.163	11.150	10.733	10.260	9.765	9.402	9.451	9.616	10.021	10.144	9.890	10.076	10.209	10.078	9.838

Als Gründe für den zwischenzeitlich starken Rückgang werden eine verbesserte fachärztliche Versorgung, die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen und Probleme der methodischen Erfassung diskutiert. Zu beachten ist bei allen Statistiken in diesem Bereich, dass die Dunkelziffern vermutlich wesentlich höher liegen.

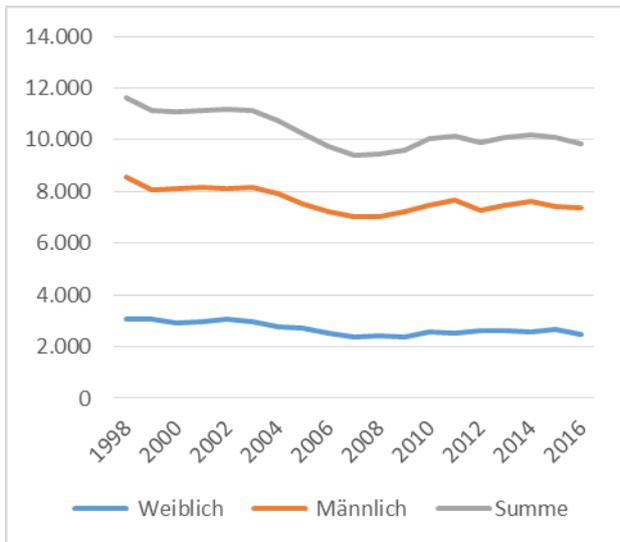


Abbildung 30: Suizidfälle in Deutschland. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Suizidfälle in Deutschland; www.gbe-bund.de, Abruf 02.04.2019

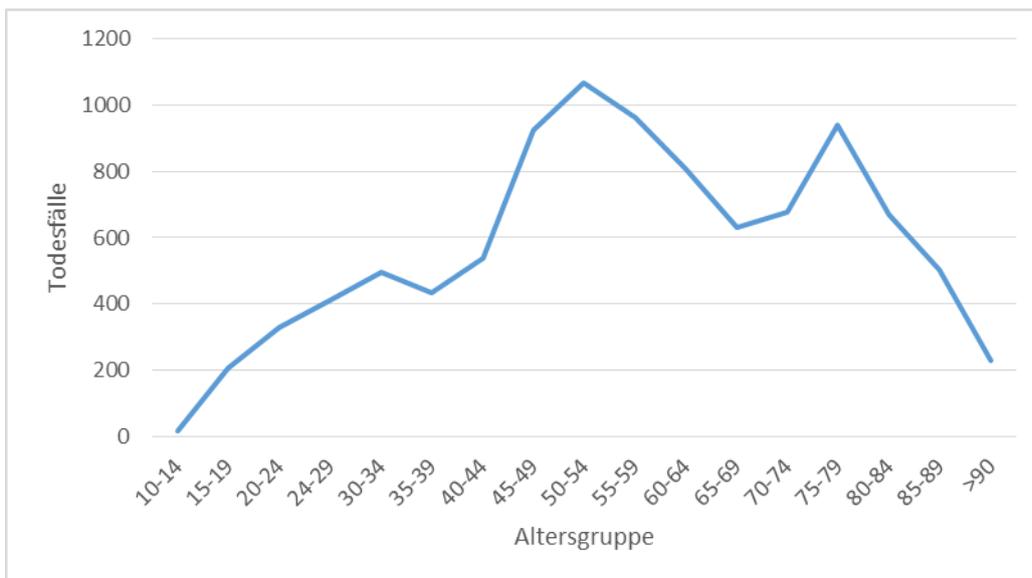


Abbildung 31: Todesfälle durch Suizid nach Altersgruppen. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Suizidfälle in Deutschland; www.gbe-bund.de, Abruf 02.04.2019

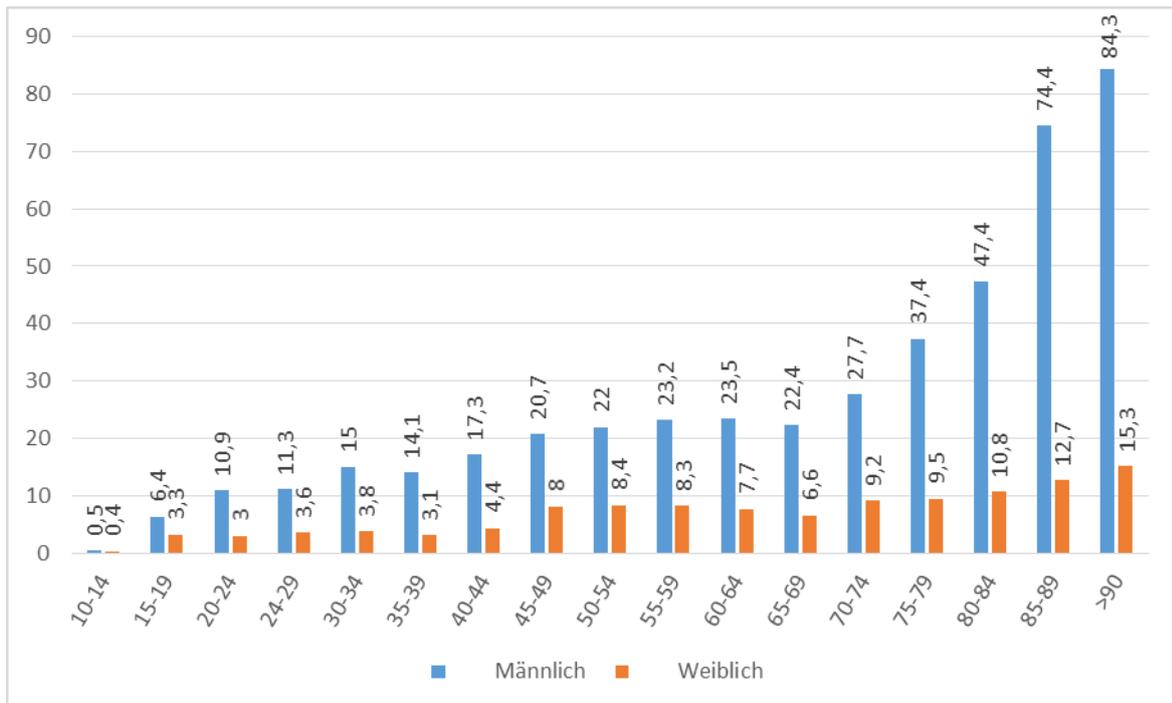


Abbildung 32: Suizidrate nach Alter und Geschlecht. Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Suizidfälle in Deutschland; www.gbe-bund.de, Abruf 02.04.2019

Tabelle 33: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Suizidfälle in Deutschland; www.gbe-bund.de, Abruf 02.04.2019

Region	Sterbefälle je 100.000
<b>Deutschland</b>	<b>11,9</b>
Baden-Württemberg	12,3
Bayern	13,5
Berlin	10,8
Brandenburg	12,1
Bremen	8,7
Hamburg	13,6
Hessen	12,2
Mecklenburg-Vorpommern	10,6
Niedersachsen	10,7
Nordrhein-Westfalen	9,4
Rheinland-Pfalz	12,5
Saarland	12,3
Sachsen	15,7
Sachsen-Anhalt	14,3
Schleswig-Holstein	14,2
Thüringen	14,3

Die Suizidversuchsrate kann nur geschätzt werden, sie liegt Schätzungen nach zufolge in Deutschland bei 81 je 100.000 Männern und bei 112 je 100.000 Frauen bei den über 15-jährigen.

In einer Studie wiesen 98% von 15.629 Suizidfällen eine psychiatrische Diagnose auf: 30 % affektive Störung, 18 % Abhängigkeitserkrankung, 14% Schizophrenie, 13% Persönlichkeitsstörung (Berger, 2015, S. 723).

Die Lebenszeit-Suizidmortalität lag in einer Studie in stationärer Patientengruppe mit schweren Depressionen bei 15%, bei schwer erkrankten schizophrenen Patientengruppen bei 5-10%.

Auf einen Suizidversuch folgen häufig weitere Wiederholungsversuche im weiteren Lebensverlauf. Die diesbezügliche „Rezidivhäufigkeit“ liegt mit 10-15% sehr hoch. Der Höhepunkt dieser Zahl liegt im ersten Jahr nach dem ersten Versuch.

Folgende Risikofaktoren konnten für Suizide ermittelt werden:

Tabelle 34: Risikofaktoren für Suizide

Männliches Geschlecht
Höheres Alter und zwischen 45 und 60 Jahren
Menschen in Krisen / in Entwicklungsübergängen
Menschen mit psychischen Störungen, v.a. Depression
Suchtkranke
Personen mit vorangegangenem Suizidversuch
Allein lebende

## 15.2 Ätiologie

Zur Erklärung einer Suizidalität können Modelle aus verschiedenen Perspektiven genutzt werden. Sinnvoll ist wahrscheinlich auch hier ein komplexes, integratives Modell. Im psychodynamischen Modell wird auf die Entwicklung „narzisstischer Krisen“ durch eine gestörte Selbstwertentwicklung hingewiesen, während lerntheoretische Modelle auf die Vorbildwirkung von Modellen aufmerksam machen („Leiden des jungen Werther“ von Goethe). Verstärkend wirkt auch die Berichterstattung über Suizide in den Medien. Der Nachahmereffekt ist groß (Häufung von Suiziden nach Suiziden von berühmten Persönlichkeiten: z.B. Marilyn Monroe, Robin Williams, Robert Enke). Im Rahmen eines biologischen Modells wurde die „Serotonin-Hypothese der Suizidalität“ postuliert, dass ein Serotonin-Defizit im präfrontalen Kortex zu impulsiven und autoaggressiven Verhaltensweisen prädisponiert. Dies könnte in akuten Krisensituationen zu Suizidalität führen. Schließlich wird in soziologischen Modellen Suizidalität vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Normen und Werte betrachtet (auch: Religion).

Eine außergewöhnliche Belastungssituation, z.B. ein plötzlicher Partnerverlust, eine Kriegssituation, die Diagnose einer lebensverkürzenden oder –beeinträchtigenden Krankheit, das Verlassen des Elternhauses, eine Schwangerschaft oder Berentung kann bei Vorliegen prädisponierender Faktoren dazu führen, dass Suizid dann als Möglichkeit erscheint, der wahrgenommenen Ausweglosigkeit dieser schwierigen Situation zu entgehen.

## 15.3 Stadien der suizidalen Entwicklung

Präsuizidales Syndrom: Verlust von inneren und äußeren Verhaltensmöglichkeiten und Ressourcen, die teilweise selbst herbeigeführt oder z.B. durch sozialen Rückzug erlitten werden. Beispiele hierfür sind Hoffnungslosigkeit, dysfunktionale Kognitionen, paranoides Denken, ängstliche Gestimmtheit. Diese Entwicklung findet sich bei depressiven Menschen, Arbeitslosen, Menschen mit Migrationshintergrund, isoliert lebenden Menschen, kranken Menschen, alten Menschen.

Die suizidale Entwicklung wird nach Pöldinger (1968) in folgende Phasen aufgeteilt:



Abbildung 33: Suizidphasen nach Pöldinger (1968)

## 15.4 Suizidprävention

### Einstieg

- Welche Hinweiszeichen auf eine vorliegende Suizidalität fallen Ihnen ein?
- Wie würden Sie vorgehen, wenn Ihnen der Verdacht aufkommt, eine Person könnte sich etwas antun wollen?

### 15.4.1 Hinweise auf Vorliegen einer Suizidalität

Der wichtigste Punkt ist es zunächst, eine Suizidalität überhaupt zu erkennen. Neben den Anzeichen, die auf eine Depression hinweisen (siehe dort), muss man bei allen Aussagen sensibilisiert sein, die Hoffnungslosigkeit ausdrücken, z.B.:

„Ich will, dass das alles aufhört.“

„Ich kann einfach nicht mehr.“

„Ich mache das nicht mehr mit.“

„Ich bin eh an allem schuld.“

„Das lässt sich nicht ändern.“

Auch aus dem Gespräch mit einer Person oder aus Berichten über eine Person können psychopathologische Faktoren erkannt werden, die auf ein erhöhtes Suizidrisiko hindeuten können (Berger, 2015, S. 729):

- Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive
- Gedanken von jetziger und zukünftiger Wertlosigkeit, für sich, Umfeld, Familie, Partner
- Erleben der eigenen Person als Belastung, Schande für andere (z.B. Familie, Kinder) und sich selbst (sich nicht mehr ertragen/aushalten können), pseudoaltruistischer Suizidmotive (Erlösung anderer von sich, Einbeziehung anderer in suizidales Denken „Mit-Erlösung“), Selbst-„Erlösung“
- Depressiver Wahn, starke Einengung im Denken mit Versagens- Untergangs-, Schuld-, Selbstbestrafungsideen
- Imperative Stimmen (akustische Halluzinationen) mit Aufforderung zum suizid, zur Nachfolge ins Grab
- Paranoide Beziehungsideen vom Charakter existenzieller Bedrohtheit, drohender Verfolgung, Qual u.ä.
- Aktuell erlebte Gefühle von Gekränktsein, nicht gemocht zu werden, überflüssig / eine Belastung zu sein
- Gefühle von überwältigender Hilflosigkeit, Nichts-tun-Können, Ausgeliefertsein
- Ausgeprägte innere Spannungs- und Druckgefühle
- Quälende Unruhe, Getriebenheit
- Deutliche, imponierende Weglauf- und Fluchtimpulse
- Angst vor Kontrollverlust über eigene Suizidimpulse
- Ausgeprägte, langanhaltende Schlafstörungen
- Allgemein schwere Depression

#### 15.4.2 Umgang mit vermuteter oder vorhandener Suizidalität

Sollten die Hinweiszeichen auf eine Suizidalität vorliegen, muss unbedingt, aber mit der notwendigen Sensibilität das Gespräch auf dieses Thema gebracht werden. Folgende Punkte sollen in dem Gespräch beachtet werden:

- Suizidalität offen und direkt ansprechen!
  - o Todeswunsch
  - o Intensität
  - o Suizidgedanken
  - o Suizidabsichten und -pläne
- Situation als vorübergehende Krisenzeit beschreiben.
- Ernst nehmen! Nicht beschönigen, aber auch nicht dramatisieren.
- Bindungen im Leben ansprechen (z.B. Familie, Beruf, religiöse Bindungen, Partnerschaft)
- Abklärung in psychiatrischer Klinik veranlassen
- Begleitung organisieren

Häufig wird auch eine vorhandene Suizidalität nicht thematisiert, weil in der Gesellschaft verschiedene „Mythen“ über diese existieren. Um diese zu benennen und auszuräumen, werden diese falschen Annahmen in Tabelle 35 aufgeführt.

Tabelle 35: Mythen über Suizidalität und Suizid (Davison, Neale, & Hautzinger, 2007)

<b>Mythos</b>
Wer darüber redet, tut es nicht.
Es gibt keine Vorwarnung.
Nur Angehörige einer bestimmten Klasse begehen Selbstmord.
Religionszugehörigkeit verringert Suizidwahrscheinlichkeit.
Wer sich umbringt ist depressiv.
Unheilbar kranke Menschen begehen keinen Selbstmord.
Wer Selbstmord begeht ist verrückt.
Suizid wird durch kosmische Faktoren beeinflusst.
Wenn es einem Menschen besser geht, verringert sich die Gefahr.
Selbstmord ist eine einsame Angelegenheit.
Wer einen Suizidversuch begeht, will sterben.
Gedanken an Selbstmord sind selten.
Durch das Fragen danach bringt man jemanden erst auf die Idee, einen Suizid zu begehen.
Menschen, die kaum tödliche Mittel verwenden, wollen sich nicht wirklich töten.
Menschen mit Suizidgedanken wollen nicht darauf angesprochen werden.

### **Reflexionsanregungen**

- Wie erklären Sie sich, dass die Kurve in Abbildung 31 mehrere „Hochs“ mit dazwischenliegenden „Tiefs“ hat, während die Balken in Abbildung 32 mit den Altersgruppen immer größer werden?
- Läuft man nicht Gefahr, dass sich jemand umbringt, wenn ich ihn darauf anspreche?
- „Auch Suizid ist durch das Recht auf die eigene Verantwortung für die Lebensführung gerechtfertigt.“  
- Wie stehen Sie der Aussage gegenüber?

## 16 Lernfragen

- 9.) Nennen Sie die drei Kern- und weitere drei Zusatzsymptome der ICD zur Diagnose einer „Depressiven Episode“.
- 10.) In welchem Bereich liegt das Lebenszeitrisiko für eine „Major Depression“?
- 11.) Was versteht man unter kognitiven Verzerrungen?
- 12.) Die Person vor Ihnen zeigt deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Depression auf. Auch die beiden Antworten auf den „Zwei-Fragen-Test“ fielen positiv aus. Was müssen Sie auf jeden Fall abgeklärt haben, bevor die Person Sie verlässt? Bitte formulieren Sie einen vor dem Hintergrund der psychischen Situation der betreffenden Person möglichst hilfreichen, zielführenden Text.
- 13.) Welche Bedeutung hat die genetische Veranlagung auf die Entstehung einer bipolaren Störung?
- 14.) Welche Phasen einer Suizidalität können unterschieden werden?
- 15.) Welche Gefahren sehen Sie für Menschen in der akuten Phase einer Manie?

## Kapitel 4: Angststörungen



## 17 Überblick über das Kapitel

In dem vorliegenden Kapitel geht es um die „Angst“. Die Angststörungen werden in der ICD in Kapitel F4 mit weiteren Störungen zusammengefasst: mit den Zwangs-, Belastungs- und somatoformen Störungen. Zu diesen anderen Störungen kommen wir aber erst in den folgenden Kapiteln. In diesem Kapitel 4 geht es um die Angststörungen „im engeren Sinn“: begrenzte („umschriebene“) Phobien und umfassendere Angststörungen.

In den ersten Kapiteln werden sie generelle Aspekte (Konzepte, allgemeine Symptome usw.) kennenlernen, die allen Angststörungen zugrundeliegen. In Kapitel 4 und 5 werden Sie die spezifischen Erscheinungsformen einzelner Störungen genauer kennenlernen, bevor die darauffolgenden Kapitel wieder Informationen zu Ätiologie und Umgang mit den Störungen vermitteln, die für alle Angststörungen gelten.

In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt darin, dass Sie die unterschiedlichen Erscheinungsformen von Angsterkrankungen, die ja die Gruppe der am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen darstellt, kennenlernen und verstehen lernen, welche Entstehungs- und vor allem Erhaltungsmechanismen dieser Störung zugrunde liegen. Hierin liegt nämlich die Quintessenz im Umgang mit der Angst. Sie drückt sich aus in dem Satz „Gegen Angst *muss* man etwas tun.“

## 18 Einführung in die Störungsgruppe F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Unter die Obergruppe F4 des ICD-10 fallen Störungen, die mit unangemessenen Angstzuständen assoziiert sind: Phobien, sonstige Angststörungen, Zwangsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Bis auf die Anpassungsstörungen wurden diese im DSM-IV-TR ebenfalls unter den Angststörungen zusammengefasst, im neuen DSM-5 werden die Zwangsstörung und verwandte Störungen, Trauma- und belastungsbezogene Störungen, dissoziative Störungen, somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen jeweils in einem eigenen Kapitel aufgeführt.

Der Begriff „Neurose“, der kennzeichnend für diese Gruppe der Störungen ist, stammt aus den Ursprüngen der Psychotherapie, aus der Psychoanalyse. Es handelt sich um die klassische Bezeichnung für (im Vergleich) eher leichtgradige psychische Störungen und bildet den Gegenbegriff zur Psychose. Die Psychoanalyse hat die Neurose als eine durch einen psychischen Konflikt (z.B. verdrängte Bedürfnisse) ausgebildete Störung beschrieben. Der Begriff wurde in den Klassifikationssystemen (außer in der Überschrift der Störungsgruppe F4) zugunsten einer differenzierteren Aufteilung in verschiedene Störungsgruppen aufgegeben. Im Bereich der psychodynamischen Therapien (Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) spielt er jedoch weiterhin eine wichtige Rolle zum Verständnis der Störungsentstehung.

Tabelle 36 gibt Ihnen einen Überblick über alle Störungen, die im Kapitel F4 der ICD-10 zusammengefasst sind. Im vorliegenden Kapitel 4 geht es nur um die Angststörungen im engeren Sinne: Phobien, Panikstörung und generalisierte Angststörung (F40, F41).

Tabelle 36: Störungen der ICD-Störungsgruppe „F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“

<b>F40</b>	<b>Phobische Störungen</b>	<b>F44</b>	<b>Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]</b>
F40.0	Agoraphobie	F44.0	Dissoziative Amnesie
F40.00	Agoraphobie: Ohne Angabe einer Panikstörung	F44.1	Dissoziative Fugue
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	F44.2	Dissoziativer Stupor
F40.1	Soziale Phobien	F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F40.8	Sonstige phobische Störungen	F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
<b>F41</b>	<b>Andere Angststörungen</b>	F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	F44.8	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F41.1	Generalisierte Angststörung	F44.80	Ganser-Syndrom
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)
F41.3	Andere gemischte Angststörungen	F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet	F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet
<b>F42</b>	<b>Zwangsstörung</b>	<b>F45</b>	<b>Somatoforme Störungen</b>
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	F45.0	Somatisierungsstörung
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	F45.2	Hypochondrische Störung
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen	F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet	F45.30	Som. aut. Funktionsst.: Nicht näher bez. Organ oder System
<b>F43</b>	<b>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	F45.31	Som. aut. Funktionsst.: Herz und Kreislaufsystem
F43.0	Akute Belastungsreaktion	F45.32	Som. aut. Funktionsst.: Oberes Verdauungssystem
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	F45.33	Som. aut. Funktionsst.: Unterer Verdauungssystem
F43.2	Anpassungsstörungen	F45.34	Som. aut. Funktionsst.: Atmungssystem
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	F45.35	Som. aut. Funktionsst.: Urogenitalsystem
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	F45.38	Som. aut. Funktionsst.: Sonstige Organe und Systeme
		F45.39	Som. aut. Funktionsst.: Mehrere Organe und Systeme
		F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
		F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
		F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
		<b>F48</b>	<b>Andere neurotische Störungen</b>
		F48.0	Neurasthenie
		F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
		F48.8	Sonstige neurotische Störungen
		F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet

## 19 Allgemeines zu den Angststörungen (F40 & F41)

### **Einstieg**

- Ist Angst gut oder schlecht?
- Was für einen Nutzen könnte Sie haben?
- Ab wann hat man nicht nur Angst, sondern eine Störung?
- Gibt es häufig Angststörungen?
- Was passiert alles, wenn man Angst hat?

Eine anschauliche literarische Darstellung des Angstgefühls findet sich bei Heller (1966, nach Davison, Neale, & Hautzinger, 2007):

„Wie würde es Ihnen gefallen, wenn Sie ein etwas schwächerer, etwas schüchterer und zurückhaltender kleiner Junge von neun Jahren wären, etwas kleiner und schwächer als die meisten, und wenn Sie dreimal in der Woche, jeden Montag, Mittwoch und Freitag, so regelmäßig und unerbittlich wie die Sonne untergeht und der Himmel sich verdunkelt, und die Welt schwarz und tot und gespenstisch wird—ohne die erwärmende Hoffnung, dass irgendjemand irgendwo jemals wieder aufwacht –, der düsteren, eisernen Obhut eines Menschen namens Forgione übergeben würden, eines Menschen, der älter, breiter und viel größer ist als Sie, eines bedrohlichen, mächtigen, breitschultrigen Mannes mit einer Menge Haaren, harten Muskeln und einem Nacken wie ein Fass, der enge, fleckenlos weiße T-Shirts trägt, die ebenso fest und mitleidlos aussehen wie die Figur aus Fleisch und Knochen, die sie wie eine zweite Haut umhüllen, indessen wilde und dunkle Augen Sie sich niemals zu schauen trauen, und der einen Gehilfen hat, nach dessen Namen Sie nicht gefragt haben oder den Sie nicht behalten konnten, und der nicht den Anschein erweckt, als ob er Sie mag oder Ihr Verhalten billigt? Er könnte mit Ihnen ganz nach Belieben verfahren. Er konnte mit mir ganz nach Belieben verfahren.“

### 19.1 Funktion der Angst

#### **Lernhinweis**

Wenn Sie nach dem Lesen dieses und der folgenden Unterkapitel (Ihren Kommilitoninnen, mir, einem Klienten...) erklären können, wozu es überhaupt eine Angstreaktion gibt und worin sie sich (damit zusammenhängend) allgemein ausdrückt, ist das Ziel erreicht.

Grundlegend wichtig für das Verständnis von Angst und für die psychoedukative Vermittlung gegenüber den Patient\_innen ist ihre Funktionalität. Diese ist von existenzieller evolutionärer Bedeutung, wie Abbildung 34 veranschaulicht.



Abbildung 34: Bedeutung der Angst für das Überleben

Die Angst stellt einen **Schutzmechanismus** bei vielen höher entwickelten Lebewesen dar, der in Gefahrensituationen dafür sorgt, Energien zu mobilisieren, Aufmerksamkeit zu fokussieren und viele andere Prozesse in Gang zu bringen, das Überleben zu schützen. Durch Angst wird der sogenannte **Fight-Or-Flight-Modus** ausgelöst (Abbildung 35).

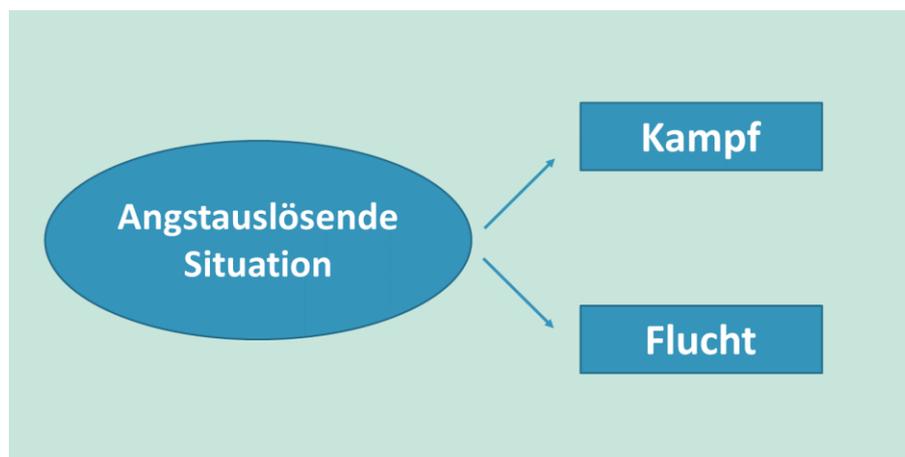


Abbildung 35: Angst als Auslöser des Fight-or-Flight-Modus

## 19.2 Wann wird Angst zur Störung?

Neben den sinnvollen, mobilisierenden Funktionen der Angst gibt es auch eine Ausprägung der Angst, die ein pathologisches Ausmaß erreicht. Dies ist an folgenden Merkmalen zu erkennen (Brakemeier & Jacobi, 2017):

- Die Betroffenen **erleben** ihre Angstreaktion und ihr Vermeidungsverhalten als eigentlich **unbegründet bzw. unangemessen** stark und unangemessen häufig.
- Die Betroffenen **vermeiden** stark und verlieren die Kontrolle über die Angst.
- Die Angstreaktionen treten **konsistent** und **überdauernd** auf.
- Betroffene erleben ausgeprägtes **Leiden** und eine deutliche **Beeinträchtigung der Lebensqualität**.

### 19.3 4-Ebenen-Modell der Angstreaktion

Im 4-Ebenen-Modell der Angst wird beschrieben, wie sich die Angstreaktion in vier verschiedenen Modalitäten ausdrückt:

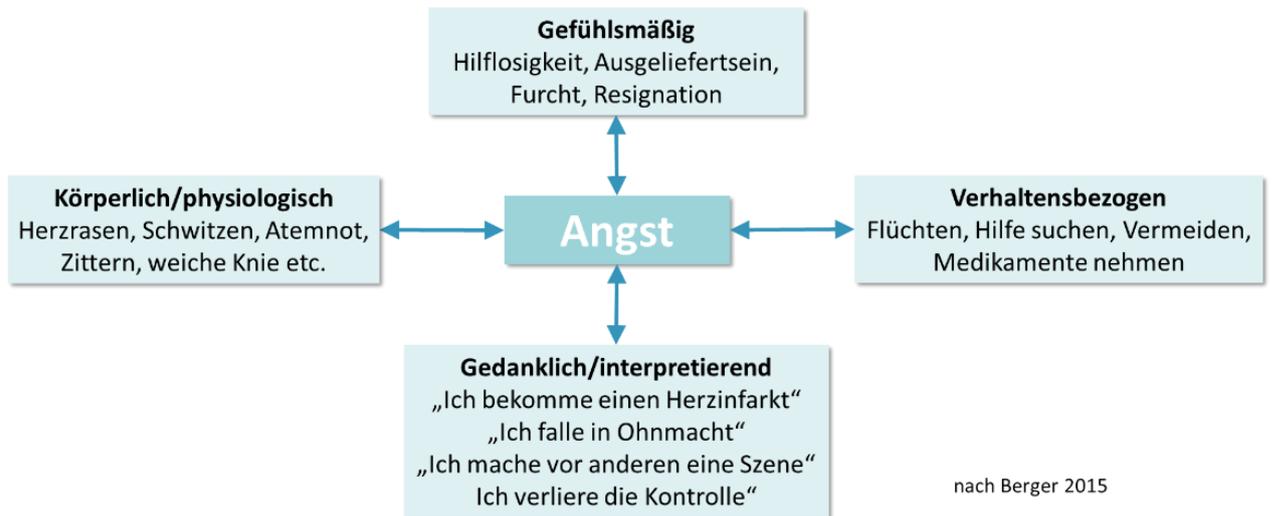


Abbildung 36: 4-Ebenen-Modell der Angstreaktion

### 19.4 Physiologische Vorgänge während der Angstreaktion

Eine Angstreaktion dient, wie beschrieben, dem Lebewesen dazu, in Notsituationen zusätzliche Kraftreserven, zu mobilisieren, die Sinne zu schärfen und die Aufmerksamkeit auszurichten. Dazu löst der Körper innerhalb kürzester eine Art Notfallprogramm aus.

In Abbildung 37 wird dargestellt, welche physiologischen Prozesse durch die Angstreaktion ausgelöst werden.

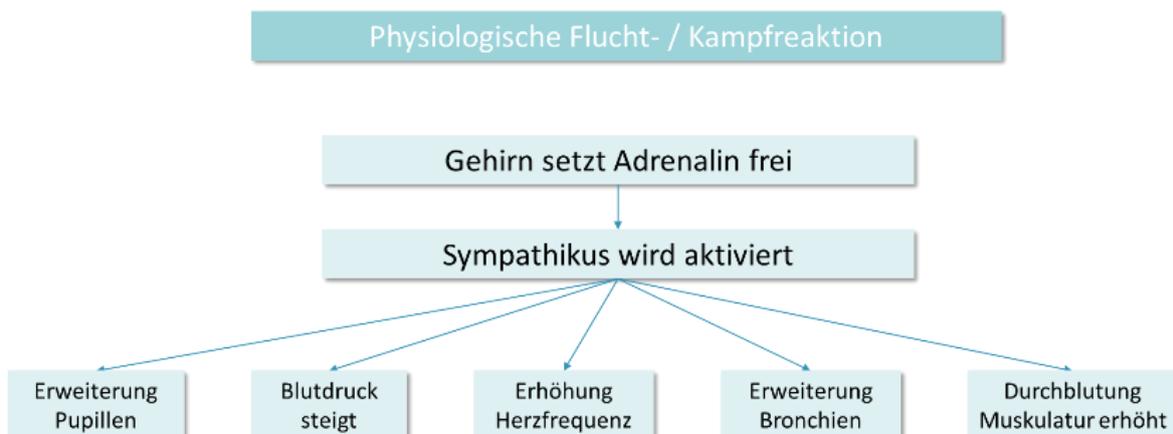


Abbildung 37: Physiologische Flucht- / Kampfreaktion

## 19.5 Angstsymptome („generelle Angstsymptome“)

In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien, 2015) sind in F40.0 und F41.0 körperliche und psychische Angstsymptome aufgezählt, die für alle Angststörungen in F40 & F41 gültig sind:

### **Lernhinweis**

Von diesen Symptomen sollten Sie einige beispielhaft nennen können. Aber das kann man ja, wenn man mal Angst hatte...

#### ▪ **Körperliche Symptome**

Bewusste Wahrnehmung der Herzschläge, Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Schmerzen und Missempfindungen im Brustkorb, Brechreiz, Missempfindungen im Bauch, Hitzewallungen, Kälteschauer, Gefühllosigkeit, Kribbelgefühle

#### ▪ **Psychische Symptome**

Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche, Benommenheit, Gefühl, Dinge sind unwirklich (Derealisation) oder man ist „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation), Angst vor Kontrollverlust, davor verrückt zu werden oder auszuflippen, Angst zu sterben

### **Reflexionsanregungen**

- Formulieren Sie einen Text, den Sie im Rahmen der Psychoedukation einem Klientin oder einer Klientin vortragen könnten, damit diese verstehen kann, dass Angst „normal“ ist, welchen Sinn auch viele der Symptome haben und wie sich eine pathologische Angst hiervon unterscheidet.

### Lernhinweis

In den folgenden beiden Kapiteln 4 und 5 werden Sie die unterschiedlichen Störungsbilder von F40 und F41 kennenlernen, die wir dort getrennt betrachten. Ab Kapitel 6 beziehen sich die Ausführungen wieder auf beide Störungsgruppen gemeinsam.

Lernziel ist es, dass Sie die unterschiedlichen Arten der Angststörungen differenzieren können (das bedeutet, dass Sie sie beispielsweise erkennen können sollten, wenn Ihnen ein Fall geschildert wird).

## 20 Phobische Störungen

### Einstieg

- Welche Arten von Angststörungen kennen Sie bereits? Kennen Sie neben den klassischen „Ich habe Angst vor Spinnen, Höhe, Fliegen, Prüfungen und anderen Objekten / Situationen“ noch andere Ängste?
- Wie stellen sich die unterschiedlichen Störungsbilder der Angststörungen, die Sie kennen, dar?

Unter „phobischen Störungen“ oder kurz „Phobien“ werden unbegründet starke Ängste vor bestimmten Situationen oder Objekten verstanden, die eigentlich ungefährlich sind. Diese Ängste sind eng mit entsprechendem Vermeidungsverhalten verbunden, was auch als obligatorisches Diagnosekriterium und Merkmal der Angststörungen gilt.

Tabelle 37: ICD-10-Klassifikation der Phobischen Störungen

F40	Phobische Störungen
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Agoraphobie: Ohne Panikstörung
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet

### 20.1 F40.0 Agoraphobie

#### Fallbeispiel Agoraphobie mit Panikstörung F40.01

Eine 25-jährige Frau schildert, sie sei gestern zum dritten Mal kollabiert. Sie habe sich zuhause befunden als „aus heiterem Himmel“ innerhalb weniger Minuten ihr Herz angefangen habe zu rasen. Ihr sei der Schweiß ausgebrochen, sie habe furchtbare Angst verspürt und sich gefürchtet in Ohnmacht zu fallen und zu sterben. Ihr Hals sei wie zugezogen gewesen. Einen richtigen Grund könne sie gar nicht beschreiben. Die Attacke habe etwa 20 Minuten angehalten, das Abklingen habe weitere 3 Stunden gedauert.

Bereits bei einem ersten „Zusammenbruch“ vor etwa drei Wochen in einem Kaufhaus sei ihr schwindelig geworden und sie habe Hitzewallungen gehabt. Durch die Begleitung ihrer Freundin habe sie sich aber schnell wieder gefangen. Beim zweiten Mal in einem Bus sei sie aber unbegleitet gewesen, sie habe aus dem Bus „flüchten“ müssen.

Seitdem gehe sie vor lauter Angst, ihr Herz könne bei einem Anfall aussetzen, eigentlich nur noch mit Freundinnen aus dem Haus, die Einkäufe lasse sie von ihrer Mitbewohnerin erledigen. Doch auch das Alleinsein in der Wohnung bereite ihr große Angst, sodass sie ständig Besuch haben müsse. Ihr Arzt habe sie aktuell krankgeschrieben, sodass sie nicht mehr zur Arbeit gehen müsse.

Unter einer Agoraphobie („Platzangst“ vom griechischen „Agora“ = „Marktplatz“) versteht man entsprechend der ICD-Diagnosekriterien eine

- **Furcht vor bzw. Vermeidung von Orten und Situationen**, aus denen man **schlecht fliehen kann** bzw. an denen sich der / die Betroffene **fremd fühlt** z.B. Furcht das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein sowie alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Angst vor dem Alleinsein ist ebenfalls häufig. Die Anwesenheit von Begleitpersonen reduziert die Angst.
- Für eine Diagnose müssen in den gefürchteten Situationen generelle Angstsymptome (siehe Kapitel 19.5) aufgetreten sein.
- Die Agoraphobie tritt häufig zusammen mit regelrechten Panikattacken auf, dann „Agoraphobie mit Panikstörung“: F40.01 (siehe Fallbeispiel)

Typisch für diese Angststörung ist die sogenannte „Angst vor der Angst“ oder „Erwartungsangst“: die Betroffenen trauen sich nicht mehr das Haus zu verlassen, weil sie Angst haben, dass sie „draußen“ Angst bekommen.

Bei einer Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00) steht die Angst im Vordergrund, das Haus zu verlassen. Es kommt dann in der Vorstellung zu panikartigen Symptomen. Als Konsequenz wird die Situation vermieden. Durch diese Vermeidung kommt es dann entsprechend nicht zur Ausbildung einer Panikstörung.

## 20.2 F40.1 Sozialphobie

### Fallbeispiel soziale Phobie F 40.1

P. erinnert sich, dass er bereits während der Abschlussjahre seiner Schulzeit enorme Probleme hatte, vor seinen Mitschüler\_innen zu sprechen. Wurde er, natürlich ohne sich gemeldet zu haben, von seinen Lehrern nach einer Antwort gefragt, sei er rot angelaufen und habe leise etwas vor sich hingesagt. Referate seien ihm erlassen worden, die meisten Leistungen habe er schriftlich nachweisen dürfen. Im Studium sei ihm dies nicht gestattet worden, er habe mündliche Vorträge halten müssen. Er habe immer wieder Wege gefunden, diese Situationen zu vermeiden, was allerdings dazu geführt habe, dass er sein Studium schließlich habe abbrechen müssen. Er arbeite nun als Verkäufer.

Vor Kolleg\_innen gehe es ihm ähnlich. Auch dort meide er jegliche Situationen, in denen er sich blamieren könnte, wie z.B. gemeinsame Teamausflüge oder gemeinsame Feiern. Sollte es dazu kommen, verabschiede er sich immer frühzeitig, wodurch er sich bei den Kolleg\_innen mittlerweile unbeliebt gemacht habe und meist nicht mehr eingeladen werde.

Für eine Diagnose nach der ICD müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Entweder muss eine Furcht vor bzw. Vermeidung von **zwischenmenschlichen Situationen**, in denen sich die betroffene Person im Mittelpunkt der **Aufmerksamkeit** oder **Bewertung** erlebt (Schule, Restaurant, Vortrag halten, Parties, Unterschrift leisten...) bestehen

oder

es muss ein Vermeidungsverhalten im beruflichen Kontext, in soziale Beziehungen oder anderen Aktivitäten vorliegen.

- Für eine Diagnose dieser Störung müssen zumindest in einer der gefürchteten Situationen die generellen Angstsymptome aufgetreten sein sowie zusätzlich Erröten/Zittern, Angst zu erbrechen oder Miktions-/Defäkationsdrang.

Hintergrund dieser Störung ist die große Angst vor negativer Bewertung, vor Unzulänglichkeit und / oder vor Blamage.

## 20.3 F40.2 Spezifische Phobien

### Fallbeispiel spezifische Phobie F40.2

Ein 30-jähriger Mann berichtet, dass er bereits seit seiner Jugend einen starken Respekt vor Höhen und Ausgesetztheit besessen habe. Schon als Kind habe er nicht mit seinen Freunden in Bäumen herumklettern wollen. Mit zunehmenden Alter hätte sich das Schwindelgefühl, das ihm alleine bei der Vorstellung, dass er sich nicht auf dem Erdboden befände, überkäme, verstärkt. Müsse er etwa Treppen hochsteigen, würde ihm schon der Schweiß ausbrechen und ein starker Magendruck einsetzen. Vor etwa zwei Wochen sei er schließlich in Ohnmacht gefallen, als er wegen eines wichtigen Termins nicht habe vermeiden können, den 8. Stock eines mit einer Glasfassade versehenen Gebäudes zu betreten.

Für die Diagnose nach ICD muss eine deutliche **Furcht vor bzw. Vermeidung von bestimmten Objekten oder Situationen** (außer Agoraphobie oder sozialer Phobie), z.B. Tiere, Höhen, Donner, Flüge, kleine geschlossene Räume, Blut, Verletzungen, Injektionen, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche vorliegen. Außerdem müssen in mindestens einer der gefürchteten Situationen die generellen Angstsymptome aufgetreten sein.

## 21 Andere Angststörungen

Neben den Phobien, die sich auf bestimmte, beschreibbare Situationen oder Objekte richten, gibt es noch weitere Angststörungen, die nicht so leicht „zu fassen“ sind. Hier können die Angstsymptome ohne erkennbaren Auslöser auftreten. Besonders wichtig sind hierbei die Panikstörung und die generalisierte Angststörung. Der Umstand, dass man keine Auslöser für die Ängste identifizieren kann, erschwert eine Therapie im Vergleich zu einer Phobie.

Die Störungen sind unter F41 beschrieben und gliedern sich wie folgt auf:

Tabelle 38: Übersicht über die Störungsgruppe F41

<b>F41.0</b>	<b>Panikstörung</b>
<b>F41.1</b>	<b>Generalisierte Angststörung</b>
<b>F41.2</b>	Angst und depressive Störung, gemischt
<b>F41.3</b>	Andere gemischte Angststörungen
<b>F41.8</b>	Sonstige spezifische Angststörungen
<b>F41.9</b>	Angststörung, nicht näher bezeichnet

## 21.1 F41.0 Panikstörung

Bei der Panikstörung treten die „generellen Angstsymptome“ (Kapitel 19.5) in großer Heftigkeit und (außer bei der Agoraphobie) „aus dem Nichts“ auf. Die Betroffenen befinden ohne ersichtlichen auf einmal in großer (Todes-)Angst und erleben heftige körperliche und psychische Symptome. Die ICD definiert die Störung wie folgt:

- **Wiederholte Panikattacken, die nicht auf spezifische Situation oder spezifisches Objekt zurückzuführen** sind und oft spontan auftreten. Die Attacken sind nicht verbunden mit besonderer Anstrengung oder gefährlichen Situationen.
- Charakteristika:
  - Episode intensiver Angst oder Unbehagen (s. generelle Angstsymptome)
  - Abrupter Beginn
  - Maximum wird innerhalb weniger (bis zu 10) Minuten erreicht, Dauer mind. einige Minuten bis zu etwa 2 Stunden
  - Mindestens vier der üblichen Angstsymptome (Kapitel 19.5)

Manche Betroffene erleben diese Attacken nahezu täglich, bei vielen Menschen treten sie allerdings nur in Abständen von einigen Monaten auf.

## 21.2 F41.1 Generalisierte Angststörung

### Fallbeispiel spezifische Phobie F40.2

Ihre 32-jährige, recht ruhig wirkende Klientin berichtet bei dem ersten Gespräch mit Ihnen davon, dass Sie sich gerade mit der Entscheidung herumplage, ob sie zu ihrem Partner in ein anderes Bundesland ziehen solle. Sie befürchte, trotz ihrer Ausbildung und Berufserfahrung dort keine Arbeitsstelle zu erhalten. Bei ihrer jetzigen Stelle habe sie auch das Gefühl, dass der Chef eigentlich nur noch nach einer Nachfolgerin suche, bevor sie eine Kündigung erhalte. Bei einem Umzug könne ihr Partner, mit dem sie seit vier Jahren zusammen sei, zwar finanziell auch für beide aufkommen. Allerdings wisse man ja nicht, ob die Beziehung überhaupt halte. Sie habe mit dem Partner auch schon oft über gemeinsame Kinder nachgedacht, aber die Befürchtung, dass bei der Schwangerschaft Komplikationen auftreten könnten, hätte sie bisher davon abgehalten, in diese Richtung weiterzudenken. Auf Ihr Nachfragen, warum sie Komplikationen bei der Schwangerschaft befürchte, antwortet die Klientin, dass sie, was ihren Körper und ihre Gesundheit betreffe, sehr unsicher sei. Sie habe schon seit Jahren immer mal wieder die Befürchtung, an einer schwerwiegenderen Krankheit zu leiden. Sie sei auch schon öfters zum Arzt gegangen, da sie das Gefühl gehabt habe, ihr Herzrhythmus sei recht unregelmäßig. Diese habe aber bei mehrfachen Untersuchungen nichts feststellen können. Aber irgendwie werde sie die Sorgen nicht los...

Die generalisierte Angststörung drückt sich in einer ständigen Atmosphäre von Besorgnis und Angst aus. Im Gegensatz zur Panikstörung tritt die Angst dabei nicht attackenartig auf und ist, im Gegensatz zu den Phobien, auch nicht an bestimmte Situationen oder Objekte gebunden sondern flottiert frei über verschiedene Themen. Es geht eher um eine generelle „Angst vor der Zukunft“.

Die ICD nennt folgende Diagnosekriterien:

- **Anspannung, Besorgnis & Befürchtungen** hinsichtlich alltäglicher Ereignisse und Probleme; „diffuses Angstgefühl“
- Die Symptome müssen seit mindestens 6 Monaten bestehen
  - Zusätzlich müssen mindestens vier der generellen Angstsymptome oder anderer Anspannungssymptome (Muskelverspannung, Ruhelosigkeit, Nervosität...) oder andere

unspezifische Symptome (übertriebene Reaktionen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten...) aufgetreten sein.

### Reflexionsanregungen

- Welches sind die Gemeinsamkeiten von Angststörungen? Denken Sie an Symptome, Reaktionsweisen, körperliche Vorgänge...
- Beschreiben Sie kurz die Erscheinungsformen der Angststörungen, die Sie kennengelernt haben, in eigenen Worten.

## 22 Epidemiologie der Angststörungen

### Lernhinweis

Wie schon in den anderen Kapiteln: Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Verbreitung der Symptome und der Störung/en. Merken müssen Sie sich nur die epidemiologischen Zahlen zur Jahresprävalenz, die in Kapitel 1 rot hervorgehoben waren.

### Einstieg

- Was schätzen Sie: wie häufig kommen Angststörungen in Deutschland in etwa pro Jahr vor? Mit einer 12-Monats-Prävalenz von ca. 15% für alle Angststörungen (F40, F41) ist diese Gruppe nach dem Substanzmissbrauch die am häufigsten auftretende psychische Störung (Jacobi, et al., 2014).

Tabelle 39: 12-Monats-Prävalenzen von Angststörungen (nach DSM-IV TR) (Jacobi, et al., 2014)

Agoraphobie	5,6 (♀)	2,3 (♂)	4,0 (gesamt)
Soziale Phobie	3,6 (♀)	1,9 (♂)	2,7 (gesamt)
Spezifische Phobien	15,4 (♀)	5,1 (♂)	10,3 (gesamt)
Panikstörung (mit/ohne Agoraph.)	2,8 (♀)	1,2 (♂)	2,0 (gesamt)
Generalisierte Angststörung	2,9 (♀)	1,5 (♂)	2,2 (gesamt)

- Grund des Unterschiedes zwischen Männern und Frauen unklar (Berger, 2015, S. 441)
- Kein Zusammenhang zwischen Auftreten und Stadt vs. Land, beruflichem Status oder sozialem Status (Berger, 2015, S. 441)

Tabelle 40: 12-Monats-Prävalenzen von Angststörungen (nach DSM-IV TR) nach Altersgruppen (Jacobi, et al., 2014)

	Altersgruppe			
	18-34	35-49	50-64	65-79
Irgendeine Angststörung	18,0	16,2	15,3	11,0
Agoraphobie	4,1	4,1	4,1	3,5
Soziale Phobie	4,6	3,1	2,1	0,7
Spezifische Phobien	12,3	9,5	10,8	8,3

Panikstörung (mit/ohne Agoraph.)	1,5	2,9	2,5	0,8
Generalisierte Angststörung	3,3	2,0	2,3	1,3

## 23 Komorbidität

Es bestehen häufig Komorbiditäten der verschiedenen Angststörungen untereinander, aber auch häufig mit Depression, Substanzmissbrauch und –abhängigkeit, PTBS, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und somatoformen Störungen.

Im Einzelnen liegen weitere psychische Störungen liegen komorbid vor bei

- 60 % der Personen mit spezifischen Phobien
- 79 % der Personen mit Agoraphobien
- 87 % der Personen mit sozialer Angst

Im 12-Monats-Zeitraum liegt komorbid eine Depression vor bei

- 60 % der PatientInnen mit einer Panikstörung
- 80 % der PatientInnen mit einer Generalisierten Angststörung und
- 30-40 % der PatientInnen mit einer phobischen Störung (Jacobi et al. 2004).

## 24 Verlauf

### **Einstieg**

- Was meinen Sie, hören Ängste von selbst irgendwann auf?

Unbehandelt lösen sich Angststörungen eher selten auf (d.h. „ungünstiger Spontanverlauf“): nur in 20% der Fälle sind Spontanrückbildungen der Angststörungen zu beobachten.

Die mittlere Dauer von der Erstmanifestation bis zur Diagnosestellung beträgt 5-15 Jahre. Dies bedeutet, dass häufig Chronifizierungen auftreten (Berger 2015)!

### **Reflexionsanregungen**

- Was ist Ihrer Meinung nach der Grund dafür, dass sich Angststörungen chronifizieren?

## 25 Ätiologie

### **Einstieg**

- Wie ist, nach all dem, was Sie in den vorhergehenden Kapiteln zur Entstehung psychischer Störung erfahren haben, und unter Berücksichtigung, was Sie inzwischen über Angst als Störung erfahren haben, Ihre Idee dazu, wie eine Angststörung entstehen kann?

### **Lernhinweis**

Wie bisher bei den Psychosen und den affektiven Störungen sollten Sie auch bei den Angststörungen eine „integrative“ Idee davon entwickeln, wie diese Erkrankungen entstehen und beispielhaft benennen können, welche Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Besonders plausibel für das Verständnis der Störungen und damit auch gut einsetzbar für die Vermittlung gegenüber Klient\_innen ist das „Teufelskreismodell der Panikstörung“. Wenn Sie dieses verstanden haben, sind Sie in der Lage, anderen Menschen den Ablauf von Angstreaktionen zu erklären und so einen großen Beitrag zur Bewältigung der Störung zu leisten.

Wie bei nahezu allen psychischen Störungen kann durch die Annahme eines bio-psycho-sozialen Modells der Entstehung von Angststörungen am besten erklärt werden. Die im Folgenden dargestellten Faktoren spielen hierbei jeweils eine Rolle.

### 25.1.1 Biologische Disposition

Genetische Einflussfaktoren haben eine moderate bis hohe Bedeutung bei der Entstehung von Angststörungen im Sinne eines polygenen Einflusses. Dieser ist je nach Störung unterschiedlich stark ausgeprägt:

Tabelle 41: Einfluss der genetischen Disposition auf die Entstehung von Angststörungen *Es ist eine ungültige Quelle angegeben.*

Panikstörung	41-54 %
Agoraphobie	67 %
Generalisierte Angststörung	32 %
Soziale Phobie	51 %
Blut- und Verletzungsphobie	59 %

Auch neurobiologische Einflüsse wirken sich wohl auf die Entwicklung von Angststörungen aus, wobei insbesondere Serotonin, Noradrenalin und GABA offensichtlich eine Rolle spielen. Schließlich konnte man bei Angstpatient\_innen dysfunktionale Aktivitäten im Angstnetzwerk (limbischen System, Hirnstamm, temporalen Gebieten, präfrontalen Kortex) feststellen.

Auch die „physiologische Bereitschaft“ hat einen Einfluss auf die Angstentstehung. So gibt es Lebewesen, die sich mehr (z.B. Spinnen und Schlangen) oder weniger (z.B. Lämmer) als Angstobjekt eignen. Dies wurde in Experimenten nachgewiesen und hat wahrscheinlich eine evolutionäre Bedeutung.

### 25.1.2 Psychodynamische Erklärungen

In der psychodynamischen Sichtweise werden vor allem Aspekte für die Entstehung einer Angststörung diskutiert, die in der frühen Entwicklung der betroffenen Person liegen. Bereits von Freud stammt die Theorie, dass die Angst das Ergebnis einer intrapsychischen Abwehr ist, mit der die Person angstregende, „verbotene“ (z.B. sexuelle oder aggressive) Impulse auf „harmlosere“ Objekte oder Situationen verschiebt und somit dem Konflikt der Auseinandersetzung mit diesen Impulsen entgeht.

Eine spätere Konzeption („strukturbedingte Genese pathologischer Ängste“, ebenfalls von Freud) bezieht sich auf ein gestörtes Selbstkonzept, das eine Bedrohung durch unzureichende Abwehrmöglichkeiten gegen aufkommende „verbotene“ Triebimpulse wahrnimmt und eine diesbezügliche „Signalangst“ entwickelt, die sich wiederum in einer pathologischen Angst ausdrückt. Modernere psychodynamische Konzepte beziehen sich auf negative Beziehungserfahrungen und unsichere Bindungsentwicklung, aus der heraus eine stete Angst vor Beziehungsverlust entwickelt wird.

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurden schließlich psychodynamische Theorien fokussiert, die die Angstentstehung aus Defiziten in der Affektwahrnehmung und –steuerung erklären (Shear, Cooper, Klerman, Busch, & Shapiro, 1993).

### 25.1.3 Lerntheoretische Perspektive

#### **Lernhinweis**

Die Lerntheorie hat einige sehr eingängige, gut verständliche Konzepte für das Verständnis der Angstpathologie vorgelegt. Sie müssen diese Konzepte nicht „auswendig“ lernen. Aber die wichtigen Ideen sollten Sie verstanden haben und im Studium oder bei der Arbeit anderen vermitteln können.

Die Lerntheorie geht im Grunde davon aus, dass alle Ängste erworbene Verhaltensweisen darstellen. Ein frühes lerntheoretisches Modell („Zwei-Faktoren-Theorie“) geht davon aus, dass Angst „konditioniert“ ist. Eine „Konditionierung“ (dieses Konzept ist grundlegend für lerntheoretische Ansätze) kann auf zwei verschiedene Weisen geschehen:

1. Die sogenannte „klassische Konditionierung“: diese besagt, dass ein „neutraler“ Reiz, wenn er zusammen mit einem „natürlichen“ anderen Reiz gemeinsam gegeben wird, mit der Zeit die gleiche Reaktion hervorruft, wie der „natürliche“ Reiz. In frühen Experimenten wurde zum Beispiel einem Hund Futter gegeben, woraufhin bei diesem ein Speichelfluss ausgelöst wurde. Hat man nun bei der Futtergabe immer gleichzeitig eine Glocke geläutet, hat irgendwann das Läuten der Glocke ausgereicht, um einen Speichelfluss auszulösen. Übertragen auf die Angst bedeutet dies: Wenn eine Person in einer bestimmten Situation, einem bestimmten Ereignis oder beim Anblick eines bestimmten Objektes große Angst oder Schmerz empfindet, wird sie auf diesen Reiz konditioniert, d.h. sie hat dann immer vor diesem Reiz Angst. Besonders gut vorstellbar ist das z.B. bei einem Sturz aus größerer Höhe. Eine Person könnte aus diesem Erlebnis heraus Höhenangst entwickeln.
2. Bei der „operanten Konditionierung“ verstärkt sich ein Verhalten, das belohnt wird. Oder ein Verhalten schwächt sich, wenn es bestraft / nicht belohnt wird. In Bezug auf die Angst könnte dies ein zunehmendes Vermeidungsverhalten unterstützen: durch die Vermeidung eines angstbesetzten Objektes, eines Ereignisses oder einer Situation wird eine mögliche Angst unterdrückt oder reduziert (das entspricht der Belohnung), was zu einer weiteren Vermeidung führt.

In der Zwei-Faktoren-Theorie wird eine Angst durch die klassische Konditionierung hervorgerufen und das Vermeidungsverhalten durch die operante Konditionierung verstärkt.

Dieses Modell erklärt insbesondere die immer stärker werdende Vermeidungsreaktion gut, ist aber nicht hinreichend als umfängliche Ätiologietheorie. In vielen Experimenten konnte es nicht repliziert werden. Weitere Prozesse spielen also bei der Angstentstehung eine Rolle.

Zum einen ist dies das Modelllernen. Es wurde herausgefunden, dass Ängste auch von anderen Lebewesen, z.B. den Eltern oder Gleichaltrigen, „abgeschaut“ werden können.

In der weiteren Entwicklung der lerntheoretischen Modelle sind zunehmend kognitive Aspekte in den Fokus gekommen. So können kognitive Verzerrungen (z.B. Generalisierungen, katastrophisieren) dazu beitragen, dass die Folgen von Verhalten oder die Entwicklung von Situation übertrieben interpretiert werden („Wenn ich die Prüfung nicht bestehe falle ich durch´s Studium, werde keine Arbeit erhalten und werde zum Sozialfall, finde dann keine Partnerin, habe keine Familie und sterbe allein...“). Auch eine verzerrte Wahrnehmung kann aus Lampenfieber eine Angststörung werden lassen, wenn man denkt, dass alle nur darauf warten, dass man einen Fehler macht. Schließlich ist es von Bedeutung, welche Kompetenzen man besitzt bzw. man sich zuschreibt. Wenn man davon ausgeht, dass man in sozialen Kontexten kein adäquates Auftreten zeigen kann oder hier tatsächlich Defizite hat, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, entsprechende Situationen zu vermeiden und z.B. eine soziale Phobie zu entwickeln.

Ein wichtiges lerntheoretisches Modell ist der „Teufelskreis der Angst“ (Abbildung 38). Dieser ist ein bekanntes und gut verständliches (also auch vermittelbares) Modell zur Erklärung der Panikstörung. Es ist aber auch auf andere Angstbereiche übertragbar. Es besagt, dass durch einen inneren oder äußeren Stressor eine körperliche Reaktion oder kognitive Veränderung hervorgerufen wird. Typisch ist z.B., dass der (normale, situationsangemessene) Herzschlag in einer Situation wahrgenommen

wird (wobei die Wahrnehmungsschwelle auf verschiedene Reize individuell unterschiedlich ist). Dieser Herzschlag wird dahingehend interpretiert, dass er Zeichen für eine Gefahr ist („Hier muss etwas schlimmes passieren, sonst würde mein Herz nicht so schlagen!“). Daraufhin gerät die Person in Angst oder sogar Panik, was den Herzschlag wiederum erhöht und als entsprechende Verschlimmerung der Situation wahrgenommen wird. Bei all diesen Prozessen spielen individuelle Dispositionen eine moderierende (= vermittelnde) Rolle, sie haben also je nach Ausprägung der Dispositionen einen stärkeren oder weniger starken Einfluss auf den dynamischen, sich aufschaukelnden Prozesse der Angst- / Panikreaktion.

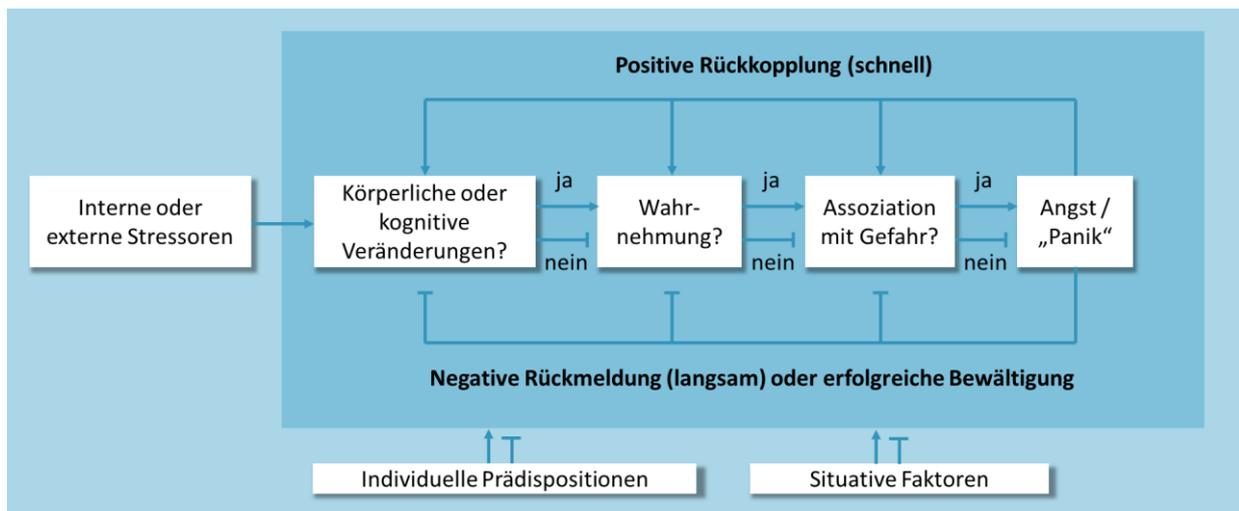


Abbildung 38: Teufelskreismodell der Panikstörung: Modell nach Ehlers und Margraf (1989)

#### 25.1.4 Bio-psycho-soziales Modell

Natürlich existiert auch für die Angststörungen ein integratives bio-psycho-soziales Störungsmodell, das die verschiedenen beschriebenen Ebenen der Ätiologie mit einbezieht (Tabelle 42). Die darin dargestellten Faktoren können den Einfluss-Aspekten „Disposition/Vulnerabilität“ (Verursachende Bedingungen), „Stress“ (Auslösende Faktoren), „Risikofaktoren“ und „Schutzfaktoren“ (Aufrechterhaltende Faktoren) eines Diathese-Stress-Modells zugeordnet werden.

Tabelle 42: Bio-psycho-soziales Modell der Angstentstehung und -aufrechterhaltung

Verursachende Bedingungen	Auslösende Faktoren	Aufrechterhaltende Faktoren
Genetische Faktoren für allg. erhöhte Ängstlichkeit	Traumatische Lernerfahrungen	Vermeidungsverhalten
Verringerte Fähigkeit zur physiolog. Habituation	Akute / Chronische Überforderungen / Stress	Ungünstiger Umgang mit Angstreaktionen
Genetische Disposition für psychische & emotionale Probleme	Körperliche Erkrankungen / gesundheitliche Bedrohungen	Entmutigung durch fehlende Angstkontrolle
Biological Preparedness für best. Angststimuli	Konflikt-, Entscheidungs-, Amivalenzsituationen	Intrapsychische Funktionen
Lern- und Erziehungseinflüsse	Drogeneinflüsse	Interaktionelle Funktionen
Persönlichkeitsfaktoren		Eigendynamik

Hier einige konkrete Beispiele für die in der Tabelle genannten Bedingungen / Faktoren:

- *Erhöhte Vulnerabilität*: z.B. genetische Faktoren für allgemein erhöhte Ängstlichkeit oder verringerte Fähigkeit zur physiologischen Habituation; genetische Disposition für psychische und emotionale Probleme
- *Biological Preparedness* für bestimmte Angststimuli (eine Angst vor bestimmten Tieren, z.B. Spinnen, ist evolutionsmäßig im Menschen angelegt – bei manchen mehr, bei manchen weniger)
- *Lern- und Erziehungseinflüsse*: z.B. „überbehütender“ Erziehungsstil, angstinduzierender Erziehungsstil, instabile familiäre Verhältnisse, Modelllernen, stellvertretendes Lernen
- *Persönlichkeitsfaktoren*: z.B. ängstlich-vermeidend, dependent, externale Kontrollüberzeugungen
- *Traumatische Lernerfahrungen* mit Angststimuli (klassisches Konditionieren)
- *Stress*: z.B. Finanzielle Sorgen, unsichere Beschäftigung, familiäre Krise, chronische Krankheit
- *Körperliche Erkrankungen*: z.B. hormonelle Schwankungen, gesundheitliche Bedrohungen, bevorstehende medizinische Eingriffe
- *Drogeneinflüsse*: z.B. Koffein, Alkohol, Nikotin, Cannabis, andere stimulierende Drogen
- *Vermeidungsverhalten* (operantes Konditionieren)
- *Ungünstiger Umgang mit Angstreaktionen*: z.B. forcierte Selbstbeobachtung, Erwartungsängste, kognitive Verzerrungen
- *Entmutigung durch fehlende Angstkontrolle*
- *Intrapsychische Funktionen*: z.B. Abwehrmechanismen, Aggressionshemmung, Ausdruck von Ambivalenzen
- *Interaktionelle Funktionen*: „Gewinn“ von Aufmerksamkeit, Kontrolle, Krankheitsstatus, systemische Funktionen, z.B. Patient als „Symptomträger“
- *Eigendynamik*: z.B. durch eigene Zuschreibung einer Krankheit sozialer Rückzug, eigene Wahrnehmung als krank, Selbstmitleid....

### **Reflexionsanregungen**

- Formulieren Sie Ihr eigenes bio-psycho-soziales Diathese-Stress-Modell der Entstehung einer Angsterkrankung!

## 26 Therapie

### **Lernhinweis**

Mit den Informationen in diesem Kapitel sollen Sie einen Überblick erhalten, welche Behandlungsmöglichkeiten es bezüglich der Angststörungen gibt. Es reicht aus, wenn Sie diesen Überblick haben und die entsprechenden Begriffe einordnen können, wenn Sie sie hören oder lesen.

### **Einstieg**

- Überlegen Sie bitte anhand der oben beschriebenen Ätiologiemodelle, welche Ansatzpunkte für eine Therapie infrage kämen.

### 26.1 Pharmakotherapie

Die Behandlung mit Psychopharmaka wird vor allem als Krisenintervention zur initialen symptomatischen Koupierung („Kappung der Spitzen“) angewandt oder falls Psychotherapie nicht sofort verfügbar ist. Es werden insbesondere Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Monoaminoxidase-A (MAO-A)-Hemmer, Betarezeptorenblocker und bei klarer Indikation und Begrenzung punktuell Beruhigungsmittel oder Tranquilizer eingesetzt. Die Nachteile sind, dass die Symptome nach Absetzen der Medikation zurückkehren und die Medikamente starke Nebenwirkungen haben.

### 26.2 Psychotherapie

Die Psychotherapie stellt die Therapie der Wahl bei Angsterkrankungen dar, da mit ihr langfristige Verbesserungen der Symptomatik ohne oder mit geringen Nebenwirkungen zu erreichen sind. Häufig wird die kognitive Verhaltenstherapie angewandt, deren Hauptfokus auf der Psychoedukation, der Reduktion des Vermeidungsverhaltens, der Korrektur der kognitiven Fehlannahmen und der katastrophisierenden Phantasien sowie der Neubewertung situativer Auslöser und physiologischer Körperreaktionen liegt.

Die klassische Verhaltenstherapie arbeitet mit der sogenannten Exposition, in der die Patient\_innen den Reizen mehr (Flooding) oder weniger (systematische Desensibilisierung) stark den angstbesetzten Reizen ausgesetzt werden. Die damit verbundenen Wirkmechanismen sind die physiologische Gewöhnung, die Auflösung der Reiz-Reaktion-Abhängigkeit und die Erfahrung des Nicht-Eintretens von Katastrophen. Auch Entspannungstraining sind typischer Bestandteil von Verhaltenstherapien.

Psychodynamische Therapien arbeiten dagegen an einer Auflösung von der Störung zugrunde liegenden Konflikten, an einer Aufarbeitung dysfunktionaler Denkmuster und an der Bearbeitung interpersoneller Konflikte.

## 27 Hinweise auf eine Angststörung – Früherkennung

In der sozialen Arbeit begegnet man häufig Menschen (Jahresprävalenz ca. 15%!) mit Angststörungen oder einem Verhalten, dass sich schnell zu einer Angststörung entwickeln kann. Daher ist es besonders wichtig, diesbezüglich die Augen offen zu halten und Anhaltspunkte für diese Gefährdung zu erkennen. Dazu können folgende Beobachtungen hilfreich sein:

- Ist der räumliche Aktionsradius eingeschränkt?

- Bestehen Schwierigkeiten, Orte, Plätze oder Situationen aufzusuchen, die früher gern besucht wurden?
- Besteht Angst vor bestimmten Situationen und Orten (insbesondere Kaufhäuser, Menschenmengen, Warteschlangen)?
- Werden öffentliche Verkehrsmittel, PKW, Fahrstühle oder geschlossene Räume gemieden?
- Bestehen Befürchtungen, dass das Leben immer eingengter, monotoner und kontaktärmer wird?
- Wurde bereits eine Reise verschoben, konnte nicht weiter- oder zurückgereist werden, weil Angst verspürt wurde?
- War die betroffene Person schon einmal nicht in der Lage, das Haus oder die Wohnung zu verlassen?
- Besteht eine zunehmende Tendenz, diese Ängste zu beobachten?

Wenn im Verlaufe eines Gesprächs diesbezügliche Hinweise gegeben oder wahrgenommen werden, sollten vertiefende Fragen gestellt werden.

## 28 Umgang mit Betroffenen

### **Lernhinweis**

Hier geht es einmal mehr darum, dass Sie die Richtung kennen, in die zu handeln ist. Sie sollten verinnerlichen, welche Haltung im Umgang mit an starken Ängsten leidenden Personen eingenommen werden sollte. Wenn Sie die ein oder andere konkrete Handlungsweise benennen können, ist das sicher hilfreich.

Sollten Sie bei Ihrer Arbeit (oder natürlich auch im Privaten) mit einem Menschen konfrontiert sein, der sich in einem akuten, starken Angstzustand befindet, sind folgende Handlungsweisen hilfreich:

- Beruhigen (z.B. darauf hinweisen, dass keine reale Gefahr -insbesondere für die Gesundheit- besteht)
- Ablenken (z.B. Wasser trinken, Aufmerksamkeit auf Objekte im Hier-und-Jetzt lenken...)
- Akzeptanz der Angst / Panik fördern
- Anleiten zum Atmen
- Optimismus ausdrücken
- Aufmerksamkeit auf die Abnahme der Angst lenken (wenn dies zutrifft z.B.: „Sehen Sie, Ihr Atem wird schon wieder ruhiger!“)

Außerhalb von akuten Angstzuständen (insbesondere, wenn eine längere Arbeitsbeziehung besteht) ist es sinnvoll, die Person darin zu begleiten und zu unterstützen, Angstsituationen nicht vermeiden.

### **Reflexionsanregungen**

- Fassen Sie für sich zusammen, welche Dynamik bei der Entwicklung einer Angststörung entsteht und welche Maßnahmen hilfreich sind, aus dieser Entwicklung „auszusteigen“.

## 29 Mehr erfahren

Für diejenigen von Ihnen, die noch ein wenig mehr oder auf anderen Wegen etwas über Angststörungen erfahren möchten, hier einige links:

Eine Übersicht über die Störung, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde:

<https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2017/themendienst-angststoerungen-1.html>

Podcast mit einer Betroffenen:

<https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/leben-mit-angststoerungen-ich-sogar-hatte-panik-vorm-u-bahnfahren>

Ein Podcast zur Einführung in das Thema Angststörungen, aus psychiatrischer (also eher medizinischer) / lerntheoretischer Perspektive:

<https://juf.podigee.io/19-angst-einfuehrung>

Das gleiche aus tiefenpsychologischer Sicht:

<https://psychoanalyse.podigee.io/11-angst>

Und aus dem Hörfunk:

<https://www.swr.de/swr2/wissen/broadcastcontrib-swr-11078.html>

Eine Fernsehdoku mit drei Falldarstellungen:

<https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-grad-nur-keine-panik-100.html>

## 30 Lernfragen

- 16.) Wie hoch ist 12-Monats-Prävalenz aller Angststörungen insgesamt?
- 17.) Wie nennt man die evolutionär bedingte Reaktion, die in Gefahrensituationen ausgelöst wird?
- 18.) Welches Kernmerkmal unterscheidet eine Panikstörung von Phobie?
- 19.) Vor der Umsetzung einer Intervention sollte der spontane Verlauf einer Angsterkrankung zunächst beobachtet werden. Richtig oder falsch? Begründen Sie Ihre Antwort!

## Kapitel 5: Zwangs- und somatoforme Störungen



## 31 Überblick über das Kapitel

Das vorliegende Kapitel 5 thematisiert die Zwangsstörung und die somatoformen Störungen, die neben den Angststörungen im engeren Sinne und den Belastungsstörungen in Kapitel F4 der ICD-10 aufgeführt werden. Der Grund, warum diese beiden Störungen in dieses Kapitel mit aufgenommen wurden, liegt im klassischen psychoanalytischen Verständnis, nach dem sie auf psychische Konflikte zurückzuführen sind, die in der frühen Kindheit entstanden und nicht adäquat gelöst werden konnten. Die Psychoanalyse nennt dies die „neurotischen Störungen“ oder „Neurosen“ (im Gegensatz zu den „Psychosen“). Dieser Begriff findet sich auch in der Überschrift des Kapitels F4 der ICD-10: „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“.

Sie werden in diesem Kapitel viele Begriffe und Konzepte wiederfinden, die Sie bereits in den vorangegangenen Kapiteln kennengelernt haben. Der Schwerpunkt bei der Vorstellung dieser Störungen liegt daher auf der Vermittlung der Erscheinungsweisen und des spezifischen Umgangs mit ihnen.

## 32 F42: Zwangsstörung

### **Lernhinweis**

Das Lernziel des Kapitels „Zwangsstörung“ besteht darin, dass Sie die Kernsymptome „Zwangsgedanken“ und „Zwangshandlungen“ erkennen können und die psychische Dynamik der Störung verstehen und wissen, wie infolge dieser Dynamik mit den Betroffenen professionell im Bereich der Sozialen Arbeit umzugehen ist. Außerdem sollten Sie die epidemiologischen Besonderheiten hinsichtlich der Ersterkrankung kennen.

### **Einstieg**

- Haben Sie sich in Ihrem Leben schon einmal gefragt, ob Sie die Tür wirklich abgeschlossen haben, obwohl Sie eigentlich erst vor zehn Sekunden den Schlüssel aus dem Schloss gezogen haben? Und haben Sie das dann auch schon einmal nachgeprüft? Warum haben Sie das getan, wie ging es Ihnen in dann, als Sie nachgeschaut haben?
- Was kann alles zu einem Zwang werden?
- Inwiefern hängen Zwangsstörungen wohl konzeptuell mit den Angststörungen zusammen? Denken Sie dabei vor allem daran, wie Angststörungen aufrecht erhalten werden!

### 32.1 Erscheinungsbild / Diagnose

Das wesentliche Kennzeichen von Zwangsstörungen sind Gedanken und Verhaltensweisen, mit denen sich die Betroffenen immer wieder beschäftigen. Sicherlich kennen die meisten Menschen solche Gedanken: Habe ich die Tür abgeschlossen, habe ich den Herd wirklich ausgeschaltet? Manchmal führen diese Gedanken dann dazu, dass noch einmal geprüft wird. Man drückt die Klinke herunter und zieht an der Tür, man geht in die Küche und schaut noch einmal auf die Herdknöpfe. Und natürlich: meist ist alles in Ordnung, man fühlt sich sicher. Im Leistungssport werden solche Handlungen sogar als Rituale eingesetzt: Nur wenn ich den linken Schuh zuerst anziehe, aber den rechten zuerst binde, kann ich das Rennen gewinnen! Solche Gedanken könnten als Aberglaube bezeichnet werden. Diese Gedanken und Handlungen sind also ganz normal für den Menschen. Zu einer Störung werden sie, wenn sie sich ständig wiederholen, die Betroffenen darunter leiden, eine „normale“ Lebensführung dadurch beeinträchtigt, manchmal auch unmöglich wird.

### **Fallbeispiel Zwangsgedanken und –handlungen, gemischt (F42.2)**

Eine 21-jährige Patientin stellt sich in Begleitung ihrer Mutter [...] vor. Der Patientin ist es offensichtlich sehr unangenehm, über ihre Beschwerden zu berichten. Zögerlich, mit leiser Stimme und den Blick auf den Boden gerichtet, berichtet sie schließlich, dass sie seit ca. sechs Monaten kaum noch außer Haus gehe, weil sie befürchte, sich mit dem HI-Virus zu infizieren bzw. infiziert zu haben. Aus Angst vor AIDS könne sie auch niemanden in die Wohnung hereinlassen und müsse mehrmals täglich duschen, um sich zu reinigen. Sie wisse aber andererseits genau, dass diese Angst unbegründet sei und ihre Handlungen erscheinen ihr unsinnig. Sogar die Mutter müsse sich duschen, wenn sie von außen käme. Wenn sie selbst einmal draußen gewesen sei, müsse sie sich gründlich von Kopf bis Fuß desinfizieren, was bis zu zwei Stunden in Anspruch nehme. Auch Gegenstände, die andere berührt haben, müsse sie genauestens reinigen. In den letzten zwei Monaten habe sie praktisch nur noch ihr eigenes Zimmer benutzt, das sie für einigermaßen „sauber“ halte. Ihre Mutter habe sie so weit gebracht, ihr praktisch alles abzunehmen.

Das Ganze habe vor drei Jahren begonnen, zunächst mit Ängsten, sich zu infizieren. Vor zwei Jahren habe sie angefangen, sich zu waschen, seit einem Jahr sei es ganz schlimm. Auslöser sei gewesen, dass sich ein ehemaliger Schulkamerad mit HIV infiziert hatte.

Aus: Lieb, Heßlinger & Jacob (2006)

Als Kernsymptome von Zwangsstörungen können Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterschieden werden:

#### **Zwangsgedanken:**

Es handelt sich hierbei um Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die sich gegen den Willen aufdrängen und die betroffene Person ständig beschäftigen. Häufiges Thema bei diesen Gedanken ist die Gefahr einer Ansteckung mit einer Krankheit sowie das Thema Schmutz. Auch aggressive Gedanken, wie die Idee, nahestehende Menschen umbringen zu müssen, drängen sich häufig auf.

#### **Zwangshandlungen:**

Dies sind stereotype (also immer wiederkehrende) Verhaltensweisen, um Anspannung und Angst zu reduzieren. Häufig kommen dabei Wasch- und Putzhandlungen vor sowie Kontrollhandlungen (Alles ausgeschaltet? Alles abgeschlossen?)

Das Ziel von Zwangshandlungen ist es, Ängste, Unwohlsein oder Ekel zu vermeiden. Ein problematischer Verlauf ergibt sich dann häufig dadurch, dass die betroffenen Personen immer mehr Bereiche vermeiden, in denen diese aversiven (= „Ablehnung hervorrufenden“) Gefühle auftreten könnten. Es kann dann zu einem vollständigen Rückzug in die eigene Wohnung und einem Abbruch sozialer Kontakte kommen. Hierin besteht auch ein deutlicher Zusammenhang zu den Angststörungen im engeren Sinn und die damit verbundenen Vermeidungshandlungen: Zwangsgedanken machen Angst – Zwangshandlungen mindern Angst.

Entsprechend der ICD-10 müssen für die Diagnose einer Zwangsstörung folgenden Kriterien vorliegen:

Tabelle 43: ICD-10 Diagnosekriterien für Zwangsstörungen

A. Zwangsgedanken und/oder –handlungen an den meisten Tagen seit mindestens zwei Wochen
B. Zwangsgedanken / -handlungen haben folgende Merkmale: <ul style="list-style-type: none"><li>• sie werden als eigene Handlungen / Gedanken angesehen (im Unterschied zur Psychose)</li><li>• sie wiederholen sich</li><li>• sie werden als unangenehm empfunden</li><li>• sie werden als übertrieben und unsinnig erkannt</li><li>• es wird versucht, Widerstand zu leisten</li><li>• Ausführung an sich wird nicht als angenehm empfunden</li></ul>
C. Leid oder soziale Einschränkung (meist durch großen Zeitaufwand für Zwangshandlungen)

Nach der ICD-10 können folgende Störungen differenziert werden:

Tabelle 44: Klassifizierung von Zwangsstörungen entsprechend der ICD-10

F42	Zwangsstörung
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen
F42.2	Zwangsgedanken und –handlungen gemischt
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen
F42.9	Zwangsstörungen, nicht näher bezeichnet

Typisch für Zwangsstörungen ist, dass den Betroffenen die Irrationalität und Übertriebenheit ihrer Gedanken und ihres Verhaltens meistens bewusst ist. Sie können trotzdem nichts gegen den starken Drang tun, die Handlungen zur Spannungsreduktion auszuführen, während dies „gesunden“ Menschen meist gelingt. Wenn die Zwangsgedanken und –handlungen bereits lange Zeit bestehen, kann eine Art „Gewöhnungseffekt“ eintreten. In diesem Fall nehmen die Betroffenen die „Sinnlosigkeit“ ihres Verhaltens kaum mehr wahr, die Zwangshandlungen gehören einfach zum Alltag.

Da die Betroffenen im Grunde um die Irrationalität ihres Verhaltens wissen geht dies nicht selten mit einem großen Schamempfinden einher. Dies ist auch der Grund, dass häufig erst spät therapeutische Unterstützung in Anspruch genommen wird. Man spricht daher auch von Zwangsstörungen als „heimliche Krankheit“.

## 32.2 Epidemiologie

### Einstieg

- Was meinen Sie: kommen Zwangsstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eher häufig oder eher selten vor?

Entsprechend der Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ besteht für die Zwangsstörungen eine 12-Monats-Prävalenz von 4,0 % bei Frauen, von 3,3 % bei Männern und von **3,6 %** insgesamt in Deutschland (Jacobi, et al., 2014).

### Reflexionsanregungen

- Wie ist die Antwort auf die Einstiegsfrage?

Der Beginn der Störung liegt meist in der **Adoleszenz** bzw. dem **frühen Erwachsenenalter**. 95% der Betroffenen entwickeln die Störung vor dem 40. Lebensjahr, ein Beginn nach 50. Lebensjahr liegt kaum vor. Das bedeutet, dass Zwangsstörungen durchschnittlich eher **früher als Depressionen und Angststörungen** einsetzen.

Bei der Untersuchung der Risiko- und Schutzfaktoren von Zwangsstörungen zeigte sich, dass der soziale und der Bildungsstatus keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Vorkommens der Störungen haben. Im Kindesalter sind mehr Jungen als Mädchen betroffen, während die Verteilung im Erwachsenenalter gleich ist. Hinsichtlich des Verlaufs hat ein früher Beginn der Störung eine schlechtere Genesungsprognose und niedrigeren Therapieerfolg. Häufig verlaufen die Störungen chronisch, es gibt kaum Spontanremissionen (d.h. die Störung geht nicht „von selbst“, also durch einfaches Fortschreiten der Zeit weg). Entsprechend des oben erwähnten Schamempfindens und der damit einhergehenden Zurückhaltung, therapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, vergehen statistisch durchschnittlich 11 Jahre zwischen der Erstmanifestation der Störung und der Aufnahme Therapie (Berger, 2015)!

### Reflexionsanregungen

- Wie erklären Sie sich, dass es kaum Spontanremissionen von Zwangsstörungen gibt?

Zwangsstörungen weisen hohe Komorbiditätsraten auf, sie treten also häufig zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Sehr häufig gehen sie mit Persönlichkeitsstörungen einher: 65 % der Patient\_innen mit Zwangsstörungen weisen eine Persönlichkeitsstörung auf! Am häufigsten sind hierbei die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (15 %) und die dependente Persönlichkeitsstörung 16 % vertreten. Aber auch depressive Erkrankungen stehen im statistischen Zusammenhang mit Zwangsstörungen. So entwickeln 30 % der Zwangspatient\_innen eine sekundäre Depression (also eine Depression infolge der Zwangserkrankung. Weitere 30 % weisen eine Depression in der Vorgeschichte auf. Weitere häufige Komorbiditäten bestehen mit der sozialen Phobie (45 %), mit weiteren Angststörungen, Suchterkrankungen, schizophrenen Psychosen, Anorexie und ADHS. Auffällig ist außerdem, dass 30-90% der Tourette-Erkrankten zusätzlich an einer Zwangsstörung leiden (Berger, 2015).

## 32.3 Ätiologie

Wie bei den anderen psychischen Störungen wird auch für die Zwangsstörungen ein bio-psycho-soziales Entstehungsmodell angenommen. Hinsichtlich der biologischen Faktoren spielen insbesondere Dysfunktionen im Frontalhirn, in den Basalganglien und im limbischen System sowie Störungen des serotonergen Systems (diejenigen Nerven, bei denen in der synaptischen Übertragung Serotonin als Botenstoff ausgeschüttet wird) eine Rolle.

Die psychodynamischen Erklärungen (also diejenigen Modelle, die auf dem psychoanalytischen Ansatz beruhen) gingen zunächst (hier war vor allem Sigmund Freud der Ideengeber) von einer funktionalen Bedeutung der Zwangsgedanken und –handlungen aus, durch die „schmutzige“ Konflikte hinsichtlich unterdrückter sexueller und aggressiver Triebe kontrolliert werden sollten. Diese klassische Auffassung der Psychoanalyse wurde in ihrer Weiterentwicklung um die Sichtweise ergänzt und vertieft, dass ein Erziehungsstil, der den eigenen Willen und die Spontaneität des Kindes einschränkt, zu starken Trennungsängsten und Abhängigkeitskonflikten den Eltern gegenüber führt und in der Folge entsprechende Sicherungs- und Kontrollbedürfnisse (Zwänge) ausgebildet werden. In weiteren psychoanalytischen Ansätzen wird die schützende Organisations- und Kontrollfunktion von Zwängen hinsichtlich eines „desintegrierten Selbst“, einer „pathologischen Persönlichkeitsorganisation“ und der

Bewältigung von unerträglichen Verlustängsten und Schuldgefühlen in den Vordergrund gestellt. Auch der interpersonelle Aspekt von Zwängen hinsichtlich ihrer Funktion zur Beziehungsgestaltung wurde im psychoanalytischen Modell konzeptualisiert. Diese Konzepte verlangen allerdings ein tiefergehendes Verständnis des psychoanalytischen Ansatzes, sodass hier nicht näher darauf eingegangen wird. Übrigens: die Psychoanalyse führt die Entstehung der Störung auch häufig auf eine Phase zurück, in der das sogenannte „magische Denken“ der Kinder vorherrscht („Es liegt an mir, dass es heute regnet, dass die Opa gestorben ist, dass der Elefant mir zuzwinkert...“). Und tatsächlich weisen Zwangsgedanken häufig eine große Ähnlichkeit zu solch magischem Denken auf.

Ein gut verständliches lerntheoretisches Modell zur Entstehung und Chronifizierung von Zwangsstörungen, das Sie bereits im vorhergehenden Kapitel kennengelernt haben, ist das „2-Faktoren-Modell“ von Mowrer. Dies geht davon aus, dass im Rahmen der klassischen Konditionierung ein „unkonditionierter Reiz“ (z.B. eine Streitsituation) zu einer „unkonditionierten Reaktion“ (z.B. Anspannung, Angst) führt. Wenn nun gleichzeitig ein weiterer Reiz (z.B. Schmutz) in dieser Situation wahrgenommen wird, wird dieser mit der ersten Reaktion (hier: Anspannung) gekoppelt. Der so „konditionierte Reiz“ Schmutz kann jetzt allein Anspannung auslösen. Die Verbindung zwischen „konditioniertem Reiz“ (Schmutz) und „unkonditionierter Reaktion“ (Anspannung) wird im Weiteren dadurch aufrechterhalten und verstärkt, dass der konditionierte Reiz (hier: Schmutz) vermieden wird. Dieses Vermeidungsverhalten wird durch das Ausbleiben von Anspannung belohnt und damit verstärkt, zukünftig also wiederholt und verfestigt (operante Konditionierung).

## 32.4 Therapie

Die am häufigsten durchgeführte Psychotherapie zur Behandlung von Zwangsstörungen ist heutzutage die kognitive Verhaltenstherapie. Neben der therapeutischen Auseinandersetzung mit den Auslösebedingungen von Zwangsgedanken und –handlungen sowie z.B. mit den Folgen eines „Nicht-Nachgehens“ der Zwangsimpulse ist ein Hauptbestandteil der Verhaltenstherapien die Exposition. Hierbei werden die Betroffenen dazu motiviert, den Impulsen nicht zu folgen und sich den Konsequenzen auszusetzen. Ziel der Intervention ist es, dass die Betroffenen lernen, dass die schlimmen Konsequenzen, die sie bei Nicht-Ausführen der Zwangshandlung befürchtet haben (siehe Abbildung 39 „subjektive Erwartung“: die Angst steigt immer weiter, die Welt geht unter, das Haus brennt ab, sie sterben...) nicht notwendigerweise eintreten und sich daran gewöhnen können.

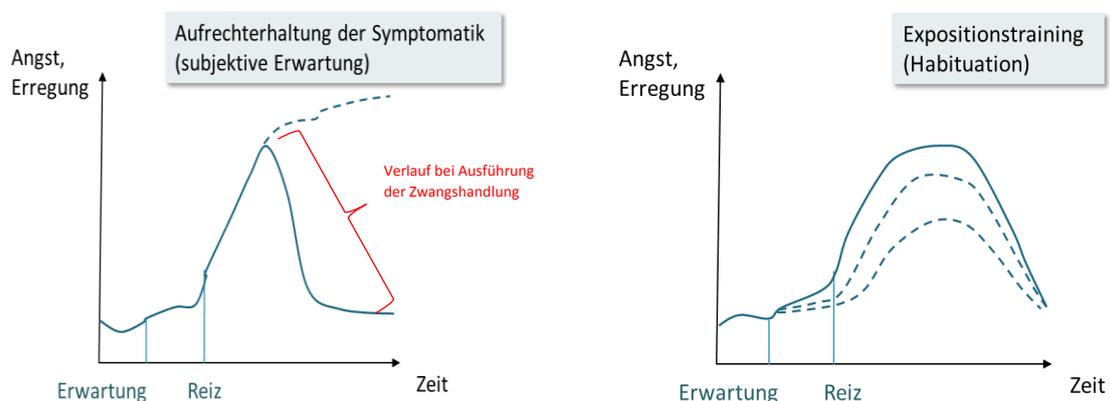


Abbildung 39: Verlauf der Erregung bei Zwangshandlungen und beim Expositionstraining

Begleitend wird mit den Patient\_innen am sogenannten Reaktionsmanagement gearbeitet, d.h. sie werden im Umgang mit den belastenden Emotionen und Kognitionen unterstützt. Die kognitive Verhaltenstherapie hat eine Erfolgsrate von 60-80 %, wobei meist keine Symptomfreiheit erreicht wird.

Allerdings sprechen nicht alle Patient\_innen auf die Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie an oder die Symptomatik stellt sich nach einer gewissen Zeit wieder ein. In diesen Fällen könnte eine psychodynamische Therapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Psychoanalyse) mit einer vertiefenden Auseinandersetzung mit den Symptomen zugrunde liegenden Problematiken zielführend sein. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie geht es vor allem um die fokussierte Bearbeitung von Konfliktthemen wie der selbstverantwortlichen Normfindung, eine Lebens- und Berufsorientierung, um Versagensängste, sowie um den Umgang mit Emotionen. Die Psychoanalyse geht noch etwas tiefer und zielt eher auf eine Aufarbeitung lange bestehender, intrapsychischer Konflikte und (persönlichkeits-)struktureller Störungen.

In allen Therapien sollten auch weitere, die Aufrechterhaltung der Störung betreffende Themen bearbeitet werden. Hier kann beispielsweise hinsichtlich interpersoneller oder intrafamiliärer Konflikte auf den Nutzen (die Funktionalität) des Symptoms fokussiert werden. Durch die weitreichenden Folgen für das alltagspraktische Leben ist häufig auch eine Förderung sozialer Fertigkeiten (z.B. eigene Wünsche äußern, eigene Meinung vertreten, Abgrenzung von nahestehenden Personen) indiziert.

Schließlich wird bei mangelnder Bereitschaft für eine Psychotherapie, bei langen Wartezeiten oder vor allem bei komorbiden Störungen eine Pharmakotherapie ausschließlich oder bei schweren Verläufen begleitend eingesetzt. Dabei kommen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zum Einsatz.

## 32.5 Umgang mit Betroffenen

### **Einstieg**

- Wie würden Sie unter Einbezug dessen, was Sie bisher über Zwangserkrankungen erfahren haben, mit den Betroffenen umgehen? Ansprechen? Wie? Helfen? Selbstbestimmt weiter machen lassen? Sollten andere Menschen mit einbezogen werden?

Wie oben beschrieben schämen sich die Betroffenen häufig wegen ihrer Zwanghaftigkeit und verheimlichen ihre Beschwerden, da diese von ihnen selbst als unsinnig wahrgenommen werden. Im Umgang mit ihnen sollte daher besonders darauf geachtet werden, Wertschätzung ausdrücken, dass über die Symptome berichtet wird. Außerdem sollten die Betroffenen aktiv beim Abbau des Vermeidungsverhaltens und deren Familien bei der Distanzierung von Zwangshandlungen unterstützt werden.

## 33 F45: Somatoforme Störungen

### Lernhinweis

In diesem Kapitel ist es vor allem wichtig, dass Sie insbesondere die Störungen „Somatisierungsstörung“, „Hypochondrische Störung“ und „Anhaltende Schmerzstörung“ voneinander unterscheiden können und diese von „normalen“ körperlichen Beschwerden abgrenzen können. Ähnlich wie bei den Angststörungen und den Zwangsstörungen sollten Sie außerdem das unten beschriebene ätiologische Kreislaufmodell nachvollziehen können.

### Einstieg

- „Soma“ ist Griechisch und heißt übersetzt „Körper“. Was könnten das für Störungen mit der Bezeichnung „somatoforme Störungen“ sein, die im Kapitel F der ICD-10 aufgelistet sind, dem Kapitel für psychische Störungen?
- Welche Zusammenhänge zwischen Psyche und Körper sind Ihnen bei sich selbst schon einmal aufgefallen?

Der Begriff der somatoformen Störungen ist nicht ganz einfach, umfasst eine größere Gruppe von Störungsbildern und wird durchaus unterschiedlich interpretiert bzw. schnell missverstanden. Dies hat schon allein mit dem Krankheitsverständnis zu tun, das sich, wie Sie in Kapitel 1 gelernt haben, mit der Zeit sehr verändert hat. Wir sprechen heute von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Krankheiten. Darin wird deutlich, dass wir in unserer Zeit (wieder) einen starken Zusammenhang zwischen den Vorgängen im Körper und der Seele erkennen.

Somatoforme Störungen werden auch als „medizinisch unerklärte körperliche Symptome (MUS)“ bezeichnet. Sie werden definiert als das **Vorliegen körperlicher Beschwerden oder Symptome ohne eine hierfür (hinreichende) organische Grunderkrankung** sowie **krankhafte Ängste um körperliche Gesundheit** verstanden.

Für die medizinische Versorgung in Deutschland spielt der Begriff der „**Psychosomatik**“ und der „**Psychosomatischen Störungen**“ eine große Rolle. Historisch wurde der Begriff sehr unterschiedlich ausgelegt, angefangen bei der „Lehre vom Zusammenhang körperlicher und seelischer Prozesse“ bis hin zu spezifischen Krankheiten mit vermutetem starkem Bezug zur Psyche („psychophysiologische Störungen“: Asthma, Bluthochdruck, Magengeschwür...). Aktuell werden darunter **Krankheiten** verstanden, **bei denen psychologischen Prozessen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung beigemessen** wird

Beide Störungsgruppen (somatoforme und psychosomatische Störungen) haben einen großen Überlappungsbereich und viele Krankheitsbilder, die sich teilweise auch in den „somatischen Kapiteln“ der ICD-10 finden, sind nicht klar einer der Gruppen zuzuordnen, z.B. Fibromyalgie, chronic fatigue syndrom oder unklare Magen- oder Darmbeschwerden.

### Reflexionsanregungen

- Versuchen Sie, die beiden genannten Störungsgruppen mit eigenen Worten zu definieren und die Begriffe voneinander abzugrenzen.

Die Verbindung zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen wurde in der Medizingeschichte sehr unterschiedlich eingeschätzt und hat immer wieder neue Konzepte und Begriffe hervorgebracht, die im Folgenden vorgestellt und eingeordnet werden.

Bekannt und zwar veraltet, dennoch umgangssprachlich durchaus noch gebräuchlich ist der Begriff der „Hysterie“. Er hat seinen Ursprung in der altägyptischen Medizin, in der darunter Bewegungen der

Gebärmutter (griech. *hystera*) durch weite Teile des weiblichen Körpers (bis zum Gehirn!) verstanden wurden, die durch einen „unerfüllten Kinderwunsch“ hervorgerufen worden sein sollen und starke Schmerzen auslösten. Nachdem lange Zeit unter Hysterie alle Krankheiten verstanden wurden, bei denen keine körperliche Ursache zu finden war, hat sich mit Beginn der Psychoanalyse der Begriff wieder gewandelt. Deren Begründer Sigmund Freud definierte die Hysterie als psychischen Zustand, in dem durch Umwandlung innerer Triebkräfte und Konflikte verschiedene körperliche Symptome (z.B. Gehstörung, Bewegungsturm, Lähmungen, Ausfall der Sinnesorgane wie Blindheit oder Taubheit) entwickelt werden. Er führte gleichzeitig hierfür auch den Begriff der „Konversionsstörung“ als Weiterentwicklung des Hysteriekonzeptes ein. Heute wird der Begriff im wissenschaftlich-medizinischen Bereich nur noch in der Bezeichnung „Histrionische Persönlichkeitsstörung“ verwendet. Die Störungen, die Freud in seinem Konversionskonzept beschrieben hat, finden sich heutzutage in der ICD-10 unter F44 als dissoziative Störungen mit Verlust des Identitätsbewusstseins, mit Erinnerungsstörungen, fehlenden oder falschen Körperempfindungen und mangelnder Kontrolle über Körperbewegungen.

Abgegrenzt von diesen körperlichen Störungen, für die keine hinreichende somatische Ursache festgestellt werden kann, wird die Hypochondrie. Hierunter werden ausgeprägte, ungerechtfertigte Krankheitsängste mit entsprechender Fehlinterpretation körperlicher Empfindungen (s. ICD-10 F45.2) verstanden, was dem umgangssprachlichen Gebrauch für „übertriebene“ oder „eingebildete“ Körperstörungen recht nahe kommt.

Weitere Begriffe, die traditionell üblich, aber wissenschaftlich nicht mehr zu verwenden sind, lauten „psychogene Störungen“, „funktionelle Störungen“, „vegetative Dystonie“, „allgemeines psychosomatisches Syndrom“, „Konversionshysterie“, „Briquet-Hysterie“ oder „psychische Überlagerung“.

In der ICD-10 werden folgende Störungsgruppen der somatoformen Störungen unterschieden:

Tabelle 45: Klassifizierung der somatoformen Störungen in der ICD-10

<b>F45</b>	<b>Somatoforme Störungen</b>
<b>F45.0</b>	Somatisierungsstörung
<b>F45.1</b>	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
<b>F45.2</b>	Hypochondrische Störung
<b>F45.3</b>	Somatoforme autonome Somatisierungsstörung
<b>F45.4</b>	Anhaltende Schmerzstörung
<b>F45.8</b>	Sonstige somatoforme Störungen
<b>F45.9</b>	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

Diese Störungsgruppe wurde in Kapitel F4 der ICD-10 (also den angstbezogenen Störungen) aufgenommen, da medizin-historisch die Angst vor einer Krankheit das vorherrschende Merkmal dieser Störungen darstellt.

Der entscheidende Unterschied dieser Störungen zu „normalen“, uns allen bekannten Beschwerden bezüglich körperlicher Empfindungen liegt vor allem in der **Dauer** und **Ausprägung**, in der diese Beschwerden wahrgenommen werden.

## 33.1 Störungsbilder

Im Kapitel F45 der ICD-10 können vier klarer umschriebene Störungsbilder voneinander abgegrenzt werden. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

### 33.1.1 Somatisierungsstörung (F45.0)

Bei der Somatisierungsstörung treten vielfältige und im Verlauf wechselnde Symptome wie Schmerzen, Übelkeit, Blähungen, Atemnot oder Störungen der Ausscheidungs- und Genitalfunktionen (schwerste Form der somatoformen Störungen) auf. Diese Störungen sind tatsächlich vorhanden, können aber im Unterschied zu „originär physischen Krankheiten“ nicht oder in ihrem Ausmaß nicht (hinreichend) auf eine somatische Ursache zurückgeführt werden. Meist haben die Beschwerden auch zu deutlichen bis massiven sozialen Einschränkungen geführt. Für eine Diagnose nach der ICD-10 müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

Tabelle 46: Diagnosekriterien für Somatisierungsstörungen nach ICD-10

<b>A</b>	Mindestens 2 Jahre Beschwerden über multiple, wechselnde körperliche Symptome, die nicht bzw. nicht im beschriebenen Ausmaß körperlich erklärbar sind
<b>B</b>	Ständige Sorge um Symptome führt zu andauerndem Leiden mit mehrfachen Arztbesuchen
<b>C</b>	Weigerung, medizinische Feststellung zu akzeptieren
<b>D</b>	Mind. 6 dieser Symptome aus mind. 2 Gruppen (a)-(d): (a) Bauchschmerzen, Übelkeit, Überblähung, schlechter Mundgeschmack, Zungenbelag, Erbrechen, Durchfall (b) Atemlosigkeit, Brustschmerzen (c) gestörte Blasenentleerung, unangenehme Empfindungen im Genitalbereich, verstärkter vaginaler Ausfluss (d) Hautveränderung, Glieder- oder Gelenkschmerzen, Taubheit / Kribbeln

Die Betroffenen haben meist eine lange „Odyssee“ hinter sich, bei denen sie viele verschiedene Ärzte und Ärztinnen (insbesondere auch Spezialist\_innen) aufgesucht haben, die aber jeweils keine körperliche Ursache finden konnten. Oft herrscht dann bei den Betroffenen eine große Unzufriedenheit mit den Ärzt\_innen vor und die Beschwerden werden als noch gravierender wahrgenommen, da sie die Schwierigkeit der Diagnose der besonderen Komplexität und Problematik ihrer Leiden zuschreiben. Es ist ihnen kaum möglich, die Erklärung der Ärzt\_innen anzunehmen, dass sie nicht unter einer gravierenden Krankheit leiden, wodurch es dann schnell zum Arztwechsel kommt. Dort beginnt die Geschichte von vorne. Da sie ärztlicherseits häufig keine Medikation verschrieben bekommen, kommt es oft auch zur missbräuchlichen Selbstmedikation.

#### **Reflexionsanregungen**

- Worin besteht der Unterschied zwischen einer Somatisierungsstörung und einer Panikstörung?
- Wie unterscheiden sich Somatisierungsstörungen von „eingebildeten Krankheiten“?

### 33.1.2 Hypochondrische Störung (F45.2)

Bei der Hypochondrischen Störung sind im Unterschied zur Somatisierungsstörung keine nachweisbaren körperlichen Symptome festzustellen. Bei den Betroffenen stehen allerdings ausgeprägte, ungerechtfertigte Krankheitsängste mit entsprechender Fehlinterpretation normaler körperlicher Empfindungen im Vordergrund.

### 33.1.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)

Die somatoforme autonome Funktionsstörung ähnelt der hypochondrischen Störung. Auch hier herrscht die Angst vor einer schweren Krankheit vor, jedoch mit dem Schwerpunkt auf Organsysteme, die vom vegetativen Nervensystem innerviert sind. Beispiele hierfür sind autonome (vegetative) Funktionen wie Herzrasen („Herzneurose“), Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Erröten usw. Die Beschwerden betreffen folgende Bereiche:

- Herz und kardiovaskuläres System (F45.30)
- oberer Gastrointestinaltrakt (F45.31)
- unterer Gastrointestinaltrakt (F45.32)
- respiratorisches System (F45.33)
- Urogenitaltrakt (F45.34).

### 33.1.4 Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)

Bei der anhaltenden Schmerzstörung herrschen als Beschwerden anhaltende Schmerzen in irgendeinem Körperteil vor, die wiederum nicht ausreichend durch eine physiologische Ursache oder eine körperliche Störung erklärt werden können. Übliche Symptome sind Rücken-, Bauch-, Gelenk- und Muskelschmerzen. Definitionsgemäß müssen die Beschwerden seit mindestens einem halben Jahr auftreten.

## 33.2 Differentialdiagnostik

Bevor die Diagnose einer somatoformen Störung gestellt wird, müssen zuvor unbedingt somatische Erkrankungen abgeklärt werden. Es passiert leider häufig, dass die geschilderten Symptome (vor allem bei entsprechendem Auftreten der Betroffenen) nicht ernst genug genommen werden und frühzeitig auf eine psychologische Ursache abgestellt wird. Eine Psychopathologisierung ist daher dringend zu vermeiden!

Häufig treten die von den Betroffenen beschriebenen somatischen Symptome und Beschwerden auch im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen auf, z.B. bei Schizophrenie (häufig: hypochondrischer Wahn), Angststörungen, affektive Störungen und bei der Panikstörung. Wenn die Somatisierungssymptome nur im Zusammenhang mit diesen Störungen stehen, darf die Diagnose einer somatoformen Störung nicht gestellt werden.

## 33.3 Epidemiologie

Für die somatoformen Störungen insgesamt ergibt sich nach Jacobi et al. (2014) eine 12-Monatsprävalenz von 5,2% bei Frauen und 1,7% bei Männern (**3,5% gesamt**).

Die Lebenszeitprävalenz von Somatisierungsstörungen liegt zwischen 0,03 % und 0,84 %. Dieser niedrige Wert wurde allerdings mit einem Erhebungsinstrument mit sehr strengen Kriterien gemessen, bei dem für eine Diagnose mindestens 8 körperliche Symptome vorliegen mussten. Eine wesentlich Auftretenshäufigkeit von 4-19% in der Bevölkerung westlicher Industrienationen ergibt sich, wenn 4 (bei Frauen) bzw. 6 (bei Männern) Somatisierungssymptome im Fragebogen „Somatic Symptom Index SSI“ zugrunde gelegt werden.

Sehr hoch (schätzungsweise 17-23%) ist der Anteil aller Hausarztpatient\_innen, bei denen eine somatoforme Störung diagnostiziert werden könnte. Häufig wird dies jedoch nicht erkannt. Schwere und chronische Verläufe mit gravierenden sozialen Konsequenzen finden sich in 10 bis 30% der Fälle. Dabei liegt der Beginn häufig schon in Jugend oder der Adoleszenz. Die Störungen finden sich eher bei Menschen mit tendenziell niedrigerem Bildungsniveau, mit hispanischer und afroamerikanischer Herkunft, bei Alleinlebenden und Verwitweten.

## 33.4 Komorbidität

Somatisierungssymptome treten, wie oben erwähnt, häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen auf. Allerdings liegen bei etwa 2/3 aller Personen mit somatoformen Störungen auch unabhängig davon weitere psychische Störungen vor. Bei 50-90% der Patient\_innen einer klinischen Stichprobe mit somatoformen Störungen liegen gleichzeitig depressive Störungen und bei 2-17% eine Angststörung vor. Weitere Komorbiditäten bestehen mit Persönlichkeitsstörungen und Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit.

## 33.5 Ätiologie

Auch die Entstehung somatoformer Störungen lässt sich am besten durch das bio-psycho-soziale erklären. Die verschiedenen Einflussdimensionen werden Ihnen im Folgenden vorgestellt.

### 33.5.1 Biologische Aspekte

An der Entstehung der Störungen ist die genetische Disposition beteiligt, was durch ein erhöhtes gemeinsames Auftreten somatoformer Störungen bei monozygoten (eineiigen) Zwillingen nachgewiesen wurde. Auch biochemische Einflüsse müssen angenommen werden, da ein besonders niedriger bzw. besonders hoher Cortisol-Spiegel (Stresshormon) bei Somatisierungspatient\_innen festgestellt wurde.

Einen wesentlichen Einfluss hat grundsätzlich die Aufmerksamkeitssteuerung der Betroffenen auf Anzeichen von Unregelmäßigkeiten körperlicher Zustände. Neurophysiologische Untersuchungen wiesen entsprechend auch Besonderheiten in der Funktion der rechten Hirnhemisphäre bei Somatisierungspatient\_innen auf, die zu gestörten Aufmerksamkeitsprozessen führen. Schließlich wurde ein allgemein erhöhtes physiologisches Erregungsniveau, welches eine verzerrte Wahrnehmung körperlicher Signale zur Folge hat, bei vielen Betroffenen nachgewiesen.

### 33.5.2 Aspekte der Umwelt

Sozialisation: Krankheit als wichtiges Familienthema in der Kindheit Betroffener (z.B. Vorliegen schwerer Krankheiten, schnelle und häufige Inanspruchnahme von Hilfesystemen, Fehlzeiten in Beruf und Schule), Entwicklung eines engen Gesundheitsbegriffs, Vermeidung körperlicher Belastung

Erhöhte Somatisierungsrate bei (insbesondere durch Gewalttaten) traumatisierten Menschen (Krieg, Missbrauch, Gewalttaten, Vergewaltigung)

### 33.5.3 Psychische Aspekte

#### **Einstieg**

- Die psychische Dynamik der Entwicklung von Somatisierungsstörungen kann in einem Kreislaufmodell beschrieben werden. Überlegen Sie bitte, welche Faktoren in diesem Kreislauf eine Rolle spielen könnten!

In psychischer Hinsicht kommt es bei Somatisierungspatient\_innen häufig zu einer verzerrten Bewertung körperlicher Wahrnehmungen. So werden beispielsweise Hitzewallungen bei starken Gefühlen nicht als Teil der Emotion interpretiert, sondern als Krankheitssymptom gedeutet. Dies kann z.B. das Resultat elterlicher Erziehung sein, sich entsprechend der angelegten Persönlichkeit heraus entwickeln oder auch ein gelerntes Verhalten entsprechend des „sekundären Krankheitsgewinns“ sein. Mit diesem wird die Funktion der Symptomatik beschrieben, durch welche die Betroffenen positive Konsequenzen ihrer Störung erfahren, wie z.B. Aufmerksamkeit, den Schwerbehindertenstatus, soziale und finanzielle Unterstützung, die Abwendung einer Kündigung oder die Bindung des Partners.

Auch das Vorliegen anderer psychischer Störungen hat einen Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf somatoformer Störungen und anders herum ebenfalls. Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen beeinflussen sich als Risikofaktoren gegenseitig (siehe Abbildung 40).

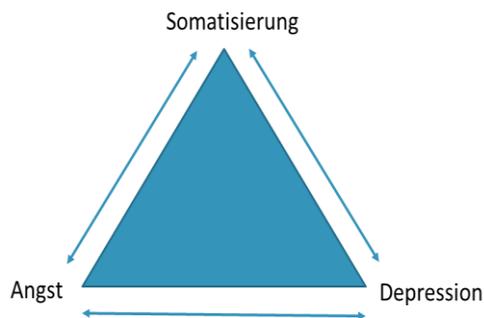


Abbildung 40: Gegenseitige Beeinflussung von Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen (Perrez & Baumann, 2011)

So schränken Patient\_innen mit Depressionen z.B. ihren Bewegungsraum ein, woraufhin tatsächlich körperliche Veränderungen (z.B. durch mangelnde Bewegung) stattfinden, diese aber stark wahrgenommen und als Krankheitssymptom fehlinterpretiert werden. Ein weiteres Schutzverhalten schränkt die Betroffenen zunehmend ein und führt z.B. zu einem negativeren Selbstbild, da bestimmte Leistungserwartungen nicht mehr erfüllt werden, sodass die Depression weiter gefördert wird. Durch zunehmenden Rückzug aus dem Alltagsleben und damit einhergehender eingeschränkter Konfrontation mit Herausforderungen können die Betroffenen dann im weiteren Verlauf Angststörungen entwickeln, die zu einem völligen sozialen Rückzug führen mit der weiteren Fokussierung auf körperliche Symptome.

### 33.5.4 Aufrechterhaltung

Die Entwicklung somatoformer Störungen entspricht einer negativen Spirale, sie erhält sich selbst aufrecht und verschlimmert mit Andauern der Störung. Die entsprechenden Vorgänge können als Kreislauf dargestellt werden (Abbildung 41).

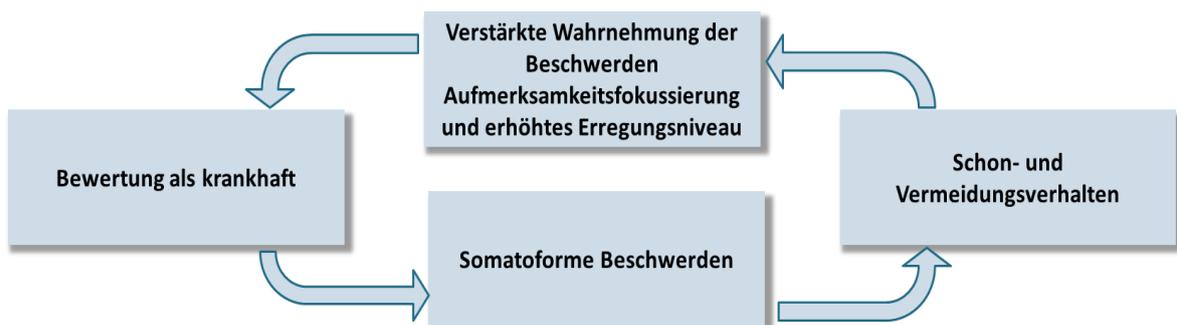


Abbildung 41: Kreislauf der Aufrechterhaltung somatoformer Störungen

Die Wahrnehmung somatoformer Beschwerden führt zu einem Schon- und Vermeidungsverhalten der Betroffenen. Dieser passiven Zustand führt zu schlechterer körperlicher Konstitution, infolgedessen Belastungen durch die schlechtere Konstitution zu stärker wahrnehmbaren körperlichen Veränderungen führen. Gleichzeitig führt die reizarme Umgebung zu verstärkter und verzerrter Wahrnehmung körperlicher Signale. Diese körperlichen Veränderungen bestätigen das Krankheitskonzept der Betroffenen. Ein weiteres Kontroll- und Vermeidungsverhalten reduziert die körperbezogenen Ängste und verstärkt sich damit selbst (siehe Angststörungen).

### 33.5.5 Bio-psycho-soziales Modell

Zusammengefasst können die oben beschriebenen Faktoren in einem bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung somatoformer Störungen dargestellt werden (Abbildung 42).

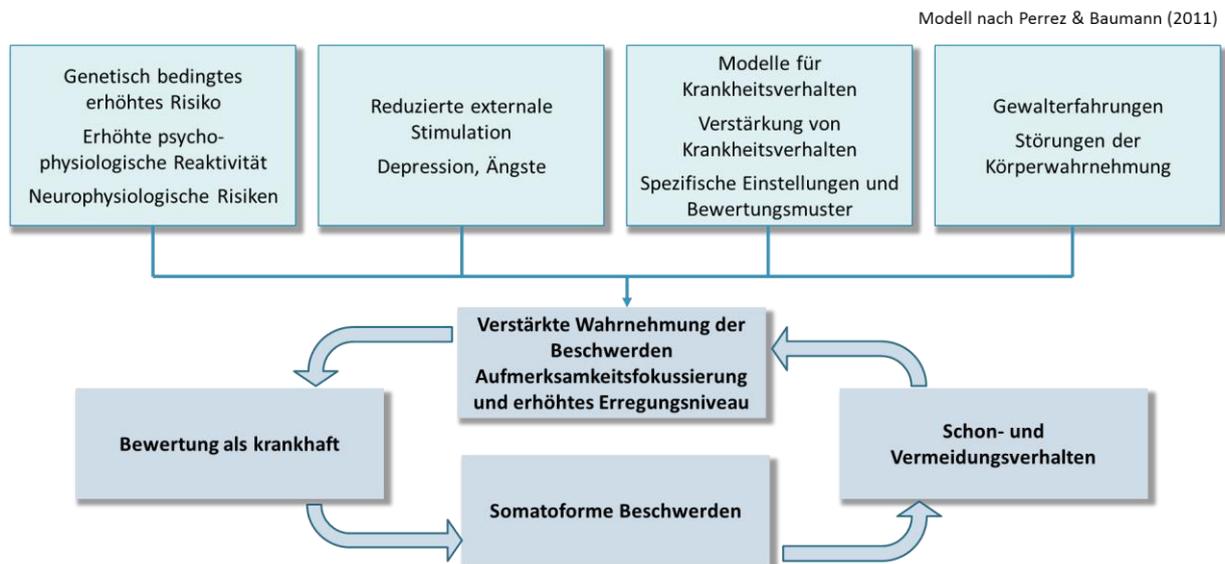


Abbildung 42: Bio-psycho-soziales Ätiologiemodell somatoformer Störungen

### 33.6 Therapie

Ein großes Problem des therapeutischen Zugangs zu Patient\_innen mit somatoformen Erkrankungen besteht darin, dass die Betroffenen gegenüber psychologischen Aspekten ihrer Symptomatik kaum zugänglich und offen sind. Ein wesentlicher Fortschritt und großer Teil der therapeutischen Arbeit besteht daher darin, die Betroffenen für diese Aspekte zu gewinnen. Ihnen ist grundsätzlich mit Verständnis für die Sorgen über die gezeigten Symptome zu begegnen. Wenn sich die Betroffenen angenommen und in ihrer Problematik gesehen fühlen, können behutsam nicht-somatische Symptomaspekte eingeführt werden und damit eine Veränderung des Themas eingeleitet werden. Im nächsten Schritt geht es darum, eine Verbindung zwischen körperlichen und psychischen Aspekten der Symptome herzustellen. Erst dann kann in einem späteren Stadium unmittelbar an diesen psychischen Aspekten psychotherapeutisch gearbeitet werden. Für verschiedene somatoforme Störungen haben sich störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische und interpersonell-psychodynamische Ansätze als wirksam erwiesen.

Beispielhaft wird in Tabelle 47 die Struktur einer spezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie aufgezeigt.

Tabelle 47: Ablaufmodell für eine kognitive Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen nach Berger (2015)

Behandlungsmotivation aufbauen	Erarbeitung von (Teil-)Zielen der Therapie Unrealistische Ziele (z.B. Heilung) relativieren Psychotherapeutische Möglichkeiten aufzeigen (Stressreduktion, Entspannung, Problemlösung...)
Somatopsychosomatisches Krankheitsverständnis entwickeln	Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Prozessen demonstrieren (Verhaltensexperimente, Biofeedback...)
Somatomedizinische Maßnahmen auf ein vertretbares Minimum reduzieren	Vereinbarung der ärztlichen Versorgung Reduktion des Medikamentenkonsums Vermeidung ärztlicher Rückversicherung
Abbau von inadäquatem Schon- und Vermeidungsverhalten	Aufbau körperlicher und sportlicher Aktivitäten Übernahme beruflicher und familiärer Verantwortung
Umattribuierung von Krankheitsüberzeugungen	Krankheitsängste und -überzeugungen besprechen Alternativerklärungen suchen und überprüfen
Verbesserung der Lebensqualität	Förderung sozialer Kontakte, Freizeitunternehmungen, Hobbys, Interessen, Genussstraining

### 33.7 Umgang mit Betroffenen

Im Umgang mit Betroffenen einer somatoformen Störung ist es zunächst von zentraler Bedeutung, ihnen keine „Simulation“ oder „Übertreibung“ zu unterstellen. Wie im Abschnitt „Therapie“ beschrieben ist es zunächst wichtig, eine Vertrauensbasis herzustellen und die Betroffenen in ihrem Leiden ernst zu nehmen. Die Überzeugung, von einer somatischen Krankheit betroffen zu sein ist so stark verankert, dass der Versuch eines bloßen „Überzeugens“ nicht gelingen wird.

Sinnvoll dagegen ist es, die Aufmerksamkeit der Betroffenen etwas von den somatischen Aspekten abzulenken, sie auch wieder in einen normalisierteren Alltag zu begleiten. Eine Unterstützung kann die Motivierung zur (Wieder-)Aufnahme sozialer Kontakte, zu Freizeitaktivitäten und zu sportlichen Aktivitäten darstellen. Wenn es die Situation erlaubt sollten die Betroffenen auch unterstützt werden, ihr Kontrollverhalten zu überwinden, indem zum Beispiel Arztbesuche, sofern eine Notwendigkeit hierfür ausgeschlossen werden kann, infrage gestellt werden.

Aufgrund der hohen Komorbiditätsraten sind auch schließlich Anzeichen insbesondere für Angststörungen und affektive Störungen im Blick zu behalten. Neben der Behandlungsbedürftigkeit dieser Störungen besteht hierüber auch gegebenenfalls ein Zugang zum psychotherapeutischen Unterstützungssystem.

## 34 Mehr erfahren

Für diejenigen von Ihnen, die noch ein wenig mehr oder auf anderen Wegen etwas über Angststörungen erfahren möchten, hier einige links:

Kleiner Film zu Zwangsgedanken:

<https://www.youtube.com/watch?v=skriYXJwdAM>

Die therapeutischen Leitlinien zur Behandlung von „Funktionellen Körperbeschwerden“:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

Außerdem spielt Jack Nicholson in der Komödie „Besser geht’s nicht“ einen ganz liebenswerten Zwangsneurotiker 😊

## 35 Lernfragen

- 20.) Nennen Sie jeweils fünf Beispiele für Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.
- 21.) In welchem Altersbereich liegt der Schwerpunkt der Ersterkrankung bei Zwangsstörungen?
- 22.) Wie würden Sie den Unterschied zwischen Wahngedanken und Zwangsgedanken beschreiben?
- 23.) Was unterscheidet somatoforme Störungen vor allem von „normalen Beschwerden“?
- 24.) Begründen Sie, warum der Abbau eines Schonverhaltens bei Somatisierungsstörungen von großer therapeutischer Relevanz ist.

## Kapitel 6

### Traumafolge- und Dissoziationsstörungen



## 36 Überblick über das Kapitel

In diesem Kapitel lernen Sie die verbleibenden maßgeblichen Störungen des Kapitels F4 der ICD-10 kennen. Es handelt sich dabei um diejenigen Störungen, die entweder direkt „traumaassoziiert“ sind, also mit dem Erleben eines Traumas unmittelbar in Verbindung stehen, oder bei denen eine Traumatisierung medizinisch-historisch zumindest als sehr naheliegend diskutiert wurde bzw. wird.

Abbildung 43 gibt einen Überblick, wo die in diesem Kapitel behandelten Störungen im Kapitel F4 eingruppiert sind. Mit einem roten Rahmen sind diejenigen Störungen gekennzeichnet, die als Folgestörungen in direktem Zusammenhang mit einem belastenden oder auch traumatisierenden Erlebnis stehen. Mit einer gelben Umrandung sind diejenigen Störungen gekennzeichnet, für die traumatische Erfahrungen als auslösender Faktor regelmäßig diskutiert werden.

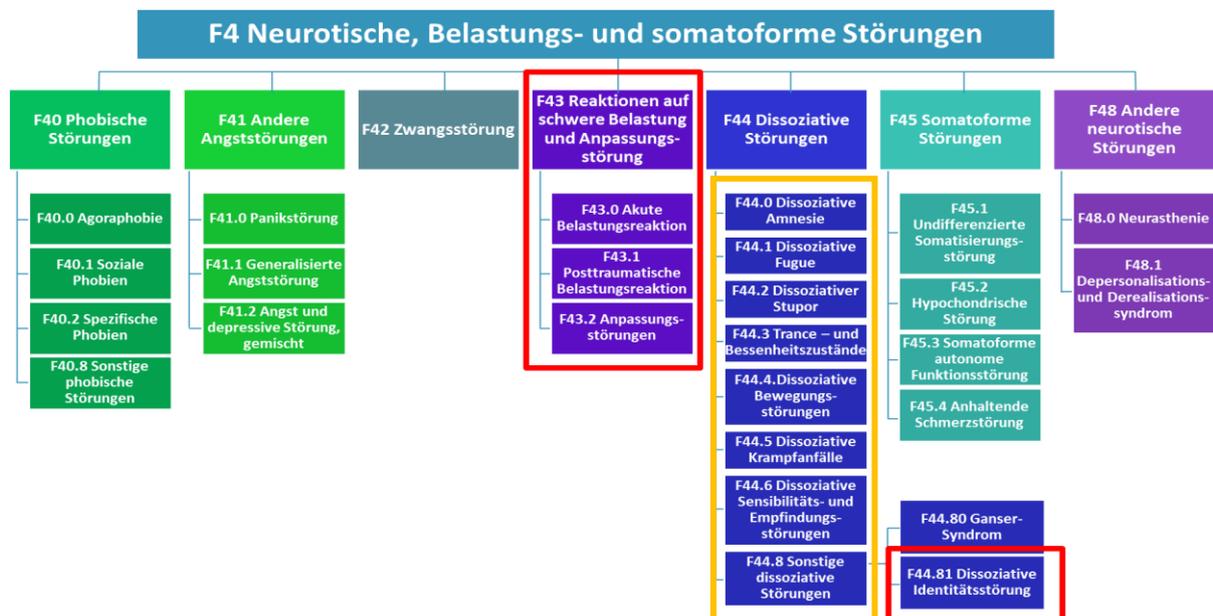


Abbildung 43: Kapitel F4 der ICD-10

Während auf die Posttraumatische Belastungsreaktion als sehr häufige Störung, die auch einen sehr besonderen Umgang mit den Betroffenen verlangt, und auf die dissoziative Identitätsstörung als sehr außergewöhnliche Störung ausführlicher eingegangen wird, sollen die anderen dissoziativen Störungen nur zur Vollständigkeit kurz beschrieben werden.

Der Traumabegriff wird in dem einführenden Kapitel zur Posttraumatischen Belastungsreaktion (F43.1) besprochen. Nachdem anschließend kurz die akute Belastungsreaktion (F43.0) und die Anpassungsstörung (F43.2) von dieser Störung differenziert werden, wird die Dissoziative Identitätsstörung (F44.81) wiederum etwas näher betrachtet. Abschließend erfolgt die Beschreibung der anderen dissoziativen Störungen (F44.0 – F44.6) in einem separaten Kapitel.

### **Einstieg**

- Sind Ihnen Menschen bekannt, denen schon ein traumatisches Erlebnis widerfahren ist? Wie war die Reaktion? Hatten die Betroffenen Beschwerden? Wie lange? Was hat Ihnen geholfen?
- Würden Sie in Bezug auf „Traumatisierung“ sagen: jeder ist seines Glückes Schmied und es kommt darauf an, was man draus macht?
- Wenn Sie sich eine geflüchtete Person aus einem Kriegsgebiet vorstellen, die wahrscheinlich schlimme Erfahrungen gemacht hat (vielleicht selbst aber nicht einmal von direkter Gewalt betroffen war), wie würden Sie mit ihr umgehen?

## 37. F43.1: Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS)

### **Fallbeispiel Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)**

Der Lehrer einer Berufsschule sucht die Sozialarbeiterin der Schule auf mit der Bitte, sich mit einem 19-jährigen Schüler seiner Klasse zu unterhalten. Dieser sitze seit Schulbeginn vor drei Monaten auf seinem Platz, beteilige sich kaum am Unterricht und wirke auf Ansprache irgendwie, als würde man ihn gerade aus einer anderen Welt holen. Meist sitze er einfach da und schaue aus dem Fenster. Manchmal kümmere sich sogar ein Schulbegleiter, der eigentlich für einen anderen Schüler in der Klasse sei, auch um diesen Schüler und versuche ihm den Unterrichtsstoff individuell zu vermitteln. Trotzdem der Schüler den Stoff dann nachvollziehen könne, wisse er in der nächsten Stunde schon nicht mehr, was besprochen worden sei. Es sei auch bereits zweimal vorgekommen, dass er, wie aus dem Nichts, einfach aus der Klasse gerannt sei und erst am nächsten Tag wieder erschienen sei.

In einem vertraulichen Gespräch, zu dem sich nach Unterrichtsschluss einmal die Gelegenheit ergeben habe, habe der Schüler davon berichtet, dass er starke Schlafprobleme habe. Abends rauche er manchmal Marihuana, damit er nicht immer so viel über sein Leben nachdenken müsse. Er habe bei seiner Flucht aus dem Irak vor einem Jahr seine Familie zurücklassen müssen. Seine Eltern hätten ihn fortgeschickt nach Europa, als Soldaten in seine Heimatstadt gekommen seien. Nun mache er sich große Sorgen um sie und seine drei Brüder und Schwestern, die noch im Kriegsgebiet leben würden. Zwar stehe er per WhatsApp in Kontakt mit ihnen. Er wisse aber nie, ob sie sicher sind.

Er könne nach dem Rauchen dann meist einschlafen, allerdings wache er meist um vier oder fünf Uhr schon wieder auf und kann dann nicht mehr einschlafen. Manchmal wache er auch schweißgebadet und mit Herzrasen auf. Wegen dieser Schlafprobleme habe er einen Allgemeinmediziner auch bereits um die Verschreibung von Schlafmedikamenten gebeten, was dieser aber abgelehnt habe.

## 37.1 Trauma: Definitionen

### **Lernhinweis**

Die Entstehung einer direkten Traumafolgestörung wie der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der dissoziativen Identitätsstörung setzt einen sehr spezifischen Prozess voraus. Ein Kernelement dieses Prozesses ist die Dissoziation, die sich sowohl hirnpfysiologisch als auch im Verhalten der betroffenen Person beschreiben lässt. Ziel der folgenden Absätze ist es, dass Sie den Prozess der psychischen Traumatisierung gut nachvollziehen können. Neben dem Verständnis des Prozesses, den Sie in eigenen Worten zusammenfassen können sollten, habe ich wichtige Fachbegriffe hervorgehoben. Sie können, müssen aber nicht konkrete Definitionen auswendig lernen. Es reicht, wenn Sie die Begriffe richtig einordnen und beschreiben können.

Der Begriff Trauma wird aktuell häufig benutzt, wobei er sehr unterschiedlich verstanden wird. Umgangssprachlich wird schon manchmal von einem „Trauma“ gesprochen, wenn der favorisierte Fußballclub unerwartet mit 4 Toren Abstand verloren hat. Manchmal wird z.B. die Trennung der Eltern für ein Kind als Trauma verstanden. Ärzte und Ärztinnen wiederum reden bei einem Knochenbruch oder einer Prellung von einem Trauma. Und in den letzten Jahren war natürlich das Thema der Geflüchteten sehr aktuell, wobei man annimmt, dass viele der Geflüchteten traumatisiert sind. Aber was ist nun ein Trauma wirklich?

Tatsächlich findet der Begriff „Trauma“ seine Herkunft im medizinischen Bereich. Hier wird unter einem Trauma eine Verletzung des Organismus verstanden, die unter Gewalteinwirkung entstanden ist. Für die Psychologie haben sich folgende Definitionen für den Begriff „**Trauma**“ durchgesetzt:

*„Ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“* (Fischer & Riedesser, 2009)

Das Wort „vital“ bedeutet in diesem Zusammenhang „lebenswichtig“ oder „existentiell“ und drückt aus, dass es um eine Wahrnehmung der Gefährdung des Lebens oder zumindest der Unversehrtheit geht. In psychischer Hinsicht besonders wichtig ist auch der Aspekt, dass von einem Diskrepanzerleben gesprochen wird. Es wird also unterschieden, dass es nicht um darum geht, ob eine Person eine Situation objektiv bewältigen kann, sondern ob diese Person sich im Moment subjektiv ausgeliefert und hilflos fühlt. Eine weitere Definition für ein traumatisches Ereignis ist in der ICD-10 zu finden:

*„Ein kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem Betroffenen eine tief greifende psychische Verzweiflung und Hilflosigkeit auslösen würde.“*

Während in der ersten Definition ein „Trauma“ als ein Erleben definiert wird, geht die zweite Definition auf die Eigenschaften eines Ereignisses ein, das zu einem „Trauma“ führen kann, einget. Für dieses Ereignis begegnet man auch dem Begriff „*Potentiell Traumatisierendes Erlebnis (PTE)*“. Diese Erlebnisse müssen begrifflich vom „Trauma“, mit denen der komplex der psychischen Auswirkungen gemeint ist, unterschieden werden. Zu solchen Ereignissen wurden Studien durchgeführt, in denen die Häufigkeit solcher Ereignisse ermittelt wurde. In einer großen Studie (Vries & Olff, 2009) in den Niederlanden wurde festgestellt, dass insgesamt 80,7% aller Menschen in den Niederlanden im Laufe ihres Lebens entsprechende Ereignisse erleben. Konkret sind dies:

- Plötzlicher Tod einer nahestehenden Person (53,9%)
- Opfer von verletzenden oder schockierenden Ereignissen wie Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen, Kriegen etc. (43,3%)
- Zeugen von verletzenden oder schockierenden Ereignissen (32,4%)
- Opfer physischer oder mentaler Gewalt (26,8%)
- Opfer von Vergewaltigung (4,1%)

Für die Prävalenz psychischer Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend wurden in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung (Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011) folgende Ergebnisse ermittelt (Tabelle 48):

Tabelle 48: Prävalenz psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

	Insgesamt	Schwere Ausprägung
Körperliche Misshandlung	12 %	2,8 %
Sexueller Missbrauch	1,5 %	1,9 %
Emotionale Misshandlung	14,9 %	1,6 %

## Reflexionsanregungen

- Worin unterscheidet sich Ihrer Meinung nach ein „Trauma“ von einem belastenden Lebensereignis?

## 37.2 Psychische Prozesse einer Traumatisierung

### Lernhinweis

Das nun beschriebene „Transaktionale-Stress-Modell“ ist für sehr viele Bereiche der Psychologie grundlegend. Sie müssen es nicht auswendig können, aber die Vorgänge, die darin beschrieben sind, nachvollziehen können.

Zur Erklärung dessen, was während einer Traumatisierung geschieht, kann das Ereignis und dessen Verarbeitung zunächst im Rahmen einer Stressbelastung betrachtet werden. Hierzu bietet sich das sogenannte „Transaktionale Modell von Stress“ nach Lazarus (1999) an, das in Abbildung 44 dargestellt ist.

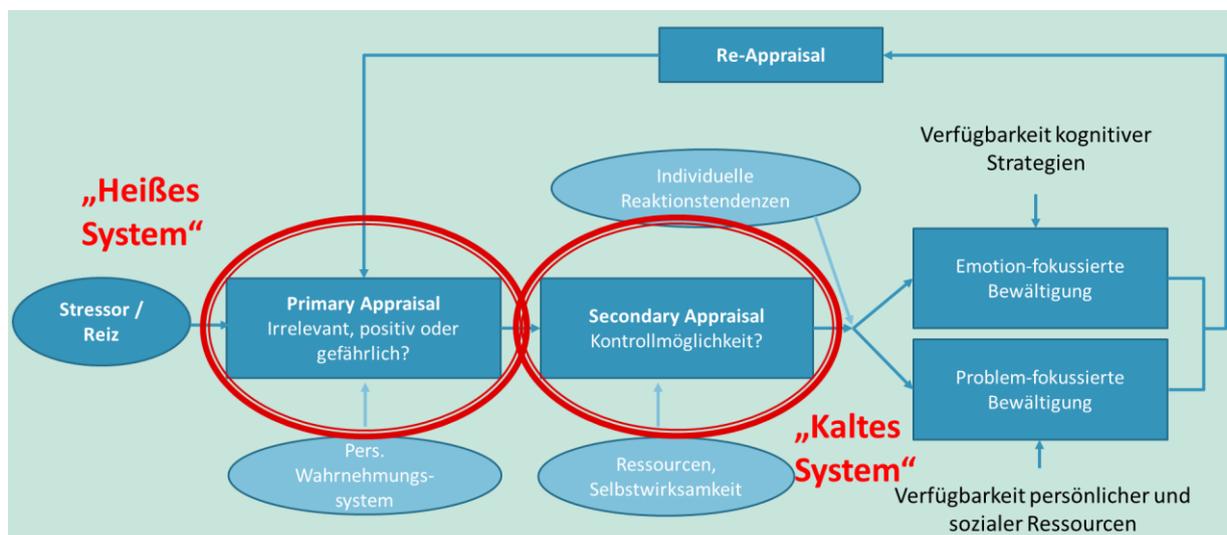


Abbildung 44: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus Es ist eine ungültige Quelle angegeben.

In diesem Modell wird beschrieben, dass die psychische Belastung eines Ereignisses (in der Abbildung „Stressor / Reiz“) nicht nur von der Situation abhängt, sondern auch davon, wie sie von der betroffenen Person verarbeitet werden kann. Im Falle einer Traumatisierung ist das Ereignis überwältigend, übersteigt also die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums. Eine wichtige Erkenntnis aus diesem Modell ist, dass dasselbe Ereignis kann bei der einen Person ein Trauma auslösen, bei einer anderen nicht.

Im Modell nach Lazarus wird davon ausgegangen, dass die Person (oder besser das Gehirn dieser Person), auf die ein „Stressor“ einwirkt, in einer ersten Bewertung („primary appraisal“) prüft, ob dieser Stressor irrelevant, positiv oder gefährlich für sie ist. In diesem Schritt spielen bereits individuelle Voraussetzungen wie das eigene Wertesystem, Körperkonzept, Ziele etc. eine Rolle, wie diese Bewertung ausfällt. Bei diesem Prozess spricht man auch vom „heißen System“, da dieser mehr emotional als kognitiv gesteuert ist.

In einem zweiten Bewertungsprozess („secondary appraisal“) prüft die betroffene Person, ob ihr im Falle einer Rückmeldung des Reizes als „bedrohlich“ die Möglichkeit zur Kontrolle zur Verfügung stehen. Es geht dabei also um die individuellen Ressourcen, mit einer Herausforderung umgehen zu können. Dieser Prozess wird als „kaltes System“ bezeichnet, da hier unter Nutzung der kognitiven Ressourcen strategisch nachgedacht, Pläne entworfen und Möglichkeiten überprüft werden.

Hirnhysiologisch laufen diese beiden Prozesse miteinander abgestimmt ab (Abbildung 45). Sobald die tiefergelegenen Hirnstrukturen (Hirnstamm, Hippocampus, Amygdala) im Rahmen der ersten Bewertung

emotional vermittelt eine Gefahr melden, werden entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten aus dem Großhirn (dem Neokortex) abgerufen, dem Gehirnteil, der z.B. für die sortierte Speicherung von Informationen, motorische Steuerung und assoziatives Denken zuständig ist.

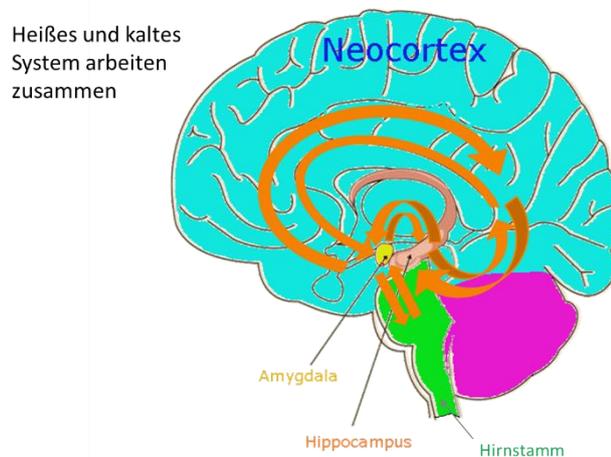


Abbildung 45: Hirnphysiologische Prozesse in einer Stresssituation

In normalen Stresssituationen werden dann entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten gefunden, die sich phylogenetisch (= „die Stammesgeschichte / Evolution betreffend“) auf die Reaktionen „**fight or flight**“ zurückführen lassen: entweder es besteht die Möglichkeit, dem Stressor „zu entkommen“ oder ihn „zu bewältigen / mit ihm umzugehen“ (Abbildung 46).

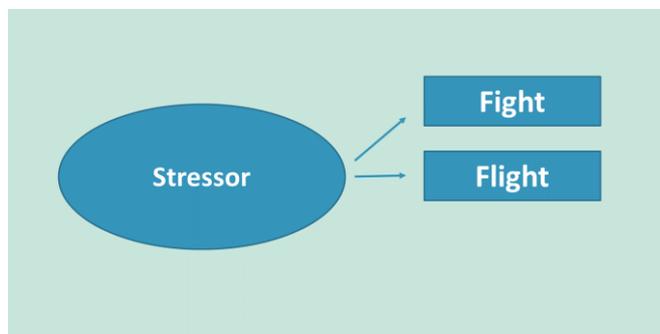


Abbildung 46: Die Stressreaktionen "Fight" und "Flight"

In einer Stresssituation (bitte erinnern Sie sich auch an die physiologischen Angstreaktionen aus Kapitel 4) wird eine physiologische Stressreaktion ausgelöst, die die nötigen Ressourcen im Körper bereitstellt, um mit dem bedrohlichen Reiz umgehen zu können. Die Herz- und Atemfrequenz sowie der Muskeltonus werden erhöht und es erfolgt eine Ausschüttung verschiedener Hormone. Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin sind für den Aufbau von Körperspannung zuständig, Kortisol verstärkt das Angstempfinden und Wachsamkeit, körpereigene Opiate schärfen schließlich die Wahrnehmung. So aktiviert wird eine erfolgreiche Flucht oder eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem Stressor ermöglicht.

### Reflexionsanregungen

- Bitte beschreiben Sie, was in einer belastenden Situation sowohl psychologisch als auch hirneurologisch bei der betroffenen Person abläuft.

In einer traumatisierenden Situation hingegen kann keine Bewältigungsmöglichkeit mehr gefunden werden, es kommt zu einem „Einfrieren“, dem „freeze“ (Abbildung 47).

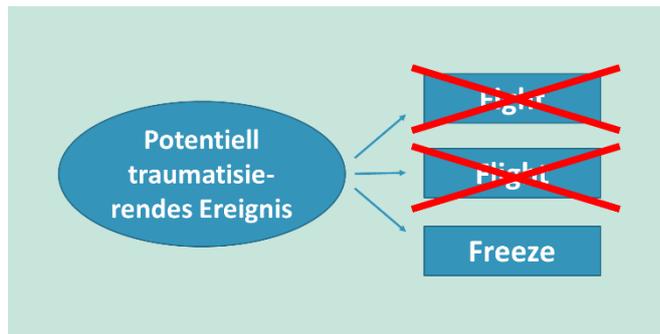


Abbildung 47: Traumareaktion "Freeze"

Hirnphysiologisch kommt es bei einer Traumatisierung zu einer Entkopplung vorher zusammenarbeitender Gehirnregionen (Abbildung 48). Insbesondere solche Regionen, die für die Verarbeitung von emotionalen Informationen sind (wie Amygdala, Insula, medialer Temporallappen und rechter visueller Kortex) sind aktiv, während Aktivitäten im Broca-Areal, das Erlebnisse in Sprache umsetzt, sowie in Gehirnregionen, die für eine „strukturierte“, sequentielle und kategoriale Abspeicherung von Erfahrungen zuständig sind, unterdrückt werden. Das Ergebnis dieser Entkopplung ist, dass traumatische Erinnerungen von den Betroffenen häufig nur als emotional aufgeladene Erinnerungseindrücke ohne zeitliche Einordnung und nicht verbalisierungsfähig abgespeichert werden.

Die Entkopplung dieser Bereiche mit der einhergehenden Trennung von Wahrnehmungs- und

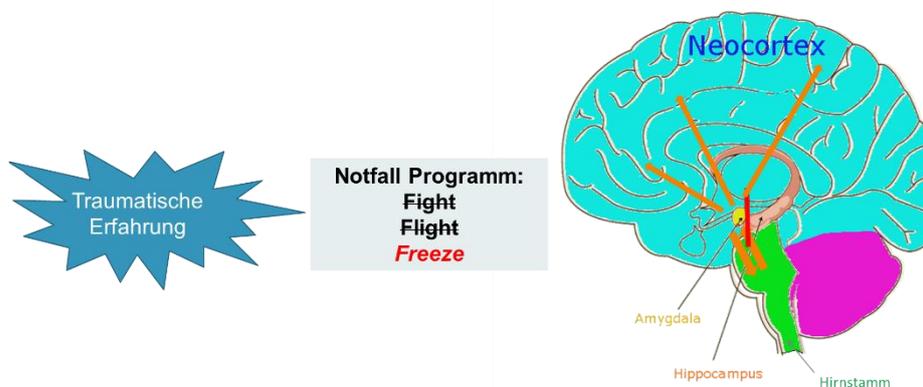


Abbildung 48: Hirnphysiologische Reaktion bei einem traumatischen Ereignis

Gedächtnisinhalten wird als „Dissoziation“ bezeichnet. Während normalerweise Erinnerung „ganzheitlich“ abgespeichert werden, also in ihrem zeitlichen und räumlichen Kontext, einschließlich der dazugehörigen Farben, Gerüche, Geräusche usw., werden in einem dissoziierten Zustand diese Eindrücke fragmentiert und unverarbeitet, also als kontextfreie „Einzelstücke“ abgespeichert. Auf diese Weise kann es auch später zu den sogenannten „Flashbacks“ kommen. Damit ist ein Wiedererleben der realen traumatisierenden Situation mit all ihren verschiedenen Aspekten gemeint. Ein sogenannter „Trigger“ kann ausreichen, um die betroffene Person in ihrer Vorstellung wieder in die Situation einschließlich der Wahrnehmung von z.B. Gerüchen, Geräuschen und Bildern zurückzusetzen und die gleichen physiologischen Reaktionen auszulösen.

### Reflexionsanregungen

- Fassen Sie in eigenen Worten den Unterschied zwischen einer Stressbelastung und einer Traumatisierung unter Berücksichtigung der hirneigenen Vorgänge zusammen.

**Lernhinweis**

Auch für das nun dargestellte Stress-Ressourcen-Modell gilt: Bitte verstehen, was dort wie zusammenwirkt!

Nun wirken allerdings nicht alle Stressoren gleich auf jedes Individuum. Ob schließlich eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge einer Situation ausgebildet wird, hängt sowohl von Faktoren der Situation als auch von individuellen Merkmalen der betroffenen Person ab. Dieser Zusammenhang wird im **Stress-Ressourcen-Modell** (vgl. Abbildung 49) dargestellt.

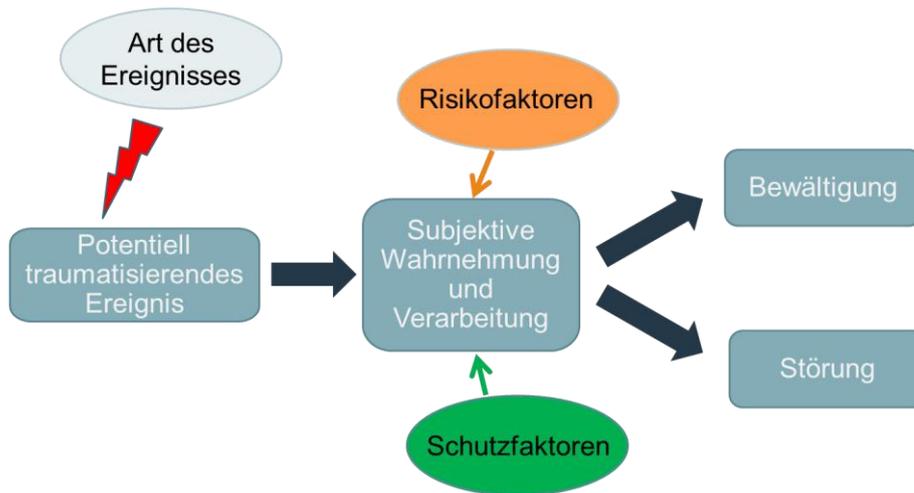


Abbildung 49: Traumafolgen - das Stress-Ressourcen-Modell

Entsprechend des Stress-Ressourcen-Modells können Ereignisse also zunächst hinsichtlich ihrer Art unterschieden werden (Tabelle 49).

Tabelle 49: Verschiedene Typen traumatisierender Ereignisse

	Type-I-Traumata (einzeln / kurz)	Type-II-Traumata (multipel / lang)
<b>Akzidentelle Traumata</b>	Verkehrsunfälle, kurze Katastrophen (z.B. Sturm, Feuer)	Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überflutungen, technische Katastrophen, Atomunfälle)
<b>Interpersonelle (man made) Traumata</b>	Sexualisierte Gewalt (z.B. Vergewaltigung), physische oder psychologische Gewalt	Sexualisierte oder physische Gewalt in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, Krieg, Geiselnahme, Folter, politische Gefangenschaft, Genozid
	<b>Person direkt vs. indirekt betroffen</b> z.B. Polizei, Notdienst, Zeuge	

Eine traumatische Situation kann erstens dahingehend unterschieden werden, ob es durch sogenannte „**akzidentelle Einflüsse**“ erfolgte, also durch Umstände, die nicht in der Verantwortung von einem oder mehreren Menschen liegen bzw. die sich nicht gezielt auf die betroffene Person beziehen, oder um

„**interpersonelle Traumata**“, die einem (oder mehreren) Menschen von einem (oder mehreren) anderen Menschen angetan werden.

Auf der zweiten Ebene können diese Ereignisse darin unterschieden werden, ob es sich um ein singuläres (einzelnes) und kurzes Ereignis (**Typ II-Trauma**) oder um ein sequentielles (mehrfaches) bzw. lang andauerndes Ereignis (**Typ II-Trauma**) handelt.

Das Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung auszubilden, ist für die unterschiedlichen Arten der Ereignisse unterschiedlich. Während die Wahrscheinlichkeit einer Störung bei einem einzelnen, nicht durch Menschen herbeigeführten Ereignis (Feld oben links in Tabelle 49) niedriger ausfällt, ist sie bei einem langanhaltenden oder mehrfachen, durch Menschen herbeigeführten Ereignis besonders groß.

Neben der Art des Ereignisses haben auch die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Zu den *Schutzfaktoren* gehören nach Egle & Hoffmann (2004)

- eine gute Beziehung zu zumindest einer Bezugsperson,
- ein aktives, zugängliches und optimistisches Temperament,
- Selbstsicherheit,
- soziale Beziehungen,
- die Verfügbarkeit weiterer Bewältigungsstrategien (Kreativität, Sport...),
- gute kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten sowie
- die Verfügbarkeit therapeutischer Unterstützung.

Das Vorhandensein folgender *Risikofaktoren* steigert hingegen das Risiko einer Posttraumatischen Belastungsstörung:

- unsichere Bindung,
- niedriger sozio-ökonomischer Status,
- Probleme in sozialen Beziehungen,
- frühere traumatisierende Erfahrungen / belastende Lebensereignisse,
- frühere psychische Störung,
- starke Angst während des Ereignisses,
- Schuld oder Schuldgefühl,
- eingeschränkte Lebensbedingungen,
- weibliches Geschlecht und
- zusätzliche Stressfaktoren wie Wohnort- oder Schulwechsel, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Gesundheitsprobleme...

### Reflexionsanregungen

- Warum darf man nicht den Betroffenen einer belastenden Situation vorwerfen, dass sie sich „nicht so anstellen sollen“?
- Warum ist es eine unzulässige Relativierung, wenn behauptet wird, dass z.B. ausgeübte Greuelthaten gar nicht so schlimm waren, da ja manche Betroffene trotzdem ein gutes Leben hatten?

Zusammenfassend bietet das sogenannte „Window of Tolerance“ ein anschauliches Modell dafür, welchen Effekt Schutz- und Risikofaktoren auf belastende und ggfs. traumatisierende Ereignisse haben (Abbildung 50).

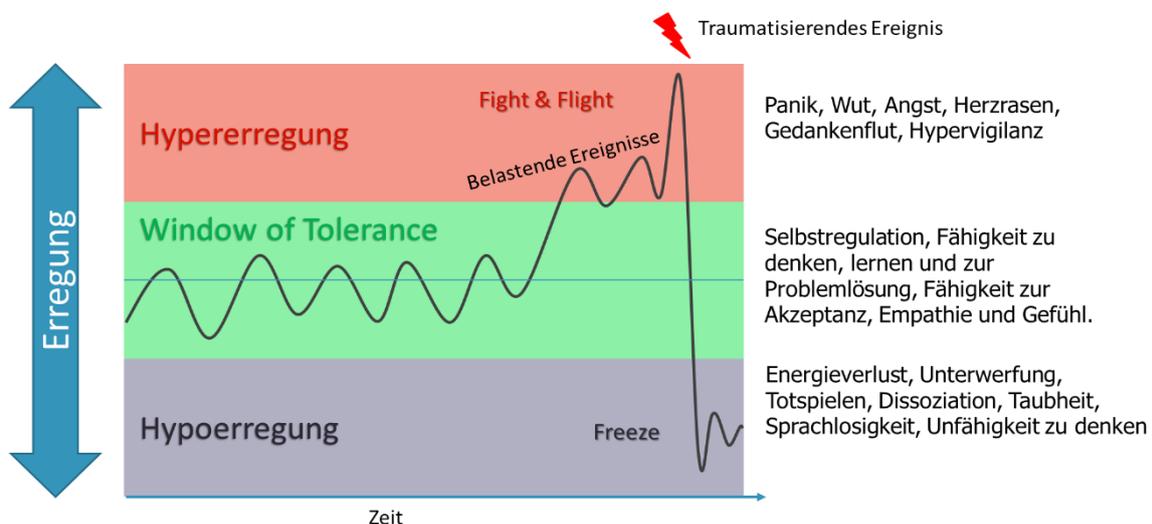


Abbildung 50: Window of Tolerance

Je nach Ausprägung der Schutz- und Risikofaktoren ist die Toleranz, mit belastenden Ereignissen umzugehen, größer oder kleiner (grüner Bereich, „Window of Tolerance“). Während der Umgang mit kleineren oder mittleren belastenden Ereignissen unter einer Steigerung der physiologischen Aktivität noch möglich ist („Fight & Flight“), kann die Bewältigungsmöglichkeit bei traumatischen Ereignissen überschritten werden, sodass es zu einer physiologischen Untererregung („Freeze“) und Dissoziation kommt.

### 37.3 Symptome & Diagnose

Für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sieht die ICD-10 folgende Kriterien vor:

#### **Lernhinweis**

Diese Diagnosekriterien sollten Sie kennen.

Tabelle 50: ICD-10 Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung

<b>A.</b>	Traumatisches <b>Erlebnis</b>
<b>B.</b>	Anhaltende <b>Erinnerungen</b> oder <b>Wiedererleben</b> der Belastung ("flashbacks"), <b>Träume</b> oder <b>Gefühl der Bedrängnis</b> in ähnlichen Situationen
<b>C.</b>	<b>Vermeidung</b> von Umständen, die mit der Belastung in Zusammenhang stehen ("trigger"): z.B. Geräusche, Bilder, Räume, Personen, Worte...
<b>D.</b>	1. Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder 2. Erhöhte psychische Empfindlichkeit und Erregung: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit (mindestens 2 davon)
<b>E.</b>	Auftreten noch mind. 6 Monate nach Ereignis

Neben diesen Kriterien, die für eine ICD-Diagnose notwendig sind, fallen betroffene Personen auch häufig durch bestimmten Verhaltens auf. Dazu gehören:

- Sozialer Rückzug
- Herabgesetzte Konzentration
- Antriebslosigkeit
- Erschöpfung
- Unruhe
- Reizbarkeit
- Aggressivität

Außerdem berichten Betroffene im Gespräch häufig von

- einem Gefühl der "Taubheit",
- Scham- und Schuldgefühlen,
- einer Entfremdung von anderen Menschen,
- Anhedonie (Lustlosigkeit),
- Schlafstörungen und Alpträume,
- einem gesteigerten Kontrollbedürfnis und von
- suizidalen Gedanken.

#### **Reflexionsanregungen**

- Wie erklären Sie sich, dass der Mann in dem Fallbeispiel zweimal aus dem Klassenzimmer gelaufen ist?
- Diskutieren Sie in Ihrer Lerngruppe, ob man z.B. die Anhedonie oder die Schlafstörungen als Folge einer PTBS von den gleichen Symptomen als Folge z.B. einer Depression unterscheiden kann und ggfs. wie.

## 37.4 Epidemiologie

### **Lernhinweis**

Die im Folgenden genannten Zahlen sollen Ihnen vor allem eine Orientierung geben.

#### 37.4.1 Prävalenzen

Für die Posttraumatische Belastungsstörung wurde eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 % für Erwachsene in den USA ermittelt (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995) und eine Lebenszeitprävalenz von 1,5-3,4 % Jugendliche in Deutschland (Maercker., Forstmeier, Wagner, Glaesmer, & Brähler, 2008). Insgesamt sind doppelt so viele Frauen von PTBS betroffen wie Männer.

Diese Zahlen gelten für die Gesamtstichprobe ohne Berücksichtigung, ob ein „Potentiell traumatisierendes Erlebnis“ in der Biografie vorlag oder nicht. Werden jedoch Stichproben untersucht, die bestimmte Erlebnisse erfahren haben, erhöhen sich die Prävalenzraten drastisch. Dementsprechend leiden

- 50-65 % der Betroffenen nach Kriegserleben als Zivilist,
- 50 % der Betroffenen nach Vergewaltigungen und sex. Missbrauch,
- 5 % der Betroffenen nach schweren Verkehrsunfällen,
- < 5 % der Betroffenen nach Natur-, Brand-, Feuerkatastrophen und
- < 5 % Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen unter den Symptomen einer PTBS.

#### 37.4.2 Komorbidität

Häufig treten auch andere psychische Störungen zusammen mit einer PTBS auf. Dies sind die Komorbiditätsraten für einige ausgewählte Störungen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995):

- Depressive Störungen: 53 %
- Sucht- & Abhängigkeitsstörungen: 53 %
- Angststörungen: 30 %

Wenn Kinder in ihrer frühen Kindheit unter Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren, ist das Risiko für die Ausbildung vor allem einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders erhöht. Außerdem besteht bei Vorliegen einer PTBS ein etwa 8-mal erhöhtes Suizidrisiko.

## 37.5 Umgang mit Betroffenen

### **Lernhinweis**

Der Umgang mit traumatisierten Menschen wird Ihnen in Ihrer beruflichen Tätigkeit wahrscheinlich immer wieder begegnen. Daher ist es wichtig, dass Sie die Struktur kennen, wie mit den Betroffenen umgegangen wird, was in Ihren Arbeitsbereich fällt und wie diese Struktur umgesetzt werden kann. Sie werden im Folgenden viele Umsetzungsbeispiele kennen. Dies soll Ihnen konkrete Ideen vermitteln, was getan werden kann. Sie brauchen nicht vollständig auswendig können. Aber wenn Sie einige davon spontan zur Verfügung haben, wird Ihnen und den Betroffenen das sicher helfen.

Als Schema für den Umgang mit Menschen, die unter einer PTBS leiden, hat sich folgende Struktur etabliert:

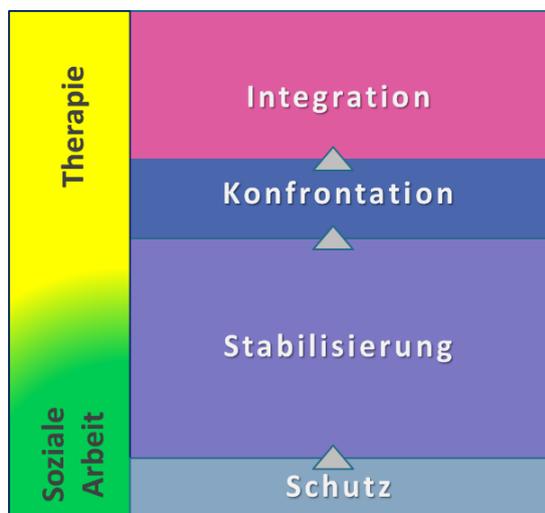


Abbildung 51: Stufenmodell zum Umgang mit traumatisierten Menschen

Primär ist es wichtig, den Betroffenen **Schutz** vor einer weiteren Einwirkung der Belastung durch Vermeidung von Angriffen und Übergriffen sowie durch die Vermeidung von Triggern zu bieten. Dies zu gewährleisten, z.B. auch unter Hinzuziehung anderer Behörden oder Institutionen, fällt in den Bereich der Sozialen Arbeit.

Sobald die Sicherheit gegeben ist profitieren die Betroffenen vor allem durch **stabilisierende Maßnahmen**, von denen auch noch ein großer Teil im Rahmen der Sozialen Arbeit durchgeführt werden kann. Im Sinne einer „Ersten Hilfe“ sollte zur mentalen Stabilisierung eine Bezugsperson zur Verfügung gestellt werden. Die Betroffenen sollten außerdem eine Orientierung erhalten, wo sie sich befinden, ggfs. wer sie sind und wer die anderen Anwesenden sind. Auch die zeitliche Orientierung sollte überprüft und ggfs. gegeben werden.

In den Bereich der Stabilisierung fällt auch die Psychoedukation. Dies bedeutet, dass den Betroffenen erklärt werden sollte, was passiert ist. Hierbei muss jedoch auf eine konkrete Schilderung verzichtet werden, es sollte etwa auf dem Niveau verbleiben: „Es hat ein Übergriff auf Sie stattgefunden, wir haben Sie aufgefunden und in dieses Krankenhaus gebracht“. Die Vorgänge wie Dissoziation, Herzrasen, Amnesie usw. sollten jedoch als „normale“ Folge des Erlebnisses eingeordnet werden.

Äußerst wichtig für eine erste Bewältigung ist auch die körperliche Stabilisierung der betroffenen Person. Hierzu ist ausreichend Schlaf wichtig. Auch körperliche Aktivität (Gehen, Jogging), eine ausgeglichene Ernährung und die Vermeidung von Drogen, Alkohol, Zigaretten, Koffein wirken sehr unterstützend.

Da durch ein traumatisches Erlebnis eine starke Orientierungslosigkeit ausgelöst wird, ist die Umsetzung klarer Strukturen hinsichtlich einer Stabilisierung der Betroffenen sinnvoll. Es sollte daher auf eine verlässliche Zeitstruktur und verlässliche Raumstruktur geachtet werden. Sich wiederholende Abläufe und Visualisierungen unterstützen die Orientierungsfähigkeit der betroffenen Personen. Der Umgang mit den Betroffenen sollte durch klare Regeln und Konsequenzen und Rituale, gleichzeitig aber auch durch Flexibilität geprägt sein.

Da die traumatische Situation den größtmöglichen Kontrollverlust für die Betroffenen darstellt, ist für weitgehende Wahlmöglichkeiten zu sorgen. Dies fängt bereits bei „kleinen Wahlmöglichkeiten“ an, wie zu sprechen oder nicht zu sprechen, zu sitzen oder nicht und wo, zu essen oder nicht.

Genauso wichtig wie die Bereitstellung von Rückzugsmöglichkeiten ist auch die Möglichkeit für soziale Kontakte. Im Gruppenkontext ist auf eine angenehme Atmosphäre zu achten. In Gesprächen sollte auf eine verständnisvolle Haltung und die Anwendung des aktiven Zuhörens geachtet werden.

Nicht selten kommt es zu einem aggressiven, eskalierenden Verhalten traumatisierter Menschen. Hier ist ein Blick auf die interaktionale Dynamik des Traumageschehens zur Einordnung und zum Umgang mit der Aggressivität hilfreich. Intrapsychisch ist es so, dass die Betroffenen nach einer Traumatisierung häufig Menschen nach zwei Kategorien unterscheiden: Opfer und Täter. Um nicht wieder Opfer zu werden, unternehmen sie große Anstrengungen, eher zu Tätern zu werden, selbst gegen ihre eigenen Überzeugungen und rationale Entschlüsse. Daher zeigen die Betroffene häufig sogar in alltäglichen Situationen ein aggressives Verhalten.

Für den Umgang mit eskalierten Situationen sind folgende Strategien hilfreich:

- Räumliche Trennung
- Mit Klärung abwarten bis Erregung gesunken ist
- Konsequenzen auf später verschieben
- Körperliche Betätigung
- Wahrnehmungsübungen
- Kleinere Grenzüberschreitungen ignorieren
- Ruhe

Hinsichtlich der Kommunikation in solchen Situationen sollten folgende Maßgaben beachtet werden:

- Klare Sprache
- „Ich-Botschaften“
- Vermeidung von Anschuldigungen
- Langsamere Rede durch verzögerte Antworten
- Generalisierungen vermeiden
- „Predigten“ vermeiden!

Last but not least sollen noch einige Aspekte erwähnt werden, auf die im Umgang mit traumatisierten Menschen verzichtet werden sollte (die „Dont’s“):

- Stress
- Übende Methoden
- Belohnungen und Bestrafungen
- Positive Aspekte eines Problems herausstellen
- Emotionale, möglicherweise triggernde Inhalte herausstellen
- Überraschungen / unerwartete Umstände
- Über Trauma im Detail sprechen
- Androhung von Strafen
- Generalisierungen
- Ironie und Sarkasmus
- Kritisieren, von oben herab behandeln

## 37.6 Therapie

Erst die nächsten Schritte, die **Konfrontation** und die **Integration**, sind psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne und ausschließlich Aufgabe von Psychotherapeut\_innen. In der Phase der Konfrontation werden die Betroffenen (in einem je nach Methode mehr oder weniger langen Prozess) in ihrer Vorstellung an die traumatische Situation herangeführt und darin begleitet, diese (je nach Interventionsmethode unterschiedliche Weise) auszudrücken, also z.B. zu verbalisieren oder zu malen. Im letzten Schritt werden die Betroffenen darin begleitet, die Erlebnisse in ihr Leben zu integrieren, sie einzuordnen und ihnen „einen Platz“ zu geben.

Es gibt eine große Vielfalt an spezifischen Traumatherapien. Kürzere, fokussierte Ansätze sind z.B. das „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“ nach Shapiro, „Somatic Experiencing“ nach Peter Levine, das „Imagery Rescripting“ nach Smucker sowie die „Narrative Expositionstherapie“. Isoliert sollten diese Verfahren allerhöchstens bei akzidentielle Mono-Traumatisierungen vorgenommen werden. Da sich aber vor allem komplexere Traumatisierungen auf verschiedene Bereiche der Psyche auswirken, ist die Einbettung einer spezifischen, kurzen Traumaintervention in eine umfassendere Psychotherapie (z.B. einer kognitiven Verhaltenstherapie oder eine psychodynamische Psychotherapie) angezeigt. Für diese komplexeren Traumatisierungen wurden auch verschiedene umfassendere Therapieverfahren entwickelt. Gut etabliert in diesem Bereich sind z.B. die „Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)“ oder die „Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT)“.

Eine gute Übersicht über verschiedene traumatherapeutische Verfahren finden Sie unter

<https://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/traumatherapie/psychotherapie-bei-traumatisierungen/#c5167>

### Lernhinweis

Der gesamte folgende Teil des Skripts soll Ihnen vor allem einen Überblick über die dort beschriebenen Störungen geben. Dies soll Ihnen in Ihrer Arbeit helfen, bestimmte Symptome einschätzen oder auch z.B. durch Ärzt\_innen Psycholog\_innen gestellte Diagnosen einordnen zu können.

Neben dem, dass Sie die einen eher allgemeinen Überblick über die beschriebenen Störungen erhalten ist es mir noch wichtig, dass Sie den ätiologischen Hintergrund der Dissoziativen Identitätsstörung nachvollziehen und wiedergeben können.

## 38. F43.0 Akute Belastungsreaktion

Von der Posttraumatischen Belastungsstörung wird die „Akute Belastungsreaktion“ abgegrenzt. Sie ist die übliche Folge auf stark belastende Ereignisse, drückt sich in einem Verhalten aus, wie es für erschreckende oder traurige Ereignisse „normal“ ist und dauert nur einige Stunden. Sie kann der Entwicklung einer längerfristigen PTBS vorangehen (vgl. Abbildung 52).

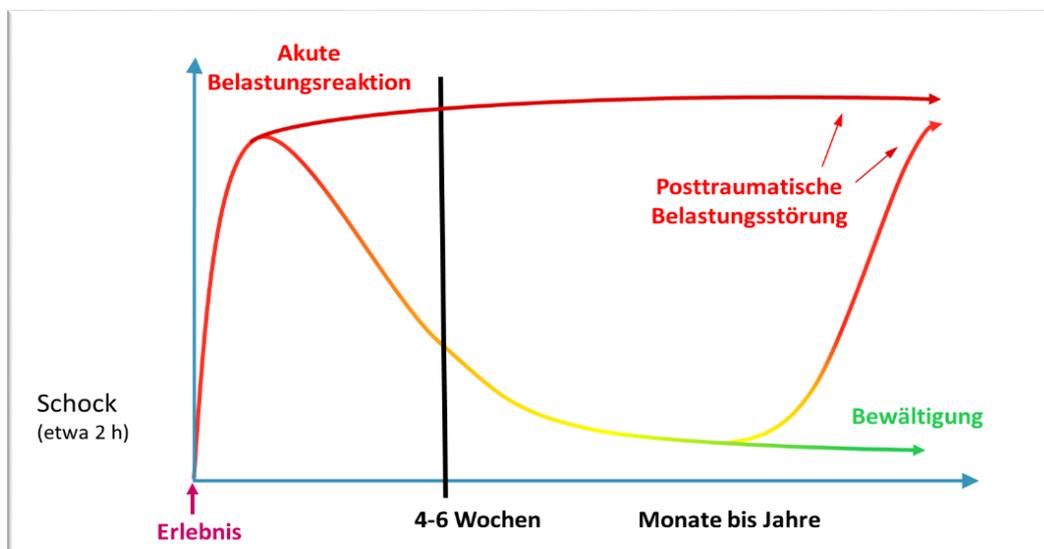


Abbildung 52: Entwicklung von Anpassungsstörung vs. Posttraumatischen Belastungsstörung; modifiziert nach Berghändler *Es ist eine ungültige Quelle angegeben.*

Die ICD-10 Kriterien für die Akute Belastungsstörungen sind in Tabelle 51 erfasst.

Tabelle 51: ICD-10 Kriterien für eine akute Belastungsstörung

A.	Traumatisches Erlebnis
B.	Angstsymptome der generalisierten Angststörung
C.	Sozialer Rückzug, Desorientierung, Ärger, verbale Aggression, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Überaktivität, außergewöhnliche Trauer
D.	Dauer: nur einige Stunden

## 39. F43.2 Anpassungsstörung

Unter einer Anpassungsstörung wiederum versteht man die längerfristig bestehende Beeinträchtigung in der Lebensführung nach einer psychosozialen Belastung, die nicht von katastrophalem Ausmaß ist wie z.B. einer Trennung, der Geburt eines Kindes, einem Arbeitsplatzverlust etc.

Die Symptome entsprechen denen der affektiven Störungen, neurotischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens.

## 40. F44.81 Dissoziative Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung (alt)

Die dissoziative Identitätsstörung (DIS), die früher (und im ICD-10 immer noch) als „Multiple Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet wurde, ist wohl die schwerste der dissoziativen Störungen, von denen die anderen im nächsten Kapitel behandelt werden. Sie ist auch diejenige, die am stärksten mit einer (frühen und schweren) Traumatisierung verbunden ist.



Die Diagnose der DIS war lange Zeit gerade in den Vereinigten Staaten von Amerika sehr umstritten, nachdem dort eine wahre Flut an Diagnosen der DIS gestellt wurde. Den Therapeut\_innen wurde vorgeworfen, dass sie den Betroffenen falsche Erinnerungen eingeredet haben, was zu einem bestimmten Teil auch nicht von der Hand zu weisen war. Ein beträchtlicher Teil der Diagnosen wurde aber nachträglich als wieder richtig beurteilt. Heute scheint festzustehen, dass die Störung tatsächlich vorkommt, wissenschaftlich aber aufgrund der geringen Fallzahlen und der noch selteneren Diagnose aber schwer zu untersuchen ist.

Michaela Huber (2010) beschreibt in ihrem Buch die Persönlichkeiten einer ihrer Patientinnen so:

### Fallbeispiel Dissoziative Identitätsstörung F44.81

Ur-Renate, etwa vier Monate alt, schläft.

Nadja, drei Jahre, ruft immer »Mama hilf, Mama hilf«.

Reno, ungefähr sechs, Junge, mag Papa.

Renate, 28 Jahre, intellektuell, wusste bis vor Kurzem nichts von den anderen.

Renate II, die Rückseite von Renate, hat immer Panik und will sich umbringen.

Ronnie (vielleicht fünf?), Geschlecht unbekannt, geht's ganz schlecht, schreit und weint immer.

Lolita, ungefähr 13 (jünger?), fühlt sich als kleine Nutte.

Herta [Name der Mutter] sieht aus wie Mama und redet auch so.

Babys I-V, schlafen in einer Kiste, weinen manchmal.

Zorro, Alter unbekannt, männlich, trägt immer Schwarz, will nichts mit der Therapie zu tun haben.

Hasso, Kettenhund, böse, reißt sich manchmal los und tut den anderen in uns weh.

Cecilia, Teenager, kauft immer schöne Klamotten und interessiert sich für nichts anderes.

Babydoll, vielleicht zehn, sehr zart, spielt mit Puppen und hat ganz viel Angst.

Schwester Katharina, erwachsen, gläubig, redet immer vom strafenden Gott.

Satan, ganz böse, tut uns und anderen weh. Will unbedingt, dass wir die Therapie abbrechen.

Helmut, sehr nett, beschützt die Kleinen, nach außen oft ein »Macho«.

## 40.1 Diagnose

Entsprechend der ICD-10 müssen folgende Kriterien für die Diagnose einer DIS vorliegen:

<b>A.</b>	Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen nur jeweils eine zu einem bestimmten Zeitpunkt in Erscheinung tritt
<b>B.</b>	Jede Persönlichkeit hat eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit die Kontrolle über das Verhalten
<b>C.</b>	Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern

Typisch für die Betroffenen sind gehäufte amnestische Erfahrungen mit vielen und langen Zeiträumen, zu denen die aktuell „aktive“ Persönlichkeit keine Erinnerungen hat.

## 40.2 Epidemiologie

### 40.2.1 Prävalenz und Verlauf

Die DIS weist nach einer Studie (Sar, Akyüz, & Doğan, 2007) eine Lebenszeit-Prävalenz von 1,1 % in der Stichprobe von N = 628 Frauen auf, was einer Lebenszeit-Prävalenz von 0,5-1,1% in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Frauen sind schätzungsweise 3-9 mal häufiger betroffen.

Die Störung tritt zumeist schon im frühen Kindesalter auf, wird jedoch oft erst im Erwachsenenalter diagnostiziert. Latenzzeit bis zur richtigen Diagnose: 6 - 22 Jahre. Ohne adäquate Behandlung verläuft die Störung chronisch.

Da die Symptome häufig sehr unspezifisch sind und die Diagnose eher ein „Exot“ ist, besteht bei vielen Betroffenen eine lange psychiatrische Vorgeschichte mit häufigen stationären Aufenthalten. Durchschnittlich bestehen bereits ca. 3 Vordiagnosen bevor die Diagnose einer DIS gestellt wird.

### 40.2.2 Komorbidität

Häufig geht die DIS mit weiteren gravierenden Beeinträchtigungen einher. Regelmäßig zu beobachten sind:

- Impulsdurchbrüche
- Selbstverletzungen
- Angstsymptome
- Substanzmissbrauch
- Somatisierungs- oder Essstörungen

- schwere Depressionen, Suizidimpulse und -versuche
- starke Schwankungen im affektiven und allgemeinen Funktionsniveau
- verschiedenste Formen von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung, vermeidend-selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitsstörung

### 40.3 Ätiologie

Die DIS entwickelt sich durch die „Abspaltung“ zunächst einer, dann ggfs. weiterer Persönlichkeiten als letztmögliche „Flucht-Reaktion“ in traumatisierenden Situationen. DIS sind in der Regel die Folge schwerster langanhaltender Traumatisierungen in der Kindheit wie langanhaltenden Missbrauchserfahrungen. Häufig kommt diese Form der psychischen Störung bei Opfern ritueller Gewalt vor. Es handelt sich um eine Art Überlebensstrategie, die es der betroffenen Person ermöglicht, gewisse Persönlichkeitsanteile durch Abspaltung (Dissoziation) von den traumatisierenden Erfahrungen zu schützen.

### 40.4 Therapie

Die Therapie ist bei einer solch gravierenden, chronischen Störung äußerst schwierig und langwierig und erfordert eine spezielle Expertise der Therapeutin bzw. des Therapeuten. Übergeordnetes Ziel der Therapie ist nicht die „Löschung“ der Persönlichkeiten, sondern vielmehr ihre Integration. Das Minimalziel einer Therapie ist die Kooperation zwischen den verschiedenen Persönlichkeiten und deren Steuerung sowie die Anerkennung aller Anteile.

## 41. F44: Dissoziative Störungen

Die dissoziativen Störungen sind vom teilweisen oder vollständigen Verlust der normalen Integration der Erinnerung, der Identität, der Wahrnehmung und der Motorik gekennzeichnet. Typische Aussagen wären für die verschiedenen Störungen des dissoziativen Spektrums könnten wie folgt lauten:

*„Ich erinnere mich nicht. Was ist in den letzten Stunden passiert?  
Was habe ich getan? Wie bin ich hier hergekommen?“*

*„Ich bin gar nicht mehr ich selbst.“*

*„Ich spüre nichts.“*

*„Ich sehe alles durch eine Milchscheibe. Alles ist fern und fremd.“* Abbildung 53: Cirque de diable

*„Ich fühle mich fremd in mir.“*

*„Meine Arme gehorchen mir nicht mehr. Ich sehe sie, will sie bewegen, doch sie gehorchen mir nicht.“*



### 41.1 Konzept der Dissoziation

In der Mitte des 19. bis zum Anfang 20. Jahrhundert galt die Dissoziation als Erklärungsmodell für „hysterische Phänomene“. Obwohl es diesen Begriff anfangs noch nicht gab, wurde die Abspaltung insbesondere durch Sigmund Freud als Auslöser für Symptome psychogener Störungen des Bewusstseins (Amnesien), des Sensoriums (Wahrnehmungsstörungen) und der Motorik angesehen. Der Begriff der „Dissoziation“ (gegenüber „Assoziation“) wurde 1907 vom Arzt Pierre Janet für die Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewusstsein eingeführt.

Mit Dissoziation ist ein teilweises bis vollständiges Auseinanderfallen psychischer Funktionen gemeint, die normalerweise zusammenhängen: Wahrnehmung, Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Motorik, Körperempfindungen.

Dieses Auseinanderfallen ist durchaus auch ein Alltagsphänomen. Es kommt vor beim vollständigen Aufgehen in einer Tätigkeit („Flow“), beim Vergessen, bei der Schmerzlosigkeit nach Verletzung, während automatisierter Handlungen, bei Tagträumen usw.

## 41.2 Klassifizierung

In der ICD-10 werden folgende dissoziative Störungen unterschieden (Tabelle 52):

Tabelle 52: Klassifizierung der dissoziativen Störungen in der ICD-10

F44	Dissoziative Störungen
F44.0	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue
F44.2	Dissoziative Stupor
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen
.80	Ganser-Syndrom (Vorbeiantworten)
.81	Multiple Persönlichkeitsstörung
.82	Transitorische dissoziative Störungen in Kindheit & Jugend
F44.9	Dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet

Die Multiple Persönlichkeitsstörung F44.81 wurde im vorherigen Kapitel behandelt.

## 41.3 Symptome

Die verschiedenen Störungen dieser Gruppe werden anhand ihrer klinischen Charakteristika unterschieden, vgl. Tabelle 53

Tabelle 53: Klinische Charakteristika der dissoziativen Störungen

Psychoforme Dissoziation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dissoziative Amnesie:</b> Erinnerungsverlust zumeist biografischer Ereignisse</li> <li>▪ <b>Dissoziative Fugue:</b> zielgerichtete Ortsveränderung</li> <li>▪ <b>Dissoziative Trancezustände:</b> Verlust des Identitätsgefühls und der Umgebungswahrnehmung mit Einschränkung der Mimik &amp; Gestik</li> <li>▪ <b>Dissoziative Besessenheitszustände:</b> Überzeugung, von anderer Macht gesteuert oder beherrscht zu werden</li> <li>▪ <b>Multiple Persönlichkeitsstörung:</b> Vorhandensein mehrerer Persönlichkeiten</li> </ul>
Konversions- störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dissoziativer Stupor:</b> völlige Bewegungslosigkeit</li> <li>▪ <b>Dissoziative Bewegungsstörungen:</b> betrifft alle Funktionen der Willkürmotorik</li> <li>▪ <b>Dissoziative Krampfanfälle:</b> Krampfartige Bewegungen</li> <li>▪ <b>Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen:</b> Verlust der Empfindung eines oder mehrerer Sinnesorgane</li> </ul>

## 41.4 Diagnose

Die Diagnose entsprechend der ICD-10 wird entsprechend der klinischen Charakteristika der einzelnen Störung gestellt. Voraussetzung einer Diagnose sind Belege für die psychogene Verursachung der Störung, d.h. es muss ein zeitlicher Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung bestehen. Schließlich muss eine körperliche Erkrankung ausgeschlossen sein.

In der Differentialdiagnose (also der Abgrenzung zu anderen Störungen) muss berücksichtigt werden, dass auch andere Störungen häufig mit dissoziativen Symptomen verbunden sind, insbesondere die akuten Psychosen, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung und bipolare Störungen.

## 41.5 Epidemiologie

Es liegen bislang kaum präzise Daten für die Prävalenz der einzelnen dissoziativen Störungen in der Allgemeinbevölkerung vor, die Angaben der Lebenszeitprävalenz für alle dissoziativen Störungen liegt zwischen 1,4 und 4,6%, wobei Frauen etwa dreimal häufiger betroffen sind als Männer.

Für die Konversionsstörungen liegen die Daten der Lebenszeit-Prävalenz bei 0,6% in der Allgemeinbevölkerung. Allerdings finden sich Betroffene mit Konversionsstörungen relativ häufig in klinischen Stichproben. Etwa 8-9% aller stationären neurologischen PatientInnen und 6-8% aller stationären psychiatrischen PatientInnen erfüllen die Kriterien für eine Konversionsstörung, wobei Frauen viermal häufiger betroffen sind als Männer. Der Krankheitsbeginn von Konversionsstörungen liegt meist vor dem 3. Lebensjahrzehnt.

## 41.6 Verlauf

Die dissoziativen Störungen werden erst spät in ihrem Verlauf diagnostiziert und behandelt. Die mittlere Erkrankungsdauer liegt bei 7 Jahren vor einer erstmaligen psychiatrischen Intervention bei neurologisch hospitalisierten Patient\_innen. Der Verlauf unterscheidet sich häufig entsprechend des Beginns der Störung. Während bei akutem Beginn häufig eine Remission nach Wochen und Monaten zu beobachten ist, entwickeln sich bei langsamem Beginn, bei unlösbaren Konflikten oder interpersonellen Schwierigkeiten häufig chronische Verläufe. Wenn die Symptombdauer länger als 1 – 2 Jahre beträgt, besteht eine ungünstige Prognose.

## 41.7 Komorbidität

Wie bei vielen anderen psychischen Störungen liegen bei Patient\_innen mit dissoziativen Störungen hohe Komorbiditätsraten vor. In Studien wiesen ca. 30% der Patient\_innen mit dissoziativen Störungen zusätzlich Persönlichkeitsstörungen (v.a. narzisstische und Borderline-PS), ca. 12-25% Angststörungen und ca. 15% somatoforme Störungen auf.

## 41.8 Ätiologie

Die klassische Psychoanalyse hat sich früh mit den Konversionsstörungen beschäftigt. In ihnen wurde ein Abwehrmechanismus gesehen, durch den unerträgliche psychische Zuständen verdrängt und auf die körperliche Ebene verschoben und so zum Ausdruck gebracht werden.

Das verhaltenstherapeutisches Modell sieht psychoforme Dissoziationen als Vermeidungsreaktion an, die Betroffene vor der Erinnerung belastender / traumatischer Erlebnisse schützt.

Häufig wird die Annahme diskutiert, dass dissoziative Störungen regelmäßig im Zusammenhang mit Traumatisierungen stehen. Tatsächlich kam eine Studie zu dem Ergebnis, dass bei allen Untersuchten mit dissoziativen Störungen massive sexuelle Übergriffe stattgefunden haben (Saxe et al., 1993). Allerdings ist dies inkonsistenter Befund, der nicht regelmäßig wiederholt werden konnte.

## 41.9 Therapie

Der erste Schritt einer Therapie dissoziativer Störungen besteht häufig in der Information über die grundlegende Störungszusammenhänge und Therapieprinzipien (Psychoedukation). Darüber hinaus erfolgt eine symptomorientierte Behandlung z.B. mit Physiotherapie, Logopädie, und Hirnleistungstraining. In der begleitenden Psychotherapie wird oft ein multimodaler Ansatz mit „konfliktbearbeitenden“ wie auch symptom- und ressourcenorientierten Therapien gewählt (kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren). Neben der Bearbeitung zugrundeliegender Konflikte soll durch ressourcenorientiertes Arbeiten die Funktionalität der Symptomatik überflüssig gemacht werden („Aufgabe des Symptoms“). Schließlich kommt der Traumatherapie bei entsprechendem Vorliegen traumatisierender Erlebnisse eine wichtige Rolle zu.

## 41.10 Umgang mit Betroffenen

Entsprechend der geschilderten Vorgehensweisen beim Umgang mit den traumatisierten Menschen sollte eine Atmosphäre hergestellt werden, die Scham vermeidet und Sicherheit schafft. Es sollte mit Transparenz gearbeitet werden und den Betroffenen Möglichkeiten zur Kontrolle gegeben und Wahlmöglichkeiten geschaffen werden. Sollte eine Notwendigkeit bestehen, sind die Betroffenen zu reorientieren und zu stabilisieren.

## 42. Mehr erfahren

Für diejenigen von Ihnen, die noch ein wenig mehr oder auf anderen Wegen etwas über Angststörungen erfahren möchten, hier einige links:

Lady Gaga und die PTBS:

<https://www.spiegel.de/panorama/leute/lady-gaga-ich-leide-an-ptbs-a-1124626.html>

Infos zum Umgang mit traumatisierten Menschen, z.B. auch für Angehörige:

<https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/informationen-f%C3%BCr-angeh%C3%B6rige.html>

Weitere Infos zur Anpassungsstörung:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/55204/Anpassungsstoerungen-Wenig-beachtet-und-kaum-untersucht>

Eine gute Darstellung der Dissoziativen Identitätsstörung:

<https://www.psychmag.de/11375/diagnostik-dissoziativen-identitaetsstoerung-dissoziative-stoerungen/>

Zwei sehr interessante Dokumente zum Thema Dissoziative Identitätsstörung:

<https://www.spektrum.de/pdf/gug-03-04-s034-pdf/835418?file>

[https://www.lups.ch/fileadmin/files/pdfs/Downloads\\_Referate\\_WB/2016-01-21\\_Referat\\_Gast\\_Ursula.pdf](https://www.lups.ch/fileadmin/files/pdfs/Downloads_Referate_WB/2016-01-21_Referat_Gast_Ursula.pdf)

## 43. Lernfragen

- 25.) Nennen Sie vier Aussagen oder Beobachtungen, die Hinweiszeichen für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sein können.
- 26.) Was versteht man unter einem Typ I-Trauma und was unter einem Typ II-Trauma?
- 27.) Der Prozess der therapeutischen Begleitung von traumatisierten Menschen wird in vier Phasen unterteilt. Welche zwei Phasen sollten diesem Modell entsprechend der konfrontierenden therapeutischen Arbeit voran gestellt werden? Wie kann im Rahmen der sozialen Arbeit zur Umsetzung dieser Voraussetzung beigetragen werden? Bitte nennen Sie 4 sinnvolle Maßnahmen.
- 28.) Wie nennt man die psychologische Reaktion, wenn ein Individuum während eines traumatischen Erlebnisses keine Möglichkeit zur Bewältigung der Situation gefunden werden kann?

# Kapitel 7

## Persönlichkeitsstörungen



## 44. Überblick über das Kapitel

Im vorliegenden Kapitel beschäftigen wir uns mit den Persönlichkeitsstörungen, der Störungsgruppe, die im Kapitel F6 der ICD-10 dargestellt wird. Diese Störungen liegen etwas „quer“ zu den anderen, bisher besprochenen Störungen. Natürlich können und haben Depressionen, Angststörungen, psychotische Störungen etc. lange Verläufe. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich jedoch insofern, als dass sie doch eher „zur Person“ gehören. Dies wird wohl aus dem Abschnitt „Persönlichkeit, Persönlichkeitsakzentuierung und Persönlichkeitsstörung“ deutlicher. Es hat ein bisschen etwas von „so ist dieser Mensch“ als von „das hat dieser Mensch“. Das Diagnostikmanual DSM hatte daher auch in seiner letzten Ausgabe zwei Beurteilungachsen aufgeführt: eine zur Diagnose einer möglicherweise vorliegenden (und vielleicht „nicht so auffälligen“) Persönlichkeitsstörung und eine für die Diagnose einer anderen (vielleicht „auffälligeren“) psychischen Störung.

Unter Persönlichkeitsstörungen versteht man überdauernde persönliche Eigenschaften oder verfestigte Verhaltensmuster, die auch bei allen anderen Menschen mehr oder weniger vorkommen, bei den Betroffenen aber extrem ausgeprägt sind und zu deutlichem Leidensdruck bei der betroffenen Person oder dem Umfeld und / oder zu gravierenden psychosozialen Einschränkungen führen.

## 45. Stil oder Störung - Persönlichkeit, Persönlichkeitsakzentuierung und Persönlichkeitsstörung

### **Lernhinweis**

Nach der Bearbeitung dieses Kapitels sollten Sie wissen, was unter „Persönlichkeit“ und was unter einer „Persönlichkeitsstörung“ verstanden wird und ein Verständnis dafür entwickelt haben, wie beide Begriffe bzw. Konzepte voneinander abgegrenzt werden können.

### **Einstieg**

- Was verstehen Sie unter Persönlichkeit?
- Wie würden Sie Ihre eigene Persönlichkeit beschreiben?
- Überlegen Sie, wie sich Ihnen bekannte Menschen in Ihrer Persönlichkeit von Ihnen unterscheiden.

### 45.1 Der Begriff der „Persönlichkeit“

Um zu verstehen, was mit dem Begriff der „Persönlichkeitsstörung“ gemeint ist, schauen wir uns zunächst an, was im psychologischen Bereich unter dem Konzept „Persönlichkeit“ grundsätzlich verstanden wird.

Wittchen (1996) definiert das Konstrukt Persönlichkeit als „Einzigartigkeit und die über Zeit und Situationen hinweg relative Stabilität von Strukturen und Prozessen“, mit denen das Verhalten eines Individuums beschrieben werden kann. Eine weitere klassische Definition stammt von Pervin (1987): „Persönlichkeit repräsentiert solche Eigenschaften einer Person oder der Menschen generell, die ein beständiges Verhaltensmuster ausmachen.“ Die Persönlichkeit ist also ein Muster von Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen, die einen Menschen individuell über verschiedenste Situationen und die Zeit hinweg auszeichnen.

Nachdem viele Modelle beschrieben wurden, die verschiedene Merkmale aufzeigen, aus denen sich die Persönlichkeit zusammensetzt und die mehr oder weniger miteinander in Beziehung stehen, haben sich in der Wissenschaft inzwischen fünf Eigenschaftsbereiche herauskristallisiert, die voneinander relativ unabhängig sind und durch die ein Mensch recht gut beschrieben werden kann, die sogenannten „Big-Five“:

- *Neurotizismus* beschreibt individuelle Unterschiede im Erleben von negativen Emotionen, mit anderen Worten die „emotionale Labilität“
- *Extraversion* ist die Dimension, auf der beschrieben wird, ob eine Person eine eher nach innen bzw. eher nach außen orientierte Haltung hat und entsprechend ihr zwischenmenschliches Verhalten ausrichtet.
- *Offenheit* umfasst das Interesse und das Ausmaß der Beschäftigung mit neuen Erfahrungen, Erlebnissen und Eindrücken.
- *Gewissenhaftigkeit* drückt den Grad an Selbstkontrolle, Genauigkeit und Zielstrebigkeit einer Person aus.
- *Verträglichkeit* wird ausgedrückt im Ausmaß, in dem ein Mensch anderen gegenüber mit Verständnis, Wohlwollen, Mitgefühl, Altruismus, zwischenmenschlichen Vertrauen, Kooperativität und Nachgiebigkeit auftritt.

Das „Big-Five-Modell“ wurde mit dem Fragebogen NEO-FFI (Costa & McCrae, 1992) operationalisiert. In diesem Fragebogen werden die fünf Dimensionen entsprechend der in Tabelle 54 aufgeführten Beschreibungen erfasst.

Tabelle 54: Big-Five-Modell *Es ist eine ungültige Quelle angegeben.*

Faktor	schwach ausgeprägt	stark ausgeprägt
<b>Neurotizismus</b>	entspannt, selbstsicher, ruhig	überempfindlich, emotional, verletzlich
<b>Extraversion</b>	zurückhaltend, reserviert	kontaktfreudig, aktiv
<b>Offenheit für Erfahrungen</b>	konservativ, vorsichtig	erfinderisch, neugierig
<b>Verträglichkeit</b>	streitsüchtig, wettbewerbsorientiert	friedfertig, kooperativ, freundlich, mitfühlend
<b>Gewissenhaftigkeit</b>	unsorgfältig, nachlässig	gründlich, effektiv, organisiert

## 45.2 Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“

Die im Big-Five-Modell sowie allen anderen Persönlichkeitsmodellen beschriebenen Dimensionen bzw. Merkmale beanspruchen Allgemeingültigkeit und gelten für alle Menschen, sie sind also nicht auf den pathologischen Bereich bezogen. Auch bei einer besonders starken Ausprägung eines oder mehrerer Merkmale bei einem Individuum spricht man zunächst nicht von einer Störung, sondern von einer „Persönlichkeitsakzentuierung“. Erst bei einer extremen Ausprägung eines oder mehrerer Persönlichkeitsmerkmale, die dann auch mit deutlichen Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen und im psychosozialen Bereich einhergehen, spricht man von einer „Persönlichkeitsstörung“. Diese Sichtweise steht für das sogenannte „*dimensionale Verständnis*“ der Persönlichkeitsstörungen. Es besagt, dass die Ausprägung eines oder mehrerer Persönlichkeitsmerkmale definiert, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Dieses Verständnis sieht also kontinuierliche Übergänge vom normalen zum klinisch Auffälligen bei der Störungsdefinition vor.

In der Psychologie geht man (siehe Kapitel 1) von einer Normalverteilung psychischer Merkmale aus. Das bedeutet, dass bei dem größten Teil der Menschen ein Merkmal im mittleren Maß auftritt und sich eine extremere Ausprägung des Merkmals (im Sinne von besonders stark oder besonders gering ausgeprägt) seltener findet. Je extremer, desto seltener. Dies gilt grundsätzlich auch für Persönlichkeitseigenschaften. Das „Threshold-Liability-Modell“ (Faraone, Tsuang, & Tsuang, 1999) geht darüber hinaus davon aus, dass

es „zwei Normalverteilungen“ für die Persönlichkeitseigenschaften gibt. Im „normalen Ausmaß“ ist ein Merkmal normalverteilt. Außerhalb dieses „Normalbereiches“ (hinter einer „Schwelle“ = „threshold“) gibt es einen Bereich der extremen Ausprägung dieses Merkmals, der wiederum normalverteilt ist. Das bedeutet, in der Verteilung der extremen Ausprägung gibt es wieder eine durchschnittliche Ausprägung, die bei besonders vielen von einer Persönlichkeitsstörung betroffenen Menschen vorkommt, und mehr oder weniger stark extreme Ausprägungen, die wieder seltener auftreten. Abbildung 54 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

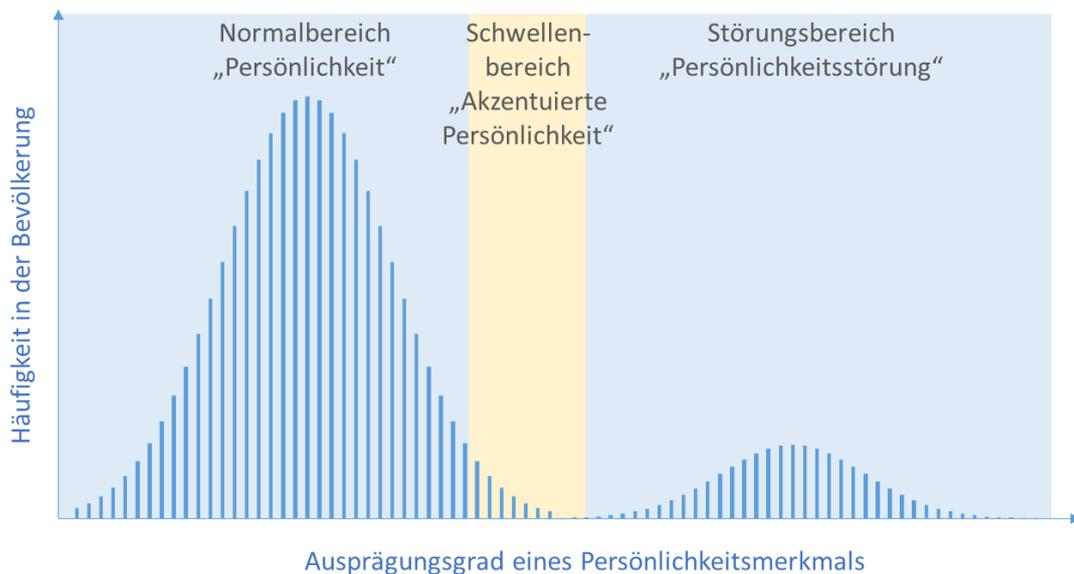


Abbildung 54: Das "Threshold-Liability-Modell" Es ist eine ungültige Quelle angegeben.

### **Reflexionsanregung**

Überlegen Sie sich konkrete Beispiele für die in Tabelle 54 aufgeführten Merkmale bzw. Eigenschaften und stellen Sie sich vor, wie sich diese in einem normalen Ausmaß im Alltag darstellen könnten und wie sie in einem extremen, mit gravierenden Schwierigkeiten verbundenen Ausmaß aussehen könnten. Beispiel: ein „friedfertiger“ Mensch ist sicher angenehm im Umgang, wenn er oder sie nach Kompromissen sucht, die Bedürfnisse anderer Menschen berücksichtigt etc., aber auf Dauer schwer erträglich und aneckend, wenn er oder sie ständig zurücksteckt, nie seine Meinung äußert, immer nur tut, was er denkt, was andere von ihm erwarten usw.

Im dimensionalen Verständnis werden also Persönlichkeitsausprägungen im Normalbereich und „akzentuierte“ Persönlichkeitsausprägungen von einer pathologischen Ausprägung einer oder mehrerer dieser Persönlichkeitsmerkmale unterschieden (siehe Tabelle 55).

Tabelle 55: Vom Stil zur Störung - Extreme Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen

Persönlichkeitsstil	Persönlichkeitsstörung
gewissenhaft, sorgfältig	zwanghaft / anankastisch
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
expressiv, emotional	histrionisch
wachsam, misstrauisch	paranoid
sprunghaft, spontan	borderline
anhänglich, loyal	dependent (abhängig)
zurückhaltend, einsam	schizoid
selbstkritisch, vorsichtig	ängstlich-selbstunsicher
ahnungsvoll, sensibel	schizotypisch
abenteuerlich, risikofreudig	dissozial

Ein anderer Ansatz ist das „*kategoriale Verständnis*“ von Persönlichkeitsstörungen. Nach diesem Verständnis wird geprüft, ob ein Individuum bestimmte Persönlichkeitsmerkmale aufweist. Entsprechend dem Vorliegen dieser definierten Merkmale wird dann eine Entscheidung für oder gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung getroffen. Allerdings werden gerade Betroffene nicht erfasst, die in einem Grenzbereich zwischen Akzentuierung und Störung liegen und Mischformen kaum erfasst werden.

Das „*Modell der Prototypen*“ schließlich vereinigt den kategorialen mit dem dimensionalem Ansatz (Berger, 2015, S. 619). Der „Prototyp“ einer Persönlichkeitsstörung entspricht dabei einer Liste mit den häufigsten spezifischen Eigenschaften und Merkmalen einer bestimmten Störungskategorie. Erfüllt eine Person eine gewisse Anzahl dieser Merkmale, kann sie dieser Kategorie zugeordnet werden. Auch dieses Modell ist jedoch wissenschaftlich noch sehr umstritten, da eine Kategorisierung aufgrund der fehlenden klaren Abgrenzung zwischen den Störungen kaum möglich ist. Ebenso sprechen die hohen Komorbiditätsraten bei Persönlichkeitsstörungen gegen eine klare Zuordnung zu einer bestimmten Störungskategorie (bei Vorliegen der Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung besteht auch eine hohe Wahrscheinlichkeit für bis zu 5 weiteren Persönlichkeitsstörungen!). Schließlich sind die Cut-off-Werte (Mindestanzahl der Merkmale, die vorliegen müssen) für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung willkürlich. Es kann zusammengefasst werden, dass das dimensionale Verständnis der Persönlichkeitsstörungen inhaltlich sinnvoller, das kategoriale Verständnis aber klinisch nützlicher ist.

Abgesehen von der konkreten Entscheidung, ob im Einzelnen eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht, bietet die ICD-10 in der Ausgabe „Klinische und diagnostische Leitlinien“ (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien, 2015) folgende übergreifende Definition:

Persönlichkeitsstörungen „umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher.“

### Reflexionsanregung

Versuchen Sie in eigenen Worten den Unterschied zwischen den Begriffen „Persönlichkeit“ und „Persönlichkeitsstörung“ zusammenzufassen!

## 46. Einordnung in die ICD-10-Struktur

In der ICD-10 sind die Persönlichkeitsstörungen im Kapitel F6 unter den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ eingeordnet. Die Spezifischen Persönlichkeitsstörungen finden sich dabei unter dem Code F60, wobei die vierte Stelle (also die Stelle nach dem Punkt) die spezifische Störung benennt vgl. Tabelle 56). Erwähnenswert hinsichtlich der Systematik in der ICD-10 ist, dass die im klinischen relevante und geläufige „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ (wie auch die passiv-aggressive PS) als F60.8 als „Andere spezifische Persönlichkeitsstörung“ klassifiziert wird und über keinen eigenen Kodierungsschlüssel verfügt.

Tabelle 56: Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen in der ICD-10

F0	Organische psychische Störungen	<b>F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen</b>	F60.0	Paranoide PS		
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen		F61	Kombinierte Persönlichkeitsstörungen	F60.1	Schizoide PS
F2	Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen		F62	Andauernde Persönlichkeitsveränderungen	F60.2	Dissoziale PS
F3	Affektive Störungen		F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	F60.3	Emotional-instabile PS F60.30 Impulsiver Typ F60.31 Borderline Typ
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		F64	Störungen der Geschlechtsidentität	F60.4	Histrionische PS
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren		F65	Störungen der Sexualpräferenz	F60.5	Anankastische (zwanghafte) PS
<b>F6</b>	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>		F66	Psychische Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	F60.6	Ängstliche (vermeidende) PS
F7	Intelligenzminderung		F67	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60.7	Abhängige (asthenische) PS
F8	Entwicklungsstörungen				F60.8	Andere spezifische PS
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend					

Das DSM-5 (Diagnosemanual der American Psychological Association) ordnet die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen entsprechend besonders kennzeichnender Merkmale drei Clustern zu. In Tabelle 57 werden diese Systematik derjenigen des ICD-10 gegenübergestellt.

Tabelle 57: Cluster von Persönlichkeitsstörungen

Cluster	Merkmale	ICD-10	DSM-5
<b>A</b>	Sonderbar, exentrisch	Paranoide PS	Paranoide PS
		Schizoide PS	Schizoide PS
		-- **	Schizotypische PS
<b>B</b>	Dramatisch, emotional, launisch	Dissoziale PS	Antisoziale PS
		Emotional instabile PS	Borderline PS
		- Borderline Typ - impulsiver Typ - histrionische PS	Histrionische PS
		--	Narzisstische PS
<b>C</b>	Ängstlich	Ängstliche (vermeidende) PS	Selbstunsichere PS
		Abhängige (asthenische) PS	Abhängige PS
		Anankastische (zwanghafte) PS	Zwanghafte PS
<b>APS*</b>		--	Depressive PS
		--	Passiv-aggressive PS

\*APS: Andere spezifische PS

\*\* schizotypische Störung in Kapitel F2

## 47. Diagnostik

### **Lernhinweis**

Dieses Kapitel hat zum Ziel, dass Sie mit den Allgemeinen Kriterien der ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung über eine allgemeingültige Definition von Persönlichkeitsstörungen verfügen und darüber hinaus durch die Darstellung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen über eine Vorstellung der jeweiligen Erscheinungsform verfügen.

In diesem Kapitel werden zunächst die diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, welche für alle Persönlichkeitsstörungen zu berücksichtigen sind. In der Folge wird auf die einzelnen Persönlichkeitsstörungen mit ihren jeweiligen spezifischen Störungsbildern eingegangen.

### 47.1 Allgemeine Kriterien nach ICD-10 Forschungsleitlinien

Neben der weiter oben beschriebenen eher „charakterisierenden“ Definition der „Klinischen und diagnostischen Leitlinien“ der ICD-10 geben die „Diagnostischen Kriterien für Forschung und Praxis“ der ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, 2016) eine konkret operationalisierte Definition der übergreifenden Diagnosekriterien von Persönlichkeitsstörungen:

- Das Verhalten und/oder Erleben **weicht** deutlich **von allgemeinen Normen ab**. Dies betrifft Kognition (Wahrnehmung & Interpretation von Dingen, Menschen, Ereignissen sowie Einstellungen), Affektivität (Variationsbreite, Intensität, Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit & Reaktion), Impulskontrolle & Bedürfnisbefriedigung und Umgang mit anderen.
- Die Abweichungen sind **unflexibel, unangepasst** oder in anderer Weise **unzweckmäßig** und treten in **unterschiedlichen Situationen** auf.
- Es ergeben sich dadurch **Leiden** der betroffenen Person oder ihrer Umwelt. Dies ergibt sich häufig nicht durch die Symptome selbst, sondern aus den Konsequenzen der Symptome (z.B. Ausgrenzung, Kündigungen, interpersonelle Konflikte, Gerichtsverfahren u.a.).
- Die Abweichung muss **stabil** sein (Beginn in Kindheit oder Adoleszenz). Eine Diagnose soll frühestens ab ca. dem 15. Lebensjahr gestellt werden.
- Die Störung darf nicht durch andere psychische Erkrankung erklärbar und nicht auf organische Faktoren zurückzuführen sein.

### 47.2 Die einzelnen Störungsbilder

#### **Einstieg**

- Welche Formen von Persönlichkeitsstörungen sind Ihnen bereits bekannt? Versuchen Sie, diese zu beschreiben!

In den folgenden Kapiteln werden die spezifischen Persönlichkeitsstörungen anhand typischer möglicher Aussagen der Betroffenen, ihrer Erscheinungsbilder bzw. anhand der Diagnosekriterien beschrieben.

#### **Lernhinweis**

Sie sollten sich eine Vorstellung von der Erscheinungsform der einzelnen Persönlichkeitsstörungen machen und anhand eines eindeutigen Fallbeispiels benennen können, um welche Störung es sich handelt.

#### 47.2.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)

*„Das hast du mit Absicht gemacht um mich zu ärgern!“*

*„Die anderen haben sich gegen mich verschworen!“*



Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind von Misstrauen gegenüber anderen Menschen gekennzeichnet. Sie erwarten von ihren Mitmenschen Missgunst, nachteilig behandelt zu werden und suchen aktiv auf Hinweiszeichen für eine solche schlechte Behandlung. Im Kontakt reagieren sie feindselig und wütend. Es fehlt ihnen aufgrund dieser Vorbehalte an Vertrauen und sie neigen dazu, eher andere zu beschuldigen, als die Verantwortung für Fehler, Missverständnisse usw. bei sich zu suchen. Im Unterschied zur Schizophrenie fehlen allerdings entsprechende Halluzinationen und die psychosozialen Folgen insgesamt sind weniger drastisch.

Die ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, 2015) weist folgende Diagnosekriterien aus:

- Übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung
- Nachtragen von Kränkungen
- Misstrauen und Neigung, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missdeutet werden; „Verschwörungsgedanken“
- Streitsüchtiges und beharrliches Bestehen auf eigenen Rechten
- Wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen hinsichtlich der sexuellen Treue des Ehegatten oder Sexualpartners
- Neigung zu überhöhtem Selbstwertgefühl und häufiger, übertriebener Selbstbezogenheit; Überheblichkeit

#### 47.2.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)

*„Die anderen sind mir egal!“*

*„Eine Beziehung gibt mir nichts!“*



Menschen mit schizoiden Persönlichkeitsstörungen sind typischerweise Einzelgänger. Sie haben keine Freude an sozialen Kontakten, keine engen Freunde, keine Gefühle in Bezug auf andere Menschen und verfolgen ihre eigenen, einsamen Interessen. Es gibt wenig, was ihnen Freude bereitet und sie sind meist immun gegenüber Lob und Kritik.

Nach der ICD-10 wird die schizoide Persönlichkeitsstörung bei Vorliegen folgender Kriterien diagnostiziert:

- Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten; wenig Freude
- Übermäßige Vorliebe für Phantasie
- Einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung
- Begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben; „emotionale Kälte“

### 47.2.3 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)

*„Das ist mir doch egal, wie es dabei den anderen geht!“*

*„Da sehe ich gleich rot!“*

*„Das ist nicht meine Schuld!“*

Menschen mit dieser Störung fallen häufig (aber nicht immer und für eine Diagnose zwingend) in der Kindheit oder Jugend durch stark von den sozialen Normen und Werten abweichendes Verhalten auf. Oft kam bereits zu dieser Zeit ein Schwänzen der Schule, häufiges Lügen, Diebstahl oder Zerstörung von fremden Eigentum vor. Im Erwachsenenalter setzt sich dieses Muster fort und die Betroffenen zeigen deutliches antisoziales Verhalten, häufig auch mit regelmäßiger Gewalttätigkeit verbunden, auf. Viele Menschen mit dieser Störung werden im Verlauf ihres Lebens wegen einer oder mehrerer Straftaten verurteilt. Andersherum weisen auch viele Gefängnisinsassen auch diese Diagnose auf.



In der ICD-10 finden sich folgende Diagnosekriterien:

- Missachtung sozialer Verpflichtungen
- Herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere
- Erhebliche Diskrepanz zwischen Verhalten und herrschenden sozialen Normen
- Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig
- Geringe Frustrationstoleranz
- Niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten
- Neigung, andere zu beschuldigen
- Vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten, durch das die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

### 47.2.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)

Die ICD-10 unterscheidet zwei verschiedene Formen der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Dies ist einerseits diejenige des „*impulsiven Typus*“ (F60.30), andererseits die des „*Borderline-Typus*“ (F60.31). Hier jeweils zwei typische Aussagen:

1.) *Impulsiver Typus:*

*„Jetzt geht’s los!“*

*„Wenn dir das nicht passt, dann gibt’s Ärger!“*

2.) *Borderline-Typus:*

*„Ich fühle nichts!“*

*„Manchmal weiß ich nicht, wer ich bin!“*

*„Komm her, bleib weg!“*



Beide Erscheinungsbilder der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung sind gekennzeichnet durch unvorhersehbare, abrupte Stimmungsänderungen mit der Tendenz, Handlungsimpulse nicht kontrollieren und das entsprechende Verhalten unmittelbar ausführen zu müssen. Häufig kommt es zu sozialen Konflikten, wenn von außen der Versuch unternommen wird, diese durchschlagenden Impulse

zu behindern. Bei beiden Subtypen kommen häufig instabile zwischenmenschliche Beziehungen und starke Schwankungen im Selbstbild vor.

Insbesondere Menschen mit einer Störung des Borderline-Typs („Borderline“ als Grenze zwischen Neurose und Psychose) erweisen sich häufig als unberechenbar. Ihre Beziehungswahrnehmung gleicht häufig einem Schwarz-Weiß-Muster, das von einem Moment auf den anderen ohne erkennbaren Auslöser in das eine oder andere Extrem (engster Freund – ärgster Feind) ändern kann. Betroffene sind tief verunsichert hinsichtlich ihres Selbstwertes, ihrer Loyalitäten und ihrer Entscheidungen. Sie leiden meist unter einer überwältigenden Angst, verlassen zu werden und fordern Aufmerksamkeit. Häufig stehen sie auch unter solch enormen Druck, dass sie sich durch selbstverletzendes Verhalten kurzzeitige emotionale Entlastung herbeiführen.

Für beide Formen verlangt die Diagnosestellung das Vorliegen von mindestens drei der folgenden Kriterien:

- Deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren
- Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen
- Neigung zu emotionalen Ausbrüchen
- Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren
- Unvorhersehbare, launenhafter Stimmung

Zur Diagnose der Erscheinungsform des *Borderline-Typus* müssen zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Störung des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen,
- chronisches Gefühl von Leere,
- intensive, aber unbeständige Beziehungen,
- starke Vermeidung von Verlassenwerden oder
- Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen

#### 47.2.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)

##### **Fallbeispiel: Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)**

Eine 32-jährige, auffallend gekleidete Frau betritt mit deutlicher Aufgeregtheit die Beratungsstelle, in der Sie arbeiten. Ohne Umschweife begibt sie sich an Ihren Arbeitsplatz und setzt sich vor Ihnen auf den Stuhl. Sie entschuldigt sich, dass sie so unangekündigt hereinplatze, aber sie habe ein dringendes Problem. Seit einigen Jahre werde sie von starken, panikartigen Ängsten verfolgt, die immer schlimmer werden. Zunächst habe sie sich nur an ihr unbekanntem Orten unwohl gefühlt. Mit der Zeit habe sich dies aber so ausgeweitet, dass sie, sobald sie aus ihrer Wohnung trete Hitzewallungen und Schweißausbrüche bekäme. Teilweise kehre sie dann sogar um und bleibe doch zuhause. Sie habe heute all ihre Kraft aufwenden müssen, um dieses wichtige Gespräch zu führen. Während der Schilderung beginnt sie zu schluchzen. Unter Tränen erzählt sie, wie vor zwei Jahre ihre Mutter verstorben sei, sie sich allein gelassen gefühlt habe und fast am Leben verzweifelt wäre. Dazu käme, dass sie sich seit Jahren eine Partnerschaft wünsche, aber alle Männer sie ständig hätten fallenlassen. Die Situation sei wirklich aussichtslos. Nach einem letzten Schluchzen wandelt sich die Mimik, sie schaut Sie hoffnungsvoll und sagt, dass sie aber große Hoffnung habe, dass dieses Gespräch nun aber eine Wende bringe. Sie lächelt Sie an und bittet Sie fast flehentlich um Hilfe. Sie habe gehört, dass diese Beratungsstelle wirklich gute Arbeit mache und die Mitarbeiterinnen äußerst einfühlsam und hilfsbereit seien. Während der Schilderung, die etwa eine Dreiviertelstunde gedauert hat, kommen Sie nur dazu, einige wenige Fragen zu stellen. Nachdem Sie der Frau einen weiteren Termin gegeben haben, begleiten Sie zur Tür.

*„Hört, was mir wieder passiert ist!“ (Positiv oder negativ)*

Menschen mit einer histrionischen (früher „hysterischen“) Persönlichkeitsstörung weisen ein übertrieben dramatisches, aufmerksamkeitsheischendes Verhalten auf. Angefangen bei ihrer äußeren Erscheinung mit viel Make-up und aufreizender Kleidung über ihren dramatischen und übertriebenen Sprachstil und der ungehemmten Offenlegung ihrer emotionalen Innenwelt setzen sie alles daran, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu kommen.

Die ICD-10 beschreibt diese Menschen wie folgt:

- Oberflächliche und labile Affektivität
- Dramatisierung
- Theatralischer, übertriebener Ausdruck von Gefühlen
- Suggestibilität
- Egozentrik
- Genusssucht
- Mangel an Rücksichtnahme
- Erhöhte Kränkbarkeit
- Dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äußeren Reizen und Aufmerksamkeit



#### 47.2.6 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)

*„Erst die Arbeit, dann das Vergnügen“*

*„Ich kontrolliere den Reifendruck bei jedem Tanken!“*

Menschen mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung sind so perfektionistisch und so intensiv mit der Erschaffung starrer Regeln und Pläne beschäftigt, dass sie nicht mehr die Möglichkeit haben, ein ausgeglichenes, flexibles Leben zu führen. Durch die Fixiertheit auf ihre eigenen Strukturen und Vorstellungen fällt es ihnen schwer, sich auf andere Menschen und deren Bedürfnisse und Ideen einzulassen. Sie verfügen über ein starres Wertesystem und können andere Meinung nicht tolerieren, was sie nur noch weiter aus sozialen Bezügen ausschließt und die Inflexibilität noch verstärkt. Trotz ihrer fixen Strukturen schaffen sie es häufig nicht, ihre Pläne umzusetzen, da diese nie vollkommen sind. Vergnügen besitzt für sie keinen Stellenwert.



Im Gegensatz zu Zwangsstörungen treten bei diesen Personen allerdings keine Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen auf. Die ICD-10-Diagnose erfolgt (zusätzlich zu den allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen) nach folgenden Kriterien:

- Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit
- Beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

#### 47.2.7 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)

##### **Fallbeispiel: Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)**

Auf Anraten ihres Hausarztes stellt sich eine 25-jährige, sehr freundliche Patientin vor, die gerade die Erzieherinnenschule besucht. Sie komme wegen Ängsten und einem andauernden Gefühl der Unsicherheit. Diese plagten sie aktuell besonders in der Schule und beim Praktikum im Kindergarten. Wenn der Ausbilder sie im Kindergarten besuche und ihre Arbeit begutachte, komme sie unter starke Anspannung, müsse zittern, bekomme Bauchweh und habe große Sorgen, ihre Aufgaben nicht richtig zu erledigen. In Anschluss an solche Besuche sei sie so erschöpft, dass sie sich zurückziehen und manchmal sogar weinen müsse. Dabei seien die Besuche des Ausbilders eher kollegiale Begegnungen als echte Prüfungen, sie bekomme auch immer gute Rückmeldungen von ihm. Morgens könne sie sich kaum aufraffen, in die Schule oder den Kindergarten zu gehen. Es sei in letzter Zeit auch ein paar Mal vorgekommen, dass sie sich vor Ausbilderbesuchen oder anstrengenden Schultagen krank gemeldet habe. Besonders verunsichert fühle sie sich, wenn sie nicht genau wisse, was der Prüfer von ihr verlange, denn sie traue sich einfach nicht, danach zu fragen, um keinen schlechten Eindruck zu machen. Momentan könne sie sich gar nicht vorstellen, die Ausbildung bis zum Ende durchzuhalten. Ein Studium der Sozialpädagogik habe sie wegen dieser Probleme nach neun Semestern abgebrochen, obwohl ihre Leistungen eigentlich gar nicht so schlecht gewesen seien.

Eigentlich kenne sie die Probleme schon lange. Sie sei schon immer unsicher gegenüber anderen Menschen gewesen und insbesondere im Kontakt mit wenig vertrauten Menschen gehemmt und ängstlich. Sie fühle sich schnell angegriffen, käme sich oft dumm und unfähig vor und habe dadurch auch kaum Kontakte außer zu ihrer Mutter und wenigen guten alten Freunden.

Aus: Lieb, Heßlinger & Jacob (2006)

*„Das kann ich nicht, das schaffe ich nicht!“*

*„Die mögen mich sowieso nicht!“*

Aufgrund ihrer beständigen Furcht vor Zurückweisung, Kritik, Erniedrigung und Beschämung vermeiden Menschen mit dieser Störung soziale Situationen und Beziehungen. Sie haben Angst, das ihnen Fehler unterlaufen oder insbesondere etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen. Die Diagnosekriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ähneln denen einer generalisierten sozialen Phobie, weshalb dieser Störung auch als schwerere Form der Phobie diskutiert wird.

- Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit
- Andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden
- Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik
- Eingeschränkter Beziehungsfähigkeit
- Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten

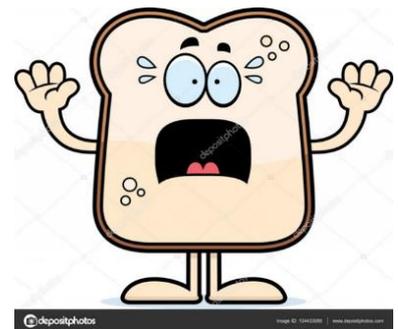
#### 47.2.8 Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)

*„Das mache ich nicht, das macht mein Mann, meine Frau.“*

*„Dann machen wir eben, was du willst!“*

*„Wo gehst du hin, wann kommst du wieder, liebst du mich noch?“*

Die Eigenwahrnehmung als schwach und hilfebedürftig sowie das Bedürfnis danach, versorgt zu werden bringt Menschen mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung sich in enge Beziehungen zu begeben, sich von der anderen Person abhängig zu machen und unter der ständigen Angst zu leben, von dieser Person verlassen zu werden. Durch das fehlende Selbstvertrauen



sind sie außerstande, eigene Entscheidungen zu treffen und sich selbst zu versorgen. Sie tun alles, um die bestehende Beziehung zu erhalten und lassen andere Bedürfnisse dahinter völlig zurückstehen.

Die ICD-10 gibt folgende Diagnosekriterien aus:

- Verlassen sich bei kleineren oder größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen
- Große Trennungsangst
- Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz
- Neigung, sich den Wünschen älterer und anderer unterzuordnen
- Versagen gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens
- Kraftlosigkeit kann sich im intellektuellen-emotionalen Bereich zeigen
- Bei Schwierigkeiten besteht Tendenz, die Verantwortung anderen zuzuschreiben

#### 47.2.9 Narzisstische Persönlichkeitsstörung

(Diese Persönlichkeitsstörung ist nur im DSM-5, nicht in der ICD-10 spezifisch kodiert)

Wie bei Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, aber weniger dramatisch im Auftritt, geht es auch bei den von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung betroffenen Menschen vor allem um die Darstellung und Aufrechterhaltung des eigenen grandiosen Selbstbildes. Sie sehen sich als großartig, unfehlbar und überaus kompetent. Ihr Bedürfnis nach Anerkennung, Bewunderung und einer besonderen sozialen Bedeutung und Stellung ist nicht zu stillen. Es gelingt ihnen nicht, in andere Menschen hinzusetzen oder zu akzeptieren, wenn diese anderer Meinung sind, sie vielleicht sogar Kritik äußern. In diesem Falle reicht die Reaktion von Distanzierung bis zu aggressiven Übergriffen. Im Austausch mit anderen Menschen verlangen sie häufig Vorteile und Bevorzugungen, die sie anderen Menschen niemals zugestehen würden. Das Fundament dieser Persönlichkeitsstörung bildet ein tief verunsichertes Selbstbild, von dem die Betroffenen im Inneren stark bedroht werden und dessen „Reste“ sie mit aller Energie aufrechterhalten müssen. Die Störung ist häufig schwer von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden.



Nach der ICD-10 wird sie anhand dieser Kriterien diagnostiziert:

- Mangelndes Selbstbewusstsein
- Ablehnung der eigenen Person nach innen, wechselnd mit übertriebenem und sehr ausgeprägtem Selbstbewusstsein nach außen
- Suche nach Bewunderung und Anerkennung
- Wenig echte Aufmerksamkeit anderen Menschen gegenüber
- Übertriebenes Gefühl von Wichtigkeit
- Hoffen eine Sonderstellung einzunehmen und zu verdienen
- Ausbeutendes Verhalten und Mangel an Empathie
- Wahnhafte Störungen mit Größenideen
- Auffällige Empfindlichkeit gegenüber Kritik, die sie nicht selten global verstehen, was in ihnen Gefühle der Wut, Scham oder Demütigung hervorruft

#### **Reflexionsanregung**

Überlegen Sie für die einzelnen Störungsbilder folgende Fragen:

- Welche frühen Erfahrungen in der Kindheit könnten dazu beigetragen, die jeweilige Störung als „Bewältigungsstrategie“ zu entwickeln?
- Welche zwischenmenschlichen (interpersonellen) und kommunikativen Konsequenzen bringt die jeweilige Störung wohl mit sich?

## 48. Epidemiologie

### Lernhinweis

Die Abschnitte „Epidemiologie“, „Komorbidität“, „Verlauf“, „Ätiologie“ und „Therapie“ sollen Ihnen eine Vorstellung davon vermitteln und Sie dafür sensibilisieren, wie häufig welche Persönlichkeitsstörungen bei wem vorkommen, wie oft sie also bei Ihrer Arbeit mit entsprechend Betroffenen rechnen können, und was diese Störungsform für die Betroffenen bedeutet und wie sie mit anderen Bereichen in Verbindung steht. Die Zahlen müssen Sie nicht auswendig lernen!

Da die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen große Überschneidungsbereiche aufweisen und sehr häufig auch bei einer Person gleichzeitig mehrere unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden oder werden können, sind Angaben über die Prävalenzen schwierig. Hinzu kommt das Problem des Schwellenwertes, ab dem eine Störung definiert wird. Im Verlauf der Lebensspanne entwickeln sich Persönlichkeitsmerkmale mit Störungswertigkeit häufig zu lediglich mehr oder weniger stark ausgeprägten Persönlichkeitsakzentuierungen, die von unterschiedlichen Diagnostiker\*innen unterschiedlich eingeschätzt werden können. Schließlich kommt erschwerend die Tatsache hinzu, dass Personen, die eine abgrenzbare psychische Störung (wie eine Schizophrenie oder Depression) aufweisen häufig auch die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung aufweisen. Auch hier fällt die Abgrenzung schwer. Im Folgenden wird jeweils von der Punktprävalenz ausgegangen, obwohl dies in vielen Studien häufig nicht explizit ausgewiesen wird. Dies liegt daran, dass früher hinsichtlich der Persönlichkeitsstörungen kein Unterschied zwischen Punkt- und Lebenszeitprävalenz gemacht wurde, da die Diagnose als permanent erachtet wurde. Inzwischen hat sich diese Einschätzung geändert und es wird davon ausgegangen, dass sich die Punkt- von der Lebenszeitprävalenz um etwa den Faktor 3 unterscheiden könnte.

Für die deutsche Gesamtbevölkerung ergab sich in einer Studie von Maier, Lichtermann, Klingler und Heun (1992) eine Prävalenz von 9,4 % für Persönlichkeitsstörungen. Verschiedene internationale Studien weisen weltweit eine Prävalenz zwischen 4,4 % und 13 % in der Allgemeinbevölkerung auf. Wesentlich höher sind die Prävalenzraten in der psychiatrischen Population, also unter denjenigen Menschen, die sich ambulant oder stationär in psychiatrischer Behandlung befinden. In einer weltweiten, umfassenden Studie der WHO ergab sich bei Loranger et al. **Es ist eine ungültige Quelle angegeben.** eine Prävalenz von insgesamt ca. 40 % für alle Persönlichkeitsstörungen insgesamt, bei allerdings sehr unterschiedlichem Auftreten der einzelnen Subtypen.

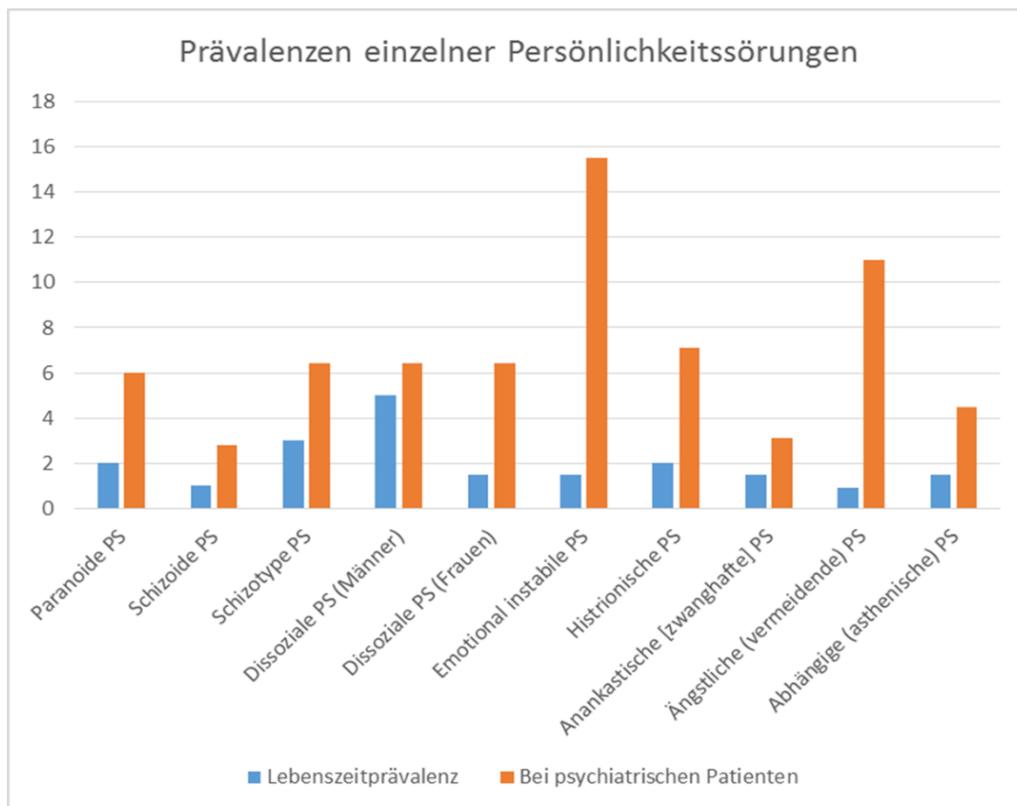


Abbildung 55: Prävalenzen einzelner Persönlichkeitsstörungen

Die Verteilung der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen ist teilweise sehr unterschiedlich, teilweise sehr ähnlich. Während die dissoziale Persönlichkeitsstörung wesentlich häufiger (80 %) bei Männern diagnostiziert wird (Samuels, et al., 2002), weisen wesentlich mehr Frauen (ebenfalls 80%) eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Paris, 2003; Widiger & Weissman, 1991). Hinsichtlich der narzisstischen Persönlichkeitsstörung kamen verschiedene Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. In einigen Studien lag die Störung häufiger bei Männern vor, in anderen Studien war das Verhältnis ausgeglichen. Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung wurde wiederum häufiger bei Männern diagnostiziert.

## 49. Komorbidität

Persönlichkeitsstörungen treten häufig (meist!) gemeinsam mit anderen psychischen Störungen auf. Dies können sowohl spezifische, aktuelle psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen (sogenannte Achse-I-Störungen nach dem DSM) als auch andere Persönlichkeitsstörungen sein. Abbildung 56 gibt die Häufigkeiten wieder, mit denen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit anderen Störungen auftreten.

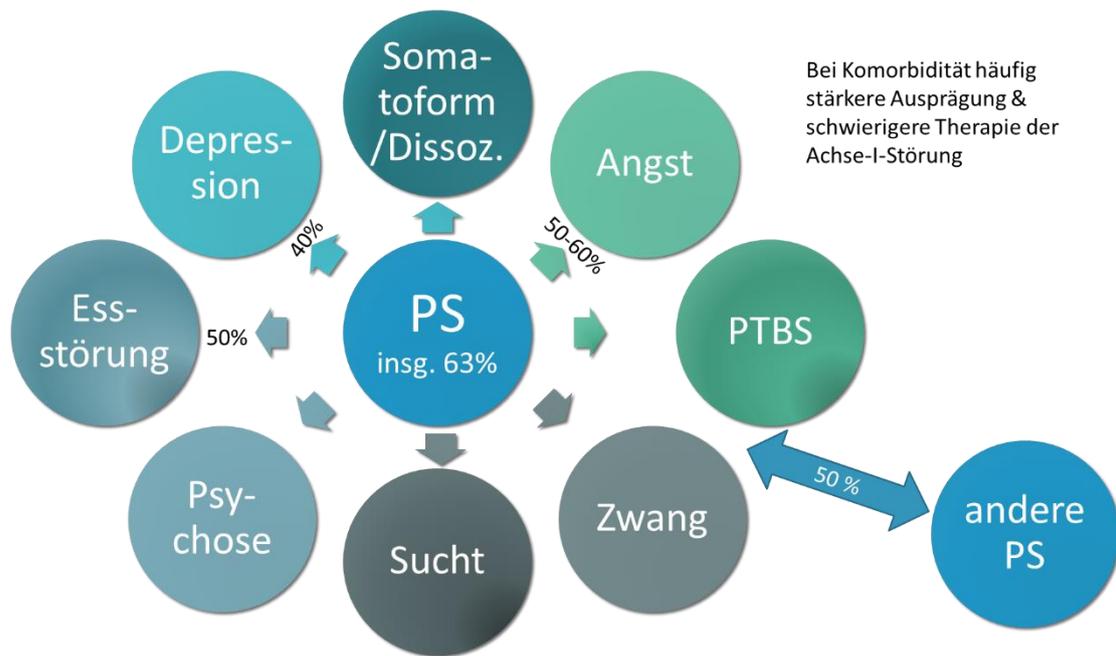


Abbildung 56: Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen Störungen

Der Abbildung kann entnommen werden, dass 63% der Patient\*innen mit Persönlichkeitsstörungen eine „Achse-I-Störung“ aufweisen (Maier, Lichtermann, Klingler, & Heun, 1992) und bei insgesamt 50% eine weitere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde (Fossati, et al., 2000).

Da die Entstehung insbesondere von Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufig mit traumatischen Kindheitserfahrungen (Missbrauch und Misshandlung) ursächlich in Verbindung gebracht wird, liegen mehrere Studien vor, die diesen Zusammenhang quantifizieren. In diesen Studien wurde ein gemeinsames Auftreten von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung von 39,2 bis 51 % gefunden (McGlashan, et al., 2000; Golier, et al., 2003; Grant, et al., 2008; Yen, et al., 2002) und in 53% (Zittel Conklin & Westen, 2005) bis 72,5 % (Sar, Akyüz, & Doğan, 2007) der Fälle ein gemeinsames Auftreten mit dissoziativen Störungen.

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung weisen außerdem ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Die Suizidalitätsraten bei Patient\*innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betragen z.B. 4-10 % (Stone, Hurt, & Stone, 1987; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005) und 14 % bei Patient\*innen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Stone, Hurt, & Stone, 1987).

## 50. Verlauf

### **Einstieg**

- Denken Sie, dass Persönlichkeitsstörungen „verschwinden“ bzw. therapierbar sind?

Persönlichkeitsstörungen weisen entsprechend ihrer Definition einen stabilen zeitlichen Verlauf auf. Während früher angenommen wurde, dass die Störung beständig bestehen bleibt, kommen aktuellere Studien zu dem Schluss, dass die Prävalenz mit zunehmendem Alter sinkt. Shea et al. (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass die 2-Jahres-Stabilität der Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen lediglich bei 40-60 % liegt. Sie stellen fest, dass die Merkmalskonstellation (im Sinne von Persönlichkeitsakzentuierungen) eher stabil bleiben, die Ausprägung jedoch mit dem Alter abnimmt, die Lebensfunktionalität steigt und damit Diagnose wegfällt oder wechselt.

Andere Studien haben z.B. für die Borderline-Persönlichkeitsstörung in ca. 50 % der Fälle nach 2 Jahren eine stabile Remission festgestellt.

Auch Cluster-C-Störungen (Typ „ängstlich“) weisen nur eine mittlere bis geringe Stabilität auf, während die Prognose für Betroffenen mit der Diagnose einer antisozialen oder schizotypischen Persönlichkeitsstörung weniger günstig ist.

## 51. Ätiologie

### **Einstieg**

- Welchen Einfluss, denken Sie, haben genetische, welchen Einfluss biografische Erfahrungen bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen?

Entgegen der klassischen und auch heute noch immer anzutreffenden Annahme haben familiäre Sozialisationsfaktoren eher wenig Einfluss auf die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung. Der Anteil der genetischen Veranlagung wird hingegen häufig unterschätzt. Dieser beträgt für nicht-pathologische Persönlichkeitszüge etwa 45 % (Jang, Livesley, & Vernon, 1996) und für Persönlichkeitsstörungen insgesamt etwa 60 % (Torgersen, et al., 2000). Dabei ist der genetische Anteil für die verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen unterschiedlich ausgeprägt und reicht von 28 % bei ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen bis zu 79 % bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. Auch der Einfluss außerfamiliärer sozialer Faktoren hat einen größeren Einfluss als die familiäre Sozialisation.

Die psychologischen Ansätze zur Erklärung der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen fokussieren einerseits auf interpersonelle Aspekte, andererseits auf eine gestörte Bindungsentwicklung und die Folgen psychischer Traumatisierung.

Die interpersonelle Theorie sieht in individuellen Mustern („Schemata“) die Grundlage für Interaktionsstörungen. Diese Muster prägen bewusst oder unbewusst das Kommunikations- und Beziehungsverhalten einer Person und erzeugen „komplementäres“ Verhalten des Gegenübers. So könnte man sich z.B. eine Person vorstellen, die eine Veranlagung zur Verunsicherung hat und in der Folge enge Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen möchte, von denen sie sich Schutz und Unterstützung erhofft. Die Menschen, zu denen diese Person eine starke Bindung sucht, fühlen sich jedoch davon bedroht und vereinnahmt und reagieren mit einer eher distanzierenden Haltung, wodurch bei der nächstsuchenden Person vermehrt Unsicherheit und damit ein gesteigertes Bedürfnis nach Nähe ausgelöst wird. Dies kann der Beginn eines Kreislaufs sein, der schließlich das Ausmaß einer dependenten (abhängigen) Persönlichkeitsstörung annimmt.

Ein anderes Beispiel könnte die Entwicklung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sein. Die im Grunde bestehende große Verletzlichkeit durch Kritik oder Zurückweisung erweckt den Wunsch nach Bewunderung, Unterstützung und Rücksichtnahme. Gleichzeitig besteht das Bedürfnis nach Kontrolle des Gegenübers. Wenn dieses Gegenüber nun die benötigte Zuneigung und Bewunderung nicht erbringt, erzeugt dies bei der betreffenden Person starke Verunsicherung, Selbstvorwürfe, die wiederum durch Überlegenheitsgebaren überdeckt werden.

Die zweite maßgebliche Richtung psychologischer Erklärungen der Pathogenese (Krankheitsentstehung) von Persönlichkeitsstörungen beruht auf der Zugrundlegung von Bindungsstörungen. In Studien wurde festgestellt, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil (Buchheim & George, 2011; Fonagy, et al., 1996; Timmerman & Emmelkamp, 2006) bzw. unsicher-desorganisierten Bindungsmustern (Fonagy, et al., 1996) einhergehen. Personen mit der diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung weisen überwiegend einen unsicher-distanzierten Bindungsstil auf (Timmerman & Emmelkamp, 2006). Personen mit einer Cluster C-Persönlichkeitsstörung (ängstliches Cluster) wiederum zeigen überwiegend ein unsicher-ambivalente Bindungsmuster (Rosenstein, 1996).

Schließlich besteht ein starker Zusammenhang zwischen einigen Persönlichkeitsstörungen und vorhergehenden Traumatisierungen. Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden bei bis zu 75 % der betroffenen Patient\*innen physische, sexuelle oder emotionale Misshandlung festgestellt, wobei allen Formen der Kindesmisshandlung sowie insbesondere der emotionalen Misshandlung eine ausschlaggebende Rolle zufällt. Weitere enge Beziehungen einer Traumatisierung bestehen zur Entwicklung von dissozialen Persönlichkeitsstörungen, paranoiden Persönlichkeitsstörungen, schizoiden Persönlichkeitsstörungen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen (v.a. körperlicher und emotionaler Missbrauch, sexualisierter Missbrauch und Vernachlässigung).

## 52. Therapie

Wie aus den vorausgegangenen Abschnitten ersichtlich wurde, stellen interpersonelle Aspekte einen wesentlichen Bestandteil der Problematik von Persönlichkeitsstörungen dar. Manche Therapeut\*innen sprechen bei Persönlichkeitsstörungen auch schlicht von „Interaktionsstörungen“. Im professionellen, auch therapeutischen Kontakt bildet daher die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung die Grundlage der Arbeit.

Darüber hinaus ist es wesentlich, ob die Persönlichkeitsstörung auf einer frühen Traumatisierung basiert, die dann im ersten Schritt in den therapeutischen Fokus genommen werden muss bzw. zumindest berücksichtigt werden muss („Trauma first“).

Neben den klassischen psychotherapeutischen Herangehensweisen (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse als psychodynamische Therapien mit dem Fokus auf biographische Einflüsse sowie kognitive Verhaltenstherapie zur Arbeit am Verhalten und Mustern) existieren mittlerweile verschiedene spezifische Therapieprogramme für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Ursprünglich für die Behandlung von Patient\*innen mit einer Borderline-Störung wurden die „Dialektisch-behaviourale Therapie (DBT)“, die „Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)“, die „Übertragungsfokussierte Therapie (TFP)“ und die „Schemafokussierte Psychotherapie (Schematherapie / SFT)“ entwickelt, welche allerdings auch zwischenzeitlich für eine Vielzahl weiterer Persönlichkeits- und anderer psychischer Störungen angewandt werden. Für die Behandlung von Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung wurden insbesondere verschiedene multimodale aus dem Bereich der kognitiv-behaviouralen Therapie entwickelt.

Probleme in der Therapie ergeben sich häufig aus dem geringen Leidensdruck der Betroffenen. Gerade Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass sich die Betroffenen in ihrer Persönlichkeit „passend“ fühlen, die Störung ist „ich-synton“ („zu sich selbst gehörend“). Probleme ergeben sich aus den Augen der Betroffenen ausschließlich aus dem Verhalten der Mitmenschen („Andere sind Schuld“), während das eigene Verhalten als normal empfunden wird. Aus dieser Perspektive ergibt sich häufig eine nur geringe Therapiemotivation. Häufig zeigen die Patient\*innen ein schwieriges Beziehungsverhalten als Teil der Störung (z.B. Scham, Abwertung des Therapeuten, Misstrauen, Intoleranz...), was den Aufbau der therapeutischen Beziehung zur Herausforderung macht.

Schließlich kommt es während des Therapieverlaufs häufig zu Komplikationen durch das Störungsverhalten. Therapeut\*innen werden z.B. mit einer starken Impulsivität, mit depressiven Episoden, Suizidalität und Substanzmissbrauch konfrontiert, die jeweils die Gefahr von gravierenden Therapierückschritten mit sich bringen.

## 53. Umgang mit Betroffenen

### **Lernhinweis**

Wie immer bei diesem Kapitel sollten Sie nach der Bearbeitung für sich eine Vorstellung darüber haben, wie Sie mit Betroffenen dieser Störung professionell umgehen.

Aufgrund der beschriebenen chronischen interaktionalen Schwierigkeiten sind die von einer Persönlichkeitsstörung betroffenen Menschen häufig in ihren psychosozialen Angelegenheiten mehr oder weniger stark beeinträchtigt. Dies betrifft zum Beispiel zwischenmenschliche Beziehungen, Konflikte am Arbeitsplatz und in der Folge Arbeitslosigkeit mit den entsprechenden sozialen Konsequenzen oder auch strafrechtliche Verfolgung.

Wichtigste Voraussetzung zur Arbeit mit den Betroffenen überhaupt ist ein akzeptierender Zugang, der auf das Verständnis der Motive der problematischen Verhaltensweisen als in der Biografie sinnvolle Verhaltensstrategien ausgerichtet ist und als solche wertschätzt. Sofern es gelingt, sich nicht auf die angebotenen Muster der betroffenen Person einzulassen, sich also nicht „komplementär“ dazu verhält, indem man z.B. auf persönlich erscheinende Abwertungen nicht mit Distanzierung reagiert, sondern diese Interaktionen spiegelt und reflektiert, zeigt man sich als verlässliche\*r, emotional greifbare\*r Interaktionspartner\*in. Nur auf dieser Basis ist überhaupt eine Zusammenarbeit möglich.

Die weitere Arbeit sollte dann den Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Bewältigung der psychosozialen Folgen legen. Dies wird umgesetzt, indem man die Betroffenen auch ganz pragmatisch bei der Entwicklung sozialer Kompetenzen (auch Training sozialer Fertigkeiten), bei der Verbesserung der Belastbarkeit, beim Umgang mit sozialen Folgen, bei der Stabilisierung sozialer Beziehungen und beim Aufbau eines Unterstützungssystems für Krisensituationen unterstützt. Neben der Begleitung z.B. zu Behörden oder in familiären Gesprächen profitieren die Betroffenen auch stark von einem Training alternativer Verhaltensweisen, da ihnen ihr inadäquates Verhalten häufig nicht bewusst ist oder sie nicht über das entsprechend adäquate Verhaltensrepertoire verfügen. In diesem Zusammenhang stellt die Fachkraft auch ein Rollenvorbild dar, von der die betroffene Person viel lernen kann, indem sie diese beobachtet, Verhalten nachahmt und das Verhalten reflektiert wird. Schließlich wirkt auch ein positives Feedback verstärkend, sobald Verhaltensweisen umgesetzt werden, die das bisherige Handlungsrepertoire der Betroffenen erweitern.

Tabelle 58: Grundsätze für die Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

- Akzeptierender Zugang
- Verständnis und Wertschätzung der Motive der problematischen Verhaltensweisen
- Nicht „komplementär“ zu Mustern verhalten, sondern diese spiegeln und reflektieren
- Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Bewältigung der psychosozialen Folgen
- Entwicklung sozialer Kompetenzen
- Verbesserung der Belastbarkeit
- Unterstützung beim Umgang mit sozialen Folgen
- Stabilisierung sozialer Beziehungen
- Aufbau eines Unterstützungssystems für Krisen
- Training alternativer Verhaltensweisen
- Angebot eines Rollenvorbildes
- Positives Feedback für neue Verhaltensweisen

Für Personen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung und für Menschen mit einer Borderline-Störung haben sich neben der beschriebenen allgemeinen Haltung folgende ganz spezifische professionelle Handlungshinweise als hilfreich herausgestellt:

- **Histrionische PS:**
  - klare Zeitgrenzen
  - präzise Beratungsziele
  - Strenge Einhaltung von Vereinbarungen
  - Distanz in Beziehung wahren
- **Borderline-PS:**
  - Authentisch sein
  - Nicht von Krisen leiten lassen, Ruhe bewahren
  - Eigenes Befinden ansprechen, bevor betroffene Person dies tut
  - Emotionen der betroffenen Person direkt und offen ansprechen
  - Emotionen der betroffenen Person validieren
  - Offenen Umgang mit eigenen Fehlern pflegen
  - Kritik nicht persönlich nehmen

## 54. Mehr erfahren

Hier können Sie bei Interesse etwas mehr über Persönlichkeitsstörungen erfahren:

Sowohl die „subklinische“ Neigung zum Narzissmus als auch die Häufigkeit der klinischen Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nimmt in der Bevölkerung zu.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/165552/Narzisstische-Persoenlichkeitsstoerung-Erkrankung-mit-vielen-Facetten>

gibt einige zusätzliche Informationen und eine interessante Statistik.

Auf folgender Internetseite finden sich einige interessante Interviews zur Borderline-Persönlichkeitsstörung:

<https://www.generation-psy.de/kampagnen/borderline/>

„I am Borderline“: Ein eindrücklicher Kurzfilm:

<https://www.youtube.com/watch?v=rZdjbLFPr5k>

Die (veraltete, aber immer noch informative) Praxisleitlinie für Persönlichkeitsstörungen:

[https://www.ib-niedersachsen.de/download/attachments/1507504/AWMF\\_Leitlinie\\_Persoenlichkeitsst%C3%B6rung.pdf](https://www.ib-niedersachsen.de/download/attachments/1507504/AWMF_Leitlinie_Persoenlichkeitsst%C3%B6rung.pdf)

Für einen psychisch angehauchten Videoabend empfehle ich:

- „Black Swan“, ein Film zu einer Mischung von narzisstischer Persönlichkeitsstörung, Psychose und Dissoziation sowie
- Durchgeknallt - Girl Interrupted, ein Klassiker zur Borderline- Persönlichkeitsstörung.

## 55. Lernfragen

29.) Um welche Persönlichkeitsstörung handelt es sich bei folgendem Fallbeispiel:

Ein 34-jähriger Wissenschaftler berichtet, ihm sei völlig unklar, weshalb seine Frau auf die Idee gekommen sei, eine Paartherapie machen zu wollen. Er habe nicht das Gefühl, dass mit der Partnerschaft etwas nicht stimme. Die Ehefrau jedoch berichtet, dass ihr Mann bereits kurz nach der Trauung nur noch sehr wenig Interesse an ihr gezeigt habe. Die sexuellen Kontakte, die ja schon immer von ihr ausgegangen seien, hätten sich auf Null reduziert. Er sitze eigentlich Tag und Nacht über seinen Computer und arbeite an hochkomplizierten mathematischen Problemen. Freunde habe ihr Mann keine, all ihre Vorschläge, etwas zu unternehmen, riefen bei ihm eher Unverständnis und klare Ablehnung hervor. Vor allem aber mache ihr zu schaffen, dass ihr Freundeskreis sich von ihr zurückgezogen habe, da ihr Mann auch in dieser Runde eigentlich nicht spreche, sondern sich rasch zurückziehe, um in Zeitschriften zu blättern, „es ist, als wären alle Luft für ihn“ (aus: Berger, 2015)

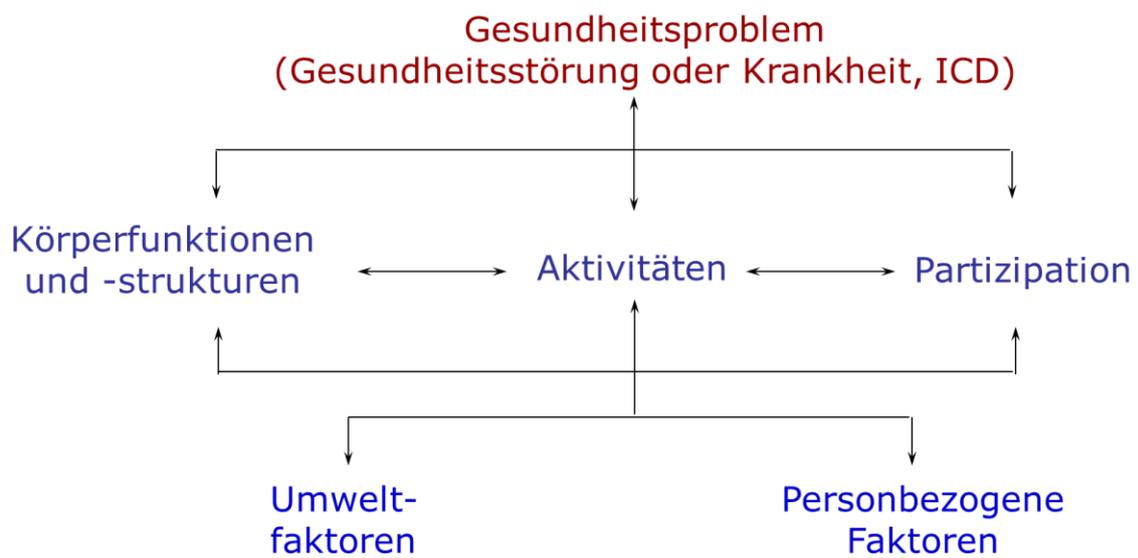
30.) Der Anteil von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist in der Allgemeinbevölkerung größer als in der Gruppe der Menschen in psychiatrischer Behandlung. Richtig oder falsch?

31.) Nennen Sie drei Grundsätze, die im professionellen Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt werden sollten.

32.) Welche mögliche Ursache einer Persönlichkeitsstörung sollte im Umgang mit und in der Therapie von dieser Störung immer erwogen und ggfs. berücksichtigt werden?

# Kapitel 8

## Behinderung / Rehabilitation



## Überblick über das Kapitel

Das Kapitel hat zum Ziel, Sie mit den grundlegenden Begriffen der Rehabilitation und insbesondere mit dem Instrument der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ bekannt zu machen. Nach Bearbeitung des Kapitels sollten Sie eine Vorstellung davon haben, was eine Behinderung ist, was unter Rehabilitation verstanden wird und wie das ICF aufgebaut ist und angewandt wird.

## 56. Einführung

### Lernhinweis

Die Herausforderung in diesem Kapitel wird darin bestehen, dass Sie den Aufbau der ICF nachvollziehen können. Am besten wird Ihnen das gelingen, wenn Sie sich einmal direkt mit dem Dokument (Link unter Kapitel 58 „Mehr erfahren“) beschäftigen und es durchscrollen.

Nach Bearbeitung der beiden folgenden Unterabschnitte sollten Sie die Begriffe „Behinderung“ und „Rehabilitation“ definieren können.

### Definition von „Behinderung“

#### Einstieg

- Was verstehen Sie unter einer Behinderung?
- Ist eine Behinderung das persönliche Merkmal eines Individuums?
- Wie hat sich der Begriff der Behinderung im Verlauf der Zeit verändert?

Das SGB IX definiert in der seit Juli 2019 gültigen Fassung von §2 Abs. 1 den Begriff der Behinderung wie folgt:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

### Definition und Rahmen von „Rehabilitation“

Unter Rehabilitation (lat. rehabilitatio: Wiederherstellung) wird im Allgemeinen eine Wiedereingliederung und im medizinischen Bereich die physische und/oder psychische Wiederherstellung und Wiedereingliederung in den Alltag und/oder das berufliche Leben im Anschluss an eine Erkrankung, Operation oder ein Trauma verstanden.

Die WHO definiert den Begriff wie folgt (zitiert nach Heimes, 2013):

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

Die Aufgabe der Rehabilitation besteht darin, Störungen durch gezielte Behandlung zu verbessern und ihre Auswirkungen durch geeignete Hilfsmittelversorgung sowie die Umgestaltung des Arbeits- und Wohnumfeldes zu mindern. Um diese Aufgabe zu bewältigen, wird in der Rehabilitation ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt, bei dem z.B. Ärzt\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Pflegekräfte,

Psycholog\*innen, Ergotherapeut\*innen und Angehörige weiterer Berufsgruppen beteiligt sind. Die Maßnahmen erfolgen im stationären, teilstationären oder ambulanten Setting.

Die gesetzliche Grundlage für Rehabilitationsmaßnahmen bildet Sozialgesetzbuch IX "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", in dem die „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen“, die „Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht)“ und die „Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen“ rechtlich definiert sind.

Die Kosten für rehabilitative Maßnahmen werden im Allgemeinen von den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen, der gesetzlichen Unfallversicherung, den Sozialhilfeträgern sowie der Rentenversicherung übernommen.

Es werden drei Arten von Rehabilitation unterschieden:

1. Medizinische Rehabilitation: Versuch der Beseitigung oder Abmilderung eines Gesundheitsschadens, der Erwerbsfähigkeit bedroht, oder Beseitigung der Folgen.
2. Berufliche Rehabilitation: Versuch der Reintegration von Betroffenen in beruflichen Alltag z. B. durch Umschulung ("Rehabilitation vor Rente,,).
3. Soziale Rehabilitation: Leistungen zur Teilhabe am sozialen Leben, z.B. Wohnungshilfe, Haushaltshilfe.

### **Reflexionsanregung**

- Worin sehen Sie den Unterschied zwischen einer medizinisch-kurativen Behandlung und einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme?

## 57. ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit

### Lernhinweis

Nach Bearbeitung der folgenden Seiten (und entsprechend des oben gegebenen Tipps sich das ICF-Original-Dokument anschauen) sollten Sie in der Lage sein, den Aufbau des ICF zu verstehen und gegebenenfalls eine Dokumentation, die auf Grundlage einer ICF-Erhebung angefertigt wurde, nachzuvollziehen.

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ ist die diagnostische Basis zur Festlegung der Rehabilitationsziele. Sie entspricht als diagnostisches Manual der im medizinischen Bereich maßgeblichen ICD-10. Während diese jedoch eine krankheitsdiagnostische Beschreibung und Klassifikation von Störungen bietet, klassifiziert die ICF die Auswirkungen aus diesen Gesundheitsproblemen. Beide Systeme ergänzen sich also.

Im Einzelnen ist der **Zweck der ICF** die **Beschreibung des**

- **funktionalen Gesundheitszustandes,**
- **der Behinderung,**
- **der sozialen Beeinträchtigung sowie**
- **der relevanten Umweltfaktoren eines Menschen.**

Die ICF verfolgt dieses Ziel durch eine Operationalisierung (Konkretisierung und Messbarmachung) von „Körperfunktionen und Körperstrukturen“, „Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe“ sowie von „Kontextfaktoren“ (Umwelt- wie auch Personenfaktoren). Damit bietet sie eine länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person.

Durch die Operationalisierung und Definition einzelner Merkmale soll die ICF die Kommunikation zwischen den Menschen erleichtern und vereinheitlichen, die gemeinsam im interdisziplinären Kontext an der Rehabilitation gesundheitlich eingeschränkter Menschen arbeiten (Abbildung 57).

### EingliederungshelferI

SozialarbeiterI

PsychiaterI

Pflegefachkraft

ArbeitgeberI

PhysiotherapeutI

FamilientherapeutI

HausärztIn

Körperfunktionen	Aktivitäten/Partizipation	Umweltfaktoren
1. Mentale Funktionen	1. Lernen und Wissensanwendung (z. B. bewusste sinnliche Wahrnehmungen, elementares Lernen, Wissensanwendung)	1. Produkte und Technologien (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte)
2. Sinnesfunktionen und Schmerz	2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen)	2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Laute, Geräusche, Luftqualität)
3. Stimm- und Sprechfunktionen	3. Kommunikation	3. Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fremde)
4. Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems	...	...
5. Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems		
...		

Abbildung 57: Das ICF als gemeinsame Perspektive und Sprache zwischen den Professionen

## Bio-psycho-soziales Modell der ICF

Das Verständnis der ICF von Behinderungen beruht auf einem bio-psycho-sozialen Modell. Dieses betont die multiplen Wechselwirkungen, die zu der Definition führen, ob ein Mensch behindert ist oder nicht. Somit wird Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit nicht als statisches Merkmal, sondern als dynamischer Prozess verstanden.

Diese Wechselwirkungen werden in Abbildung 58 dargestellt.

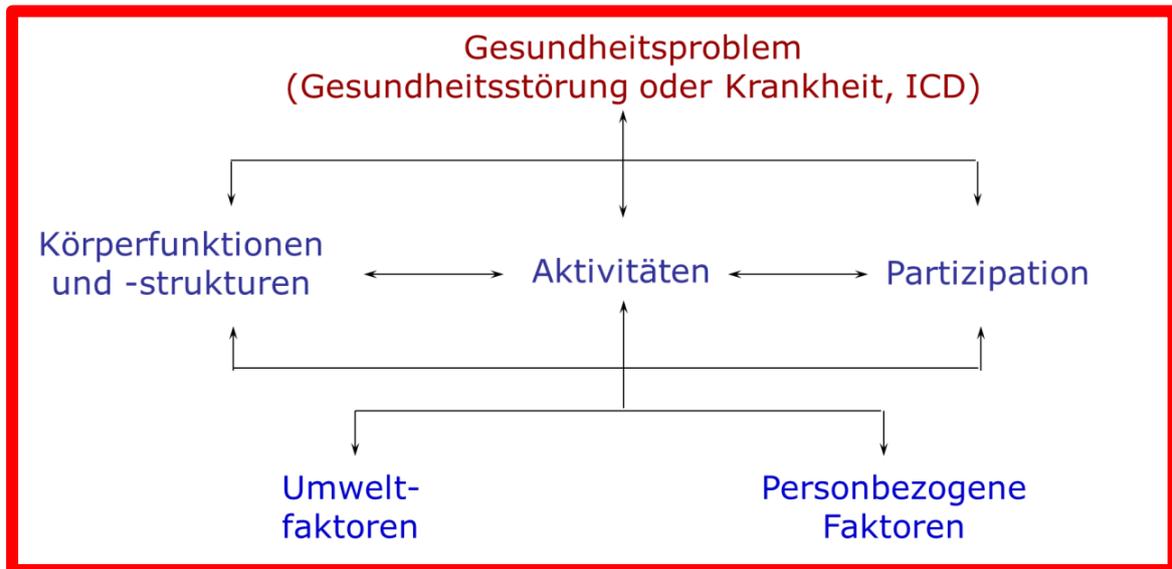


Abbildung 58: Bio-psycho-soziales Verständnis der ICF

Das Modell legt dar, dass die Funktionsfähigkeit einer Person das Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem, den Körperfunktionen/-strukturen der Person, ihren Aktivitäten/Teilhabe und ihrem individuellen Lebenshintergrund (Umwelt und personbezogener Kontext) ist.

Die einzelnen Einflussfaktoren in diesem Modell sind:

- **Körperfunktionen:** physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich der psychologischen Funktionen)
- **Körperstrukturen:** anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile
- **Schädigungen:** Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder –struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust
- Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen
- **Partizipation** (Teilhabe) ist das Einbezogenensein in eine Lebenssituation
- **Beeinträchtigungen der Aktivität:** Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann
- **Beeinträchtigungen der Teilhabe:** Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation erlebt
- **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten

Hauptfokus der ICF stellt die Funktionsfähigkeit einer Person dar. Die Funktionsfähigkeit ist dabei ein Oberbegriff, der alle Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Teilhabe umfasst. „Funktionale Gesundheit“

wird in diesem Rahmen so verstanden, dass eine Person trotz eines Gesundheitsproblems (verstanden als: ihre Körperfunktionen oder -strukturen entsprechen nicht allgemein anerkannten Normen)

- all das tut oder tun kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird und/oder
- sie sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird.

Mit dieser Betrachtung wird im ICF die rein bio-medizinische Ebene verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten auf der Organebene (*Körperfunktionen und -strukturen*) werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (*Aktivitäten*) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft (*Teilhabe*) einbezogen. Diese Komponenten werden in Wechselwirkung mit dem jeweils persönlichen Lebenshintergrund (*Kontextfaktoren*) gesehen.

Die Folgen einer Erkrankung spiegeln damit nicht nur ein individuelles Schicksal, sondern auch das Ergebnis der Wechselwirkungen von krankheitsbedingten und kontextuellen Faktoren wider. Zum Kontext einer Person zählen alle äußeren Einflüsse (Umweltfaktoren) auf diese Person sowie deren persönliche Eigenschaften und Attribute (Personbezogene Faktoren). Kontextfaktoren können positiv oder negativ wirken.

### **Lernhinweis**

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF sollte übrigens nicht mit dem bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung psychischer Krankheiten verwechselt werden. Zwar basieren beide Modelle auf der gleichen Grundannahme, dass Störungen bzw. Behinderungen nicht einseitig angeboren, individuell lebensgeschichtlich entwickelt oder sozial vermittelt sind, sondern dass all diese Faktoren zur Entstehung einer Störung bzw. Behinderung zusammenwirken müssen. Beide Modelle stellen aber doch für den jeweiligen Bereich spezifischere Definitions- und Erklärungsrahmen für ihren Anwendungsbereich heraus. Wenn Sie also die Entwicklung einer psychischen Störung erklären möchten, sollten sie nicht auf das bio-psycho-soziale Modell der ICF zurückgreifen, sondern ein störungsspezifisches bio-psycho-soziales Modell anwenden. Wenn Sie hingegen die Entstehung und Folgen einer Behinderung erklären möchten, sollten sie dies anhand des ICF-Modells tun.

Diese dynamische Sichtweise einer wechselseitig bedingten Entstehung von Behinderungen wurde auch mit der oben gegebenen Behinderungs-Definition des SGB IX von 2019 eingenommen. In der vorgehenden Fassung lautete der Gesetzestext:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (SGB IX, §2 Abs. 1, Fassung bis Juni 2019)

Aus dieser Sicht wird noch das klassische biologisch-medizinische Modell von Behinderung beschrieben, nach dem eine Behinderung von der individuellen Funktionsfähigkeit eines Menschen alleine abhängt. Mit der Neufassung von 2019 schließt sich die deutsche Gesetzgebung der bio-psycho-sozialen Sichtweise des ICF an:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

## Aufbau der ICF

Die ICF ist ein Manual, mithilfe dessen die aktuelle Funktionsfähigkeit oder Beeinträchtigung eines Menschen beschrieben und klassifiziert werden kann. Hierzu liefert es einerseits eine Struktur (siehe Abbildung 59), innerhalb derer unterschiedliche Merkmale der Person und der Situation beurteilt werden können, andererseits eine abgestufte und bewertbare konkrete Beschreibung dieser spezifischen Merkmale.

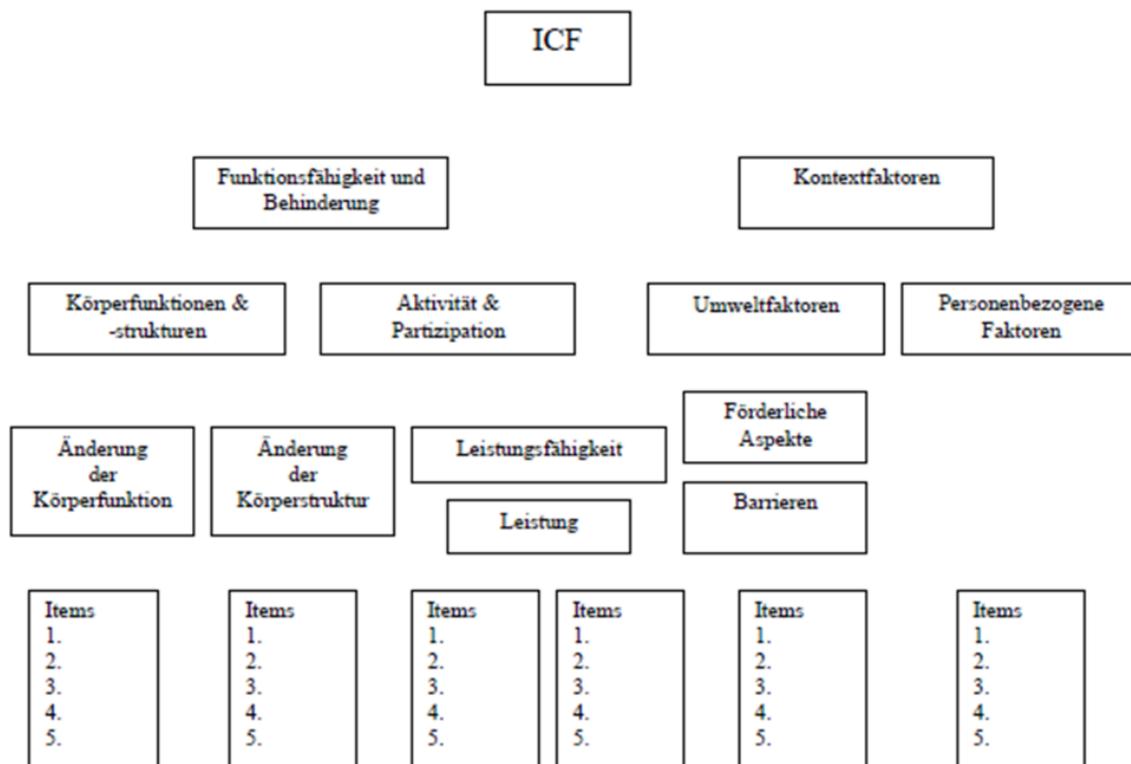


Abbildung 59: Struktur der ICF

Die Klassifikation der ICF ist in 2 Abschnitte mit jeweils wiederum 2 Unterabschnitten eingeteilt:

### A. Funktionsfähigkeit und Behinderung

#### 1. Körper:

Dieser Bereich bezieht sich auf den menschlichen Organismus als Ganzes, also auch auf das Gehirn und seine (geistigen und seelischen) Funktionen. Es wird unterschieden zwischen:

##### 1.a Klassifikation der Körperfunktionen:

Die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen). Beschrieben wird die Veränderung physiologischer Strukturen.

##### 1.b Klassifikationen der Körperstrukturen:

Anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Beschrieben wird die Veränderung anatomischer Strukturen.

Die Schädigungen in diesem Bereich werden in Bezug auf ihre Abweichung von der Vergleichsnorm auf einer fünfstufigen Skala von "nicht vorhanden" bis "voll ausgeprägt" beschrieben.

## 2. Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)

Dieser Abschnitt umfasst das Vorliegen oder die Abwesenheit von Beeinträchtigungen, die bei der Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktivität) oder dem Einbezogenensein in eine Lebenssituation (Partizipation / Teilhabe) erlebt werden. Dieser Abschnitt beschreibt folgende Bereiche:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche (Erziehung, Arbeit und Beschäftigung, Wirtschaftliches Leben)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Die Einstufung hinsichtlich der Leistung (tatsächliche aktuelle Durchführung) und Leistungsfähigkeit (höchstmögliche Kapazität) einer Person hinsichtlich der erhobenen Bereiche erfolgt auf einer fünfstufigen Skala ("Problem nicht vorhanden" bis "Problem voll ausgeprägt").

## B. Kontextfaktoren

### 3. Umweltfaktoren:

In diesem Bereich werden äußere Einflüsse auf die Funktionsfähigkeit und Behinderung beschrieben. Die Klassifikation erfolgt in folgenden Bereichen:

- Produkte und Technologien
- Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
- Unterstützung und Beziehungen
- Einstellungen
- Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Das Vorhandensein eines Einflusses als Barriere oder Förderfaktor für ein Individuum wird auf eine fünfstufigen Skala angegeben.

### 4. Personbezogene Faktoren:

Die Merkmale in diesem Abschnitt beschreiben gesundheitsunabhängige Eigenschaften der beurteilten Person wie z. B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung.

## ICF-Klassifikationsebenen: Beispiel

Da die Struktur des ICF recht komplex ist, soll Ihnen das Abbildung 60 einen Eindruck der Differenzierung eines Merkmals aus dem Bereich „Körperfunktionen“ vermitteln.

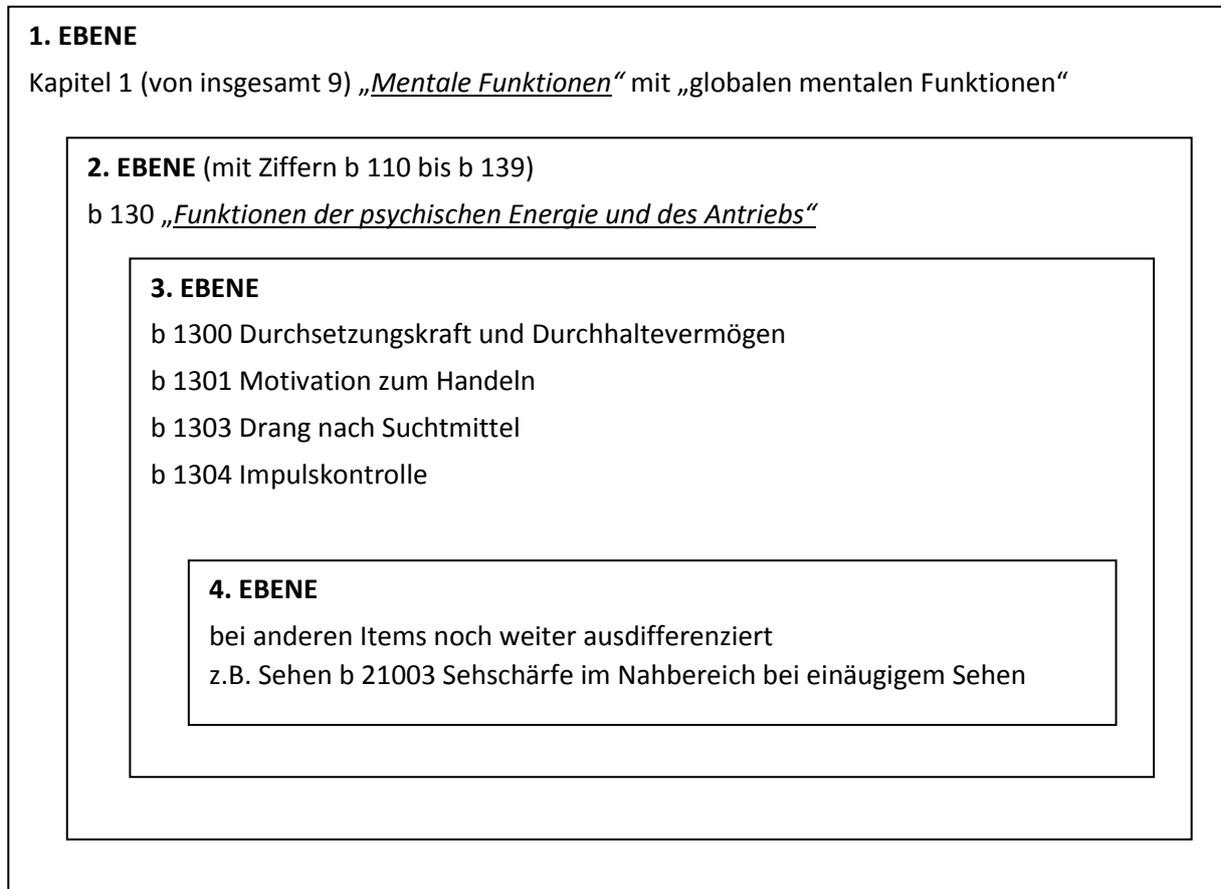


Abbildung 60: Differenzierungsebenen der ICF

Der Schweregrad einer Problematik des Merkmals wird nun auf einer fünfstufigen Skala beurteilt:

xxx.0 nicht vorhanden (kein, unerheblich ...)

xxx.1 leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)

xxx.2 mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)

xxx.3 erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)

xxx.4 voll ausgeprägt (komplett, total ...)

Beispiel:        b 1303.3: Drang nach Suchtmittel erheblich ausgeprägt

## Diagnose Depression: ICD und ICF

Um den Unterschied zwischen der Klassifizierung durch die ICD und die ICF zu verdeutlichen, wird in Tabelle 59 den ICD-Merkmalen einer Depression mögliche bewertete Kriterien des ICF gegenübergestellt.

Tabelle 59: Gegenüberstellung von ICD und ICF Kriterien am Beispiel "Depression"

ICD Kriterien	Mögliche ICF Kriterien
Depressive Stimmung	b 1300.4 Durchsetzungskraft und Durchhaltevermögen
Verlust von Interesse und Freude	b 1301.4 Motivation zum Handeln
Erhöhter Ermüdbarkeit	b 1303.2 Drang nach Suchtmitteln
Verminderte Konzentration	b 1400.3 Daueraufmerksamkeit
Vermindertem Selbstwertgefühl	b 1401.2 Wechsel oder Lenkung der Aufmerksamkeit
Schuld und Wertlosigkeit	
Pessimistische Zukunftsgedanken	d 2102.3 eine komplexe Aufgabe ausführen
Schlafstörungen	d 2301.2 die tägl. Routine durchführen
Körperliche Beschwerden	d 2401.4 mit Stress u.a. psychischen Anforderungen umgehen

In Abbildung 61 wird die Situation eines Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik in den Bezügen des bio-psycho-sozialen Modells dargestellt.

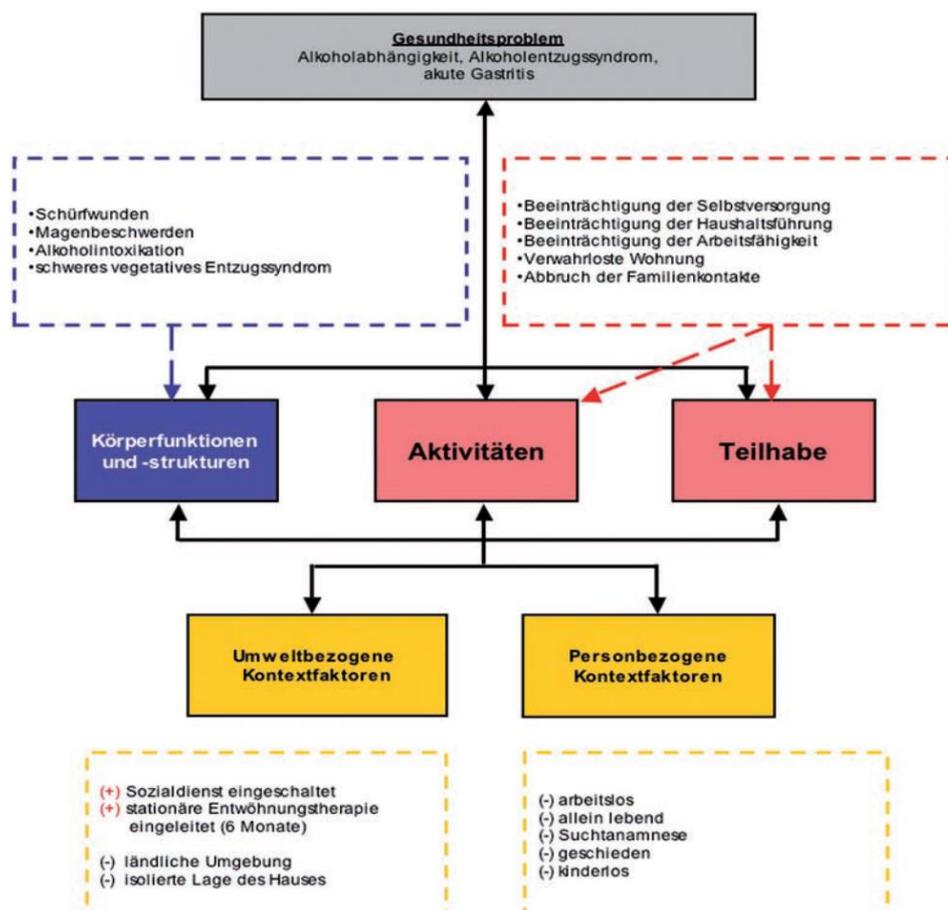


Abbildung 61: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF am Beispiel eines Menschen mit Alkoholsucht

## 58. Mehr erfahren

Die Gesamtausgabe der ICF kann auf der Seite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte heruntergeladen werden:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>

## 59. Lernfrage

33.) Definieren Sie den Begriff „Behinderung“!

## 60. Literaturverzeichnis

- AMDP Arbeitsgemeinschaft für Methotik und Dokumentation in der Psychiatrie. (2018). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (10., korrigierte Ausg.). Göttingen: Hogrefe.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., . . . Liebeck, H. (2014). *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. Von [www.awmf.org/leitlinien.html](http://www.awmf.org/leitlinien.html) abgerufen
- Berger, M. (Hrsg.). (2015). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. (5. Ausg.). München: Urban & Fischer.
- Berghändler, T. (Juni 2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Vortrag an 12. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) «Gegensätze: Licht und Schatten» im Kultur- und Kongresszentrum Luzern*. Abgerufen am 12. August 2015 von [http://www.congress-info.ch/khm2009/upload/File/handouts/PSYCH1AB\\_Praesentation\\_Berghaendler\\_Eglin.pdf](http://www.congress-info.ch/khm2009/upload/File/handouts/PSYCH1AB_Praesentation_Berghaendler_Eglin.pdf)
- Bion, W. (1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In G. Aschaffenburg, *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: Deuticke.
- Boeckh, A. (2008). *Methodenintegrative Supervision - Ein Leitfaden für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boerner, R. J. (2015). *Temperament - Theorie, Forschung, Klinik*. Berlin: Springer.
- Brakemeier, E.-L., & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Buchheim, A., & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In J. Solomon, & C. George (Hrsg.), *Disorganized attachment and caregiving* (S. 343–382). The Guilford Press.
- Buchinger, K. (1998). *Supervision in Organisationen*. Heildberg: Carl-Auer.
- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany - Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, S. 733–739. Abgerufen am 13. 02 2019 von [https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs00103-013-1688-3/MediaObjects/103\\_2013\\_1688\\_MO1\\_ESM.pdf](https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs00103-013-1688-3/MediaObjects/103_2013_1688_MO1_ESM.pdf)
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2009). *Klinische Psychologie* (13., aktualisierte Ausg.). München: Pearson Studium.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). *Psychiatrie im Nationalsozialismus: Gedenken und Verantwortung*. Abgerufen am 05. 03 2019 von <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/psychiatrie-im-nationalsozialismus.html>
- DGPPN und DGBS e.V. (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0*.
- DGPPN, B. K. (Hrsg.). (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression* (2. Auflage, Version 5 Ausg.). Abgerufen am 15. 02 2019 von <https://www.leitlinien.de/nvl/html/depression/>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage Ausg.). Bern: Huber.

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Leitlinien für Forschung und Praxis* (6., überarbeitete Ausg.). Bern: Huber.
- Domschke, K., & Deckert, J. (2007). Genetics of anxiety disorders. Current clinical and molecular research. *Nervenarzt*, 78(7), 825-833.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), S. 3-12.
- Egger, J. W. (2015). Integrative Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer.
- Egle, U., & Hoffmann, S. (2004). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In U. Egle, S. Hoffmann, & P. Juraschki (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (S. 20–43.). Stuttgart: Schattauer.
- Faraone, S. V., Tsuang, M. T., & Tsuang, D. W. (1999). *Genetics of mental disorders: A guide for students, clinicians, and researchers*. New York: Guilford Press.
- Faulstich, H. (1998). *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Fegert, J., Diehl, C., Leyendecker, B., & Hahlweg, K. (2017). *Aus Kriegsgebieten geflüchtete Familien und ihre Kinder: Entwicklungsrisiken, Behandlungsangebote, Versorgungsdefizite. Kurzgutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktualisierte und erweiterte Ausg.). Stuttgart: UTB.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., . . . Gerber, A. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, S. 22-31.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., . . . Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive psychiatry*, 41(3), S. 206-215.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., . . . Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American journal of psychiatry*, 160(11), S. 2018–2024.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), S. 533–545.
- Häfner, H. R.-J. (1991). Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 59(9), S. 343–360.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), S. 287-294.
- Heimes, S. (2013). *Rehabilitation*. In: *Gesundheits- und Krankheitslehre*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hengartner, M. P. (2017). *Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen am 24. 02. 2019 von [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan\\_bulletin\\_2017-05\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_bulletin_2017-05_d.pdf)

- Huber, G., Gross, G., & Schüttler, R. (1979). Schizophrenie: Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeituntersuchungen an den 1945–1959 in Bonn hospitalisierten schizophrenen Kranken. In J. W. Hippus H. (Hrsg.), *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie* (Bd. 21, S. 4-300). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Huber, M. (2010). *Multiple Persönlichkeiten. Seelische Zersplitterung nach Gewalt*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen* (5. Ausg.). Paderborn: Junfermann.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, S. 77–87.
- Jang, K., Livesley, W., & Vernon, P. (1996). Heritability of the big five personality dimensions and their facets: a twin study. *Journal of personality*, 64(3), S. 577–591.
- Kant, I. (1798). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Erster Teil: Anthropologische Didaktik. Erstes Buch: Vom Erkenntnisvermögen*. Königsberg.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), S. 1048-1060.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* (6 Ausg.). Leipzig: Barth.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion. A new Synthesis*. London: Free Association Books.
- Lieb, K., Heßlinger, B., & Jacob, G. (2006). *50 Fälle Psychiatrie und Psychotherapie: bed-side-learning; zur Vorbereitung auf mündliche Prüfungen mit praxisnahen Fragen und ausführlichen Kommentaren*. München: Urban & Fischer.
- Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., . . . Regier, D. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, S. 215–224.
- Maercker, A. (2009). Psychologische Modelle. In A. Maercker (Hrsg.), . In: *Maercker, A. (Ed.). Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Ausg., S. 33-49). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 79, 577.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., & Heun, R. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, S. 187–196.
- Matentzoglou, S. (2011). *Zur Psychopathologie in den hippokratischen Schriften*. Berlin: dissertation.de - Verlag im Internet GmbH.
- Maul, S., & Westendorf, W. (1993). Erste Medizinkonzepte zwischen Magie und Vernunft. In H. Schott, *Die Chronik der Medizin* (S. 16-33 ). Dortmund: Chronik-Verlag.
- McCullough, J., Klein, D. N., Borian, F. E., Howland, R. H., Riso, L. P., Keller, M. B., & Banks, P. L. (2003). Group comparisons of DSM-IV subtypes of chronic depression: validity of the distinctions, part 2. *Journal of abnormal psychology*, 112(4), S. 614–622.
- McGlashan, T., Grilo, C., Skodol, A., Gunderson, J., Shea, M., Morey, L., . . . Stout, R. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II Diagnostic Co-Occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), S. 256-264.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Neumann-Wirsig, H. (2017). *Lösungsorientierte Supervisiosn-Tools* (2. Ausg.). Bonn: managerSeminare.

- Niemann, P. (2009). *Psychiatrische Transformationsprozesse und die Enthospitalisierung im Kontext der Einführung der Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland (Dissertation)*. Abgerufen von <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/4067/>.
- Ogden, P. M. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders, 17*(6), S. 479-488.
- Perrez, M., & Baumann, U. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie (4., aktualisierte Auflage Ausg.)*. Bern: Hans Huber.
- Pervin, L. A. (1987). *Persönlichkeitstheorien*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Hans Huber.
- Rappe-Giesecke, K. (2009). *Supervision in Gruppen und Teams*. Heidelberg: Springer.
- Richartz-Salzbürger, E., Wormstall, H., & Morawetz, C. (2006). Kurzleitfaden Psychopathologie. Eine Orientierungshilfe bei Beobachtung und Dokumentation psychischer Auffälligkeiten. *Psychiatrie*(2), S. 49-52.
- Rosenstein, D. S. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), S. 244–253.
- Samuels, J., Eaton, W., Bienvenu, O., Brown, C., Costa, P. J., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 180*, S. 536-542.
- Sar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry research, 149*, S. 169-176.
- Sar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry research, 149*, S. 169–176.
- Schaudig, H. (2014). "Wahnsinn" im Alten Orient. Zum babylonischen Konzept eines stark von der gesellschaftlichen Norm abweichenden und selbstzerstörerischen Verhaltens. *Studia Mesopotamica 1*, S. 391-423.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2014). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Reinhardt Verlag.
- Schneider, K. (1967). *Klinische Psychopathologie (8., erg. Ausg.)*. Stuttgart: Thieme.
- Schrenk, M. (1973). *Über den Umgang mit Geisteskranken: die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom "moralischen Regime" in England und Frankreich zu den "psychischen Curmethoden" in Deutschland*. Berlin: Springer.
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T., . . . Keller, M. B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *The American journal of psychiatry, 159*(12), S. 2036–2041.
- Shear, M., Cooper, A., Klerman, G., Busch, F., & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*(6), 859-866.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Soykoek, S., Mall, V., Nehring, I., Henningsen, P., & Aberl, S. (2017). Post-traumatic stress disorder in Syrian children of a German refugee camp. *The Lancet, 389*(10072), S. 903-904.
- Steil, R., & Rosner, R. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Maercker, *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 321-343). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Stieglitz, R.-D., & Freyberger, H. J. (2015). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 35 - 52). München: Urban & Fischer.
- Stieglitz, R.-D., & Freyberger, H. J. (2015). Psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 17 - 33). München: Urban & Fischer.
- Stone, M. H., Hurt, S., & Stone, D. K. (1987). The PI 500: Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria I. Global outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1, S. 291-298.
- Thiher, A. (2004). *Revels in Madness: Insanity in Medicine and Literature*. The University of Michigan Press.
- Timmerman, I., & Emmelkamp, P. (2006). The relationship between attachment styles and Cluster B personality disorders in prisoners and forensic inpatients. *International journal of law and psychiatry*, 29, S. 48-56.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., . . . Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), S. 416–425.
- Vetter, B. (2017). *Psychiatrie: Ein systematisches Lehrbuch* (7., überarb. u. aktualis. Ausg.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Vries, G. d., & Olf, M. (2009). The Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in the Netherlands. *Journal of traumatic stress*, 22(4), S. 259–267.
- Weber, M. M., Burgmair, W., & Engstrom, E. J. (2006). Emil Kraepelin (1856–1926): Zwischen klinischen Krankheitsbildern und „psychischer Volkshygiene“. *Deutsches Ärzteblatt*, 41(130), A2685–2690.
- Welter-Enderlin, R., & Hildenbrand, B. (2006). *Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH.
- Widiger, T., & Weissman, M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & community psychiatry*, 52, S. 1015-1021.
- Wintsch, H. (2008). Gruppenpsychotherapie mit (kriegs-)traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Ein entwicklungs- und resilienzorientierter Ansatz. In M. A. Landolt, & T. Hensel, *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. (1996). Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich, & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Therapie* (S. 27-41). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., . . . McGlashan, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), S. 510–518.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), S. 19-29.
- Zaudig, M., Trautmann-Sponsel, R., Joraschky, P., Rupprecht, R., Möller, H.-J., & Sass, H. (Hrsg.). (2006). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *The American journal of psychiatry*, 162(5), S. 867–875.