Klaus Lieb

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

Sample text

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

from Klaus Lieb

editor: Elsevier Urban&Fischer Verlag



In the Narayana Webshop you will find all German and English books on homeopathy, alternative medicine and healthy living.

Copyright:
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
https://www.narayana-verlag.de

Narayana Verlag is a publisher of books on homeopathy, alternative medicine, and healthy living. We publish works by top-class, innovative authors such as Rosina Sonnenschmidt, Rajan Sankaran, George Vithoulkas, Douglas M. Borland, Jan Scholten, Frans Kusse, Massimo Mangialavori, Kate Birch, Vaikunthanath Das Kaviraj, Sandra Perko, Ulrich Welte, Patricia Le Roux, Samuel Hahnemann, Mohinder Singh Jus, and Dinesh Chauhan.

Narayana Verlag organizes homeopathy seminars. World-renowned speakers such as Rosina Sonnenschmidt, Massimo Mangialavori, Jan Scholten, Rajan Sankaran & Louis Klein inspire up to 300 participants.

Tab. 8.1 Zwangsstörung und Zwangsspektrumsstörungen in den verschiedenen Diagnosemanualen

ICD-10	ICD-11	DSM-5®
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (F4)	Zwangsstörung und Zwangsspektrums-störungen	Zwangsstörung und verwandte Störungen
F42 Zwangsstörung	Zwangsstörung	Zwangsstörung
(Dysmorphophobe Störung [F45.2], somatoforme Störungen)	Körperdysmorphe Störung	Körperdysmorphe Störung
–	Olfaktorisches Referenzsyndrom	Sonstige n. n. bez. Zwangsstörung
(Hypochondrische Störung [F45.2], somatoforme Störungen)	Hypochondrie	Krankheitsangststörung; (unter: somatische Belastungsstörung und verwandte Störungen)
–	Pathologisches Horten und Sammeln	Pathologisches Horten
(Trichotillomanie [F63.3], Verhaltensstörungen)	Körperbezogene Wiederholungszwänge (z. B. Trichotillomanie, pathologisches Hautzupfen)	Trichotillomanie Dermatillomanie
Sonstige Zwangsstörungen	Andere spezifische Zwangsstörung bzw. Zwangsspektrumsstörung	Andere näher bezeichnete Zwangsstörung und verwandte Störungen
(Sonstige psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen [F1X.8])	(Störungen aufgrund von Substanzgebrauch oder -abhängigkeit)	Substanz- oder medikamenteninduzierte Zwangsstörung und verwandte Störungen
(Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit [F06.8])	(Sekundäre psychische oder Verhaltensstörungen aufgrund anderer Krankheiten)	Zwangsstörung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors
Nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen	Unspezifizierte Zwangsstörung bzw. Zwangsspektrumsstörung	Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung und verwandte Störungen Olfaktorisches Referenzsyndrom

- Hypochondrie (➔ Kap. 8.3.2)
- Körperdysmorphe Störung (ICD-10: dysmorphophobe Störung) (➔ Kap. 8.3.3)
- Zwanghaftes Horten (➔ Kap. 8.3.4)
- Trichotillomanie (= pathologisches Haareausreißen) und Dermatillomanie (= pathologisches Hautzupfen / -quetschen) (➔ Kap. 8.3.5)
- Substanzinduzierte Zwangsstörung (Amphetamine, Kokain) (➔ Kap. 8.3.6)
- Sekundäre Zwangsstörung / Zwangsspektrumsstörung aufgrund einer anderen Erkrankung (➔ Kap. 8.3.6)

8.2 Zwangsstörung

KASUISTIK

Eine 21-jährige Patientin stellt sich in Begleitung ihrer Mutter in der psychiatrischen Ambulanz vor. Der Patientin ist es offensichtlich sehr unangenehm, über ihre Beschwerden zu berichten. Zögerlich, mit leiser Stimme und den Blick auf den Boden gerichtet äußert sie schließlich, dass sie seit etwa 6 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, wenn sie von draußen komme, duschen und sich umziehen. Wenn sie selbst außerhalb der Wohnung gewesen sei, müsse sie sich gründlich von Kopf bis Fuß desinfizieren, was bis zu 2 h in Anspruch nehme. Auch Gegenstände, die andere berührt haben, müsse sie genauestens reinigen. In den letzten 2 Monaten habe sie praktisch nur noch ihr eigenes Zimmer benutzt (auch zum Essen), weil sie dieses für einigermaßen sauber halte. In der Wohnung trage sie eine spezielle „reine" Bekleidung. Ihre Mutter habe sie so weit gebracht, ihr praktisch alles abzunehmen.

Das Ganze habe vor 3 Jahren begonnen, zunächst mit Ängsten, sich zu infizieren. Vor 2 Jahren habe sie angefangen, sich zu waschen, seit 1 Jahr sei es ganz schlimm. Kurz vor Beginn der ersten Symptome habe sie erfahren, dass sich ein ehemaliger Mitschüler mit HIV infiziert habe.

Da sie seit 3 Monaten zunehmend lust- und kraftloser geworden sei, habe ihr die Hausärztin 75 mg Amitriptylin (trizyklisches Antidepressivum) verordnet, was jedoch kaum Besserung gebracht habe. Das Studium der Architektur habe sie aufgeben müssen. Auch ihre anschließend begonnene Lehre als Einzelhandelskauffrau habe sie vor 1 Jahr abgebrochen. Zurzeit sei sie arbeitslos. Sie stelle sich jetzt auf Empfehlung einer mit der Familie befreundeten Ärztin vor. Über das, was sie geschildert habe, habe sie bisher in diesem Umfang mit keinem Arzt gesprochen.

Die Mutter bestätigt im Wesentlichen das Gesagte und ergänzt, dass ihre Tochter täglich mindestens 6 h mit Reinigungen verbringe. Zur Vorgeschichte befragt, berichtet die Mutter, die Tochter sei schon immer eher ängstlich und besorgt gewesen und habe sich wenig zugetraut. Sie habe immer Angst, kritisiert oder von anderen nicht gemocht zu werden (nach Lieb und Heßlinger 2016).

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

8.2.1 Definition, Symptomatik und Klassifikation

Definition

Unter **Zwangshandlungen** (engl.: „compulsions") werden Verhaltensweisen verstanden, die in bestimmten Situationen sinnvoll sind (z. B. Händewaschen, Kontrollieren von Elektrogeräten), vom Betreffenden aber unzählige Male in ritualisierter Weise durchgeführt werden müssen, obwohl er dies selbst als unsinnig, quälend oder unnötig erlebt. Versucht er, die Handlung zu unterdrücken, empfindet er ein äußerst unangenehmes Gefühl innerer Anspannung, Ängstlichkeit oder Unruhe, das nachlässt, wenn das Ritual durchgeführt wird.

Zwangsgedanken (engl.: „obsessions") sind Vorstellungen oder Ideen, deren Inhalt als negativ empfunden wird (z. B. aggressive Gedanken, Befürchtung von Verunreinigung) und die sich immer wieder aufdrängen und wiederholen.

Bei den **Zwangsstörungen** (engl.: „Obsessive compulsive disorders", OCD) bilden Zwangsgedanken oder -handlungen das zentrale Merkmal der Erkrankung.

Zu den Begriffen Zwang und Zwangsstörung

Gelegentlich auftretende Zwangsgedanken wie z. B. das wiederholte Erinnern einer kurzen Musikpassage („Ohrwurm") oder Zwangsrituale (mehrfaches Kontrollieren des Türschlosses oder eines Elektrogeräts beim Verlassen der Wohnung) werden von vielen Menschen geschildert und sind **ohne Krankheitswert.** In der kindlichen Entwicklung um das 2. und 3. Lj. spielen ritualisierte Handlungsweisen (z. B. beim Einschlafen) oder der Glaube an die „Macht der Gedanken" eine wichtige Rolle. Kinder dieses Alters sind davon überzeugt, dass z. B. aggressive Vorstellungen das entsprechende Geschehen verursachen können („magisches Denken"). Auch in der Pubertät können transitorische Zwangsphänomene auftreten. Bestimmte **Rituale** werden von Kindern – wie auch von Erwachsenen in der religiösen Praxis vieler Kulturen – genutzt, um Angst zu verringern und negative Ereignisse abzuwehren. Eine **krankhafte Störung** liegt erst dann vor, wenn die Zwangssymptome in ihrer **Häufigkeit, Dauer und Intensität** ein solches Ausmaß annehmen, dass der Betreffende darunter **leidet** und in seinem **sozialen oder individuellen Erleben, seiner Leistungs- und Gestaltungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.

Während Zwangssymptome bis in die Neuzeit hinein als „Besessenheit" interpretiert wurden, verstand man sie im 19. Jh. als Symptom der Depression. Erst seit Beginn des 20. Jh. wurden Zwänge als eigenständiges Syndrom mit ungünstigem Verlauf betrachtet. Bis in die 1960er-Jahre hinein war das Verständnis über die Erkrankung von psychoanalytischen Konzepten zur Ätiologie und Therapie dominiert. Die Entwicklung wirksamer therapeutischer Interventionen auf kognitiver und behavioraler Grundlage seit den 1970er-Jahren und die Beobachtung günstiger Effekte von serotonerg wirksamen Antidepressiva haben die Einschätzung von Prognose und Therapierbarkeit der Störung zum Positiven verändert.

Symptomatik

Zwangsgedanken

Zwangsgedanken beinhalten zumeist **Ideen aggressiven Inhalts** oder **Befürchtungen,** die sich auf **Verschmutzung, Verunreinigung** oder **Ansteckung** beziehen. Patienten mit aggressiven Zwangsgedanken berichten z. B. über Vorstellungen, ihr eigenes Kind zu verletzen oder es fallen zu lassen, ohne dass eine solche Handlung je erfolgt. Oder sie sind von der Angst gequält, beim Autofahren unbemerkt eine Person überfahren zu haben. Andere befürchten, an einer schweren Erkrankung (AIDS, Krebs) zu leiden und Familienangehörige über direkte Berührung oder gemeinsam benutzte Gegenstände anzustecken. Auch Bilder oder Befürchtungen, als abnorm oder ekelhaft eingestufte sexuelle Neigungen oder Praktiken auszuleben, kommen vor. Die betreffenden Personen erleben die Gedanken als äußerst **beängstigend, moralisch verwerflich** oder **quälend.** Daher versuchen sie, die Zwangsgedanken wegzuschieben oder sich dagegen zu wehren, was aber meist nicht gelingt. Viele Patienten entwickeln daraufhin **gedankliche Rituale** (Verinnerlichen bestimmter Gebete, Zählen, leises Wiederholen einzelner Worte) oder **stereotyp ablaufende Handlungen** (siehe Zwangshandlungen), um die angstauslösenden Ideen und Impulse zu neutralisieren (➔ Tab. 8.2).

Zwangshandlungen

Als Zwangshandlungen werden am häufigsten Verhaltensweisen beobachtet, die sich auf das **Kontrollieren** oder **Waschen und Reinigen** beziehen. So werden z. B. Elektrogeräte oder Türschlösser vor dem Verlassen der Wohnung immer wieder kontrolliert, was mehrere Stunden in Anspruch nehmen kann. Häufig sind auch das wiederholte Händewaschen, das auf stereotype Weise abläuft und zigmal im Verlauf des Tages wiederholt wird, oder die Reinigung der Wohnung und der Wäsche, die in einer bestimmten,

Tab. 8.2 Typische Inhalte von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Zwangsgedanken	Zwangshandlungen
• Aggressive Vorstellungen oder Impulse • Kontamination (Angst vor Schmutz, Keimen) • Symmetrie, Ordnung • Religiöse Vorstellungen • Sexuelle Impulse oder Gedanken • Pathologische Zweifel an korrekt ausgeführten Handlungen	• Kontrollieren • Waschen / Reinigen • Wiederholen • Zählen • Ordnen • Sammeln / Aufbewahren • Berühren

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

ritualisierten Abfolge durchgeführt wird und bei Störungen oder erneuter „Kontamination" von vorn begonnen werden muss. Patienten beschreiben häufig auch ein quälendes „Unvollständigkeitsgefühl", das sie zwinge, die Handlungen so lange durchzuführen, bis subjektiv ein Erleben von „Vollständigkeit" erreicht ist. Oft entwickeln Patienten mit Wasch- und Reinigungszwängen durch die ständige Exposition mit Wasser, Reinigungs- und Desinfektionsmitteln erhebliche Hautläsionen.

Häufig werden **Familienangehörige** in die Zwangshandlungen **einbezogen:** Kinder müssen, wenn ein Elternteil unter einem Reinigungszwang leidet, z. B. beim Betreten der Wohnung alle Kleider ablegen und sofort unter der Dusche gesäubert werden. Danach darf nur eine vorbereitete, saubere Wohnungsbekleidung getragen werden. Auch Bad und Dusche müssen anschließend geputzt und desinfiziert werden.

Zwangsstörung

Bei der Zwangsstörung treten als Leitsymptome Zwangsgedanken oder -handlungen – zumeist gemeinsam – auf. Charakteristisch ist auch die Entwicklung eines ausgeprägten **Vermeidungsverhaltens** für die Angst und Anspannung auslösenden Reize (Schmutz, Unordnung etc.) und die zunehmende Ausweitung der Situationen und Objekte, auf die mit neutralisierenden Vorstellungen oder Verhaltensweisen reagiert werden muss (= **Generalisierung**). In den meisten Fällen empfinden die Betroffenen ihre Verhaltensweisen als sinnlos, irrational und daher äußerst beschämend (= **ich-dyston**). Sie versuchen deshalb meist, die Erkrankung zu **verheimlichen.** Dies erfordert neben den alltäglichen Verpflichtungen einen ungeheuren Energieaufwand, da die Zwangssymptomatik u. U. viele Stunden des Tages in Anspruch nehmen kann. Im weiteren Verlauf der Störung entwickeln viele Patienten – neben dem **subjektiven Leiden** an der Symptomatik – **Schwierigkeiten in ihren Beziehungen,** am **Arbeitsplatz,** in der **Schule** oder in der **Freizeitgestaltung.** Viele Patienten ziehen sich aus Kontakten zurück oder können ihren beruflichen oder häuslichen Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Dies ist insbesondere deshalb von großer Bedeutung, weil die Zwangsstörung in mehr als der Hälfte der Fälle **chronisch-fluktuierend** verläuft und aufgrund der Verheimlichungstendenz meist sehr viel Zeit vergeht, bis ambulante oder stationäre psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen wird. Suizidgedanken sind bei Patienten mit Zwangsstörung aufgrund des hohen Leidensdrucks nicht selten: Bis zu 25 % aller Menschen mit Zwangsstörung sollen Suizidversuche unternehmen. Das Risiko für einen Suizidversuch ist höchstwahrscheinlich höher, wenn gleichzeitig eine depressive Episode vorliegt.

Viele Patienten leiden **zusätzlich** unter einer **weiteren psychischen Erkrankung:** Am häufigsten sind depressive Syndrome (Lebenszeitprävalenz > 50 %), Angststörungen (v. a. soziale Phobie, generalisierte Angststörung), Essstörungen (v. a. Anorexia nervosa), eine sekundäre Alkoholproblematik, schizophrene Psychosen oder eine Ticstörung zu beobachten. Häufig kann auch die zusätzliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden; insbesondere die Persönlichkeitsstörungen des Clusters C (v. a. dependente und selbstunsichere PS) sind vertreten. Da bei Kindern mit einer Zwangsstörung die Komorbidität mit ADS / ADHS relativ häufig ist, sollte auch bei Erwachsenen mit Zwängen nach den Symptomen eines Aufmerksamkeitsdefizits gefragt werden.

Klassifikation

Die **ICD-10** sieht vor, die Zwangsstörung in Formen zu differenzieren, die sich einerseits vorwiegend in Zwangsgedanken, andererseits hauptsächlich in Zwangshandlungen äußern oder bei denen beide Aspekte vorliegen (➢ Tab. 8.3). Bei den meisten Betroffenen liegen sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen vor.

In der **ICD-11** wird die Beschreibung der Zwangsstörung um einige Aspekte ergänzt: Es wird betont, dass Zwangsgedanken gewöhnlich mit dem Auftreten von Angst verbunden sind, womit die Nähe zu den Angsterkrankungen hergestellt wird. Darüber hinaus wird der „Zwangsaspekt" von Zwangshandlungen etwas stärker hervorgehoben: Die Handlungen müssen häufig nach einem ritualisierten Plan durchgeführt werden oder dienen dazu, ein Gefühl von „Vollständigkeit" zu erreichen. Eine krankhafte Störung liegt dann vor, wenn die Zwangssymptomatik **zeitaufwendig** ist (mehr als 1 h pro Tag) und zu erheblichem Leiden und deutlichen Beeinträchtigungen wichtiger Fähigkeiten bzw. Funktionsbereiche führt.

Im **DSM-5®** kann zusätzlich eingeschätzt werden, wie stark die betreffende Person die Zwangssymptomatik als „ich-dyston" erlebt oder nicht. Hier ist eine dreistufige Zuordnung von „guter bzw. angemessener Einsicht" bis zu „fehlender Einsicht bzw. wahnhaften Überzeugungen" möglich. Das heißt, dass eine Zwangsstörung **auch dann diagnostiziert werden kann, wenn keine Einsicht in die Irrationalität des Handelns vorliegt.** Dies ist insofern von Bedeutung, als die fehlende Krankheitseinsicht höchstwahrscheinlich mit einer schlechteren Prognose der Erkrankung einhergeht. Überdies kann bestimmt werden, ob bei der Person aktuell oder in der Vorgeschichte eine Ticstörung vorliegt.

8.2.2 Epidemiologie und Ätiologie

Epidemiologie

Zwangsstörungen sind nicht selten. Ihre **Lebenszeitprävalenz** für die Allgemeinbevölkerung in Deutsch-

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

Tab. 8.3 Diagnostische Kriterien der Zwangsstörung nach ICD-10 (F42)	
A.	Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen
B.	Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche der folgenden Merkmale:
	1. Sie werden als eigene Gedanken / Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
	2. Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.
	3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
	4. Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).
C.	Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.
D.	Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).

land liegt bei **2–3 %.** Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 3,8 % in Deutschland sind sie damit häufiger als früher angenommen. Interessanterweise zeigen transkulturelle Untersuchungen, dass die Häufigkeit von Zwangsstörungen in verschiedenen Ländern und Kulturkreisen ähnlich hoch ist. Inhalte und Themen der Störung können jedoch – abhängig von den soziokulturellen Bedingungen – sehr verschieden sein.

Das **Geschlechterverhältnis bei Erwachsenen** ist **ausgeglichen,** während im Kindesalter mehr Jungen als Mädchen betroffen sind. Allerdings erkranken Jungen i. d. R. auch früher als Mädchen. Die Störung beginnt zumeist in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter (mit einem Gipfel zwischen dem 20. und dem 25. Lj.). Nur 5 % der Erkrankungen manifestieren sich nach dem 40. Lj.; Ersterkrankungen bei über 50-Jährigen sind extrem selten. Bei einem Großteil der Betroffenen treten erste Symptome vor dem 18. Lj. auf. Zwangsstörungen beginnen häufig schleichend (v. a. Kontrollzwänge), aber auch eine akut einsetzende Symptomatik ist (z. B. beim überwiegenden Teil der Waschzwänge) möglich. Die Erkrankung zeigt im Kindes- und Jugendalter häufig einen fluktuierenden Verlauf. Überwiegend müssen sich die Betroffenen ein Leben lang mit der Erkrankung auseinandersetzen. Spontanremissionen sind bei Erwachsenen relativ selten. Jeder zweite Zwangspatient lebt unverheiratet oder ohne festen Partner, was auf den frühen Erkrankungsbeginn, die hohe Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen und dadurch eingeschränkte soziale Kompetenzen zurückgeführt wird.

Ätiologie

Um die Ätiologie der Zwangsstörung zu erklären, werden Erkenntnisse verschiedener Erklärungs- und Forschungsansätze zu einem Modell **multifaktorieller Genese** der Störung (im Sinne eines Diathese-Stress-Modells) zusammengefasst (➢ Box 8.1).

Box 8.1

Faktoren bei der Entstehung von Zwangsstörungen

- **Vulnerabilität**
  - Biologische / genetische Disposition, immunologische Faktoren?
  - Intrapsychische Faktoren (unbewusste Konflikte, Perfektionismus)
  - Entwicklungsgeschichtliche Aspekte (rigider, überstrenger Erziehungsstil)
- **Stress**
  - Kritische Lebensereignisse (z. B. Todesfall, Pubertät, Trennung, Heirat, Eintritt ins Berufsleben)
- **Aufrechterhaltende Faktoren**
  - Vermeidungsverhalten
  - Intrapsychische Funktion (Abwehr von Angst und Anspannung = primärer Krankheitsgewinn)
  - Interpersonelle Funktion (sekundärer Krankheitsgewinn)
  - Eigendynamik (Hilflosigkeit, Kontrollverlust)

Vulnerabilitätsfaktoren

Es ist davon auszugehen, dass die **Vulnerabilität** für eine Zwangsstörung von **genetisch-biologischen** und **entwicklungspsychologischen Komponenten** beeinflusst wird:

- **Neurobiologische Modelle,** die sich auf bildgebende Verfahren, neurochirurgische Untersuchungen und Erkenntnisse über neurologische Störungen mit Zwangs-

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

symptomen beziehen, sprechen für eine **Dysfunktion im Regelkreis** zwischen **Basalganglien** (insb. von Nucleus caudatus, Striatum und Globus pallidus), limbischem System und **präfrontalem Kortex.** Höchstwahrscheinlich besteht eine **frontoorbitale dopaminerge Hyperaktivität,** die mit einer vermehrten „Produktion" automatisierter Gedanken oder Handlungsimpulse verbunden sein soll. Durch die Überaktivität werden sekundär vermehrt exzitatorische (frontostriatale) Regelschleifen aktiviert, wodurch sekundär die „Filterfunktion" der Basalganglien für kortikale Informationen herabgesetzt wird. Auf funktioneller Ebene werden damit das verstärkte Wahrnehmen von automatisierten Verhaltensmustern und Kognitionen wie auch die Schwierigkeit erklärt, dieses Verhalten bzw. die Gedanken situationsadäquat zu beenden. Dies wiederum erschwert ein flexibles Denken, Reagieren und Handeln. Die affektive Komponente bei Zwangssymptomen, d. h. Angst, Anspannung, Ekel, sowie die damit verbundenen Konditionierungsprozesse werden wahrscheinlich über die **Amygdalae** vermittelt, die ihrerseits enge Verbindungen zum präfrontalen Kortex, zu den Basalganglien und zum Thalamus aufweisen. Organisches Korrelat könnte die vermutete **Dysbalance serotonerger Systeme** sein, die angesichts der Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern in der Behandlung von Zwangserkrankungen angenommen wird.
Die **erbliche Komponente** bei einer Zwangsstörung wird mit etwa 40 % veranschlagt. Angehörige eines Menschen mit einer Zwangsstörung haben ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer Zwangsstörung zu erkranken.

- **Psychodynamische Erklärungsmodelle** betrachten die Zwangsstörung als **Abwehr** bzw. „Bewältigung" eines **Abhängigkeits-Autonomie-Konflikts** und der mit dem Konflikt verbundenen unangenehmen Gefühle (Angst, Ekel, Ärger). Der die Störung bedingende Konflikt entsteht im Kleinkindalter, wenn das Kind selbstständiger wird und sich seine Umgebung immer aktiver erschließt. Dabei kommt es in Konflikt mit den Eltern, die seinen Autonomiebestrebungen Grenzen setzen. Ein sehr unnachgiebiges, strenges Reagieren der Eltern und die Bestrafung mit Liebesentzug werden als Faktoren angesehen, die zur Ausbildung der Konfliktstruktur beitragen. Im Sinne eines intrapsychischen Bewältigungsversuchs werden der Konflikt und die damit verbundenen Ängste durch bestimmte Abwehrmechanismen (➢ Kap. 3.4.3, ➢ Tab. 3.27) zwar nicht beseitigt, aber in einer für das Bewusstsein tolerablen Weise bearbeitet. Im weiteren Leben wird die Konfliktstruktur in entsprechenden Triggersituationen reaktiviert (z. B. Verlassen des Elternhauses).
- Das **lerntheoretische Verständnis** für die Entstehung der Zwangsstörung bezieht sich in erster Linie auf das **Zwei-Faktoren-Modell** (nach Mowrer). Die Zwangssymptomatik wird durch klassische und operante Konditionierungsprozesse mit ausgelöst und aufrechterhalten (➢ Abb. 8.1), analog dem für die Agoraphobie beschriebenen Modell (➢ Kap. 7.3.2). Eine belastende, bedrohliche Konfliktsituation (UCS) führt zu einer aversiven Reaktion (z. B. Angst, Unruhe, Anspannung, UCR). Ein an sich neutraler Reiz (z. B. Unordnung, Schmutz, CS), der im Zusammenhang mit der belastenden Konfliktsituation auftritt, wird mit der Situation verknüpft. In Zukunft genügt dann allein der konditionierte Reiz (CS), um die Angstreaktion (CR) auszulösen, ohne dass tatsächlich eine aktuelle Bedrohung besteht. In einem weiteren Schritt wird beim Auftreten des konditionierten Reizes die aversive Reaktion (CR) antizipiert. Um die befürchtete Reaktion zu vermeiden, werden Zwangshandlungen eingesetzt (z. B. Reinigen, Aufräumen). Durch den damit verbundenen Abfall der ängstlichen Erwartung bzw. Unruhe wird das Wiederholen der Zwangshandlungen (negativ) verstärkt, d. h. „belohnt", und ihre Auftretenswahrscheinlichkeit damit erhöht. Wie bei den Angststörungen trägt das sich dabei entwickelnde Vermeidungsverhalten damit in besonderem Maße zur Aufrechterhaltung der Symptomatik bei.
- **Kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle** können die Genese von Zwangsgedanken veranschaulichen: Im Bewusstseinsstrom des Menschen tauchen gelegentlich aufdringliche oder absurd anmutende Bilder, Gedanken oder Impulse auf. Sie werden als normalpsychologische Phänomene betrachtet. Gesunden Menschen fällt es offenbar leicht, diesen Inhalten keine besondere Bedeutung zuzumessen. Erst die subjektive Bewertung solcher Gedanken als inakzeptabel, unmoralisch, verboten oder höchst verwerflich führt zu unangenehmen Sensationen (Unruhe, Anspannung, Angst). Den Inhalten wird damit einerseits vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, andererseits scheinen Zwangserkrankte dazu zu neigen, die Gedanken stärker mit „Gefahr und Risiken" in Verbindung zu bringen als Gesunde. Beispielsweise überschätzen Zwangserkrankte das Risiko dafür, dass sie das Gedachte in die Tat umsetzen könnten. Typisch sind kognitive Verzerrungen der folgenden Art: „Wenn ich daran denke, dass ich mich anstecken könnte, wird es auch passieren" (Gedanken-Ereignis-Fusion, „magisches Denken") oder „Wenn ich darüber nachdenke, dass ich meinen Mann mit einem Küchenmesser verletzen könnte, werde ich es auch tun" (Gedanken-Handlungs-Fusion). Es wird nachvollziehbar, dass der Betreffende bestrebt ist, die für ihn unangenehmen Inhalte zu kontrollieren oder durch neutralisierende Gedanken oder Handlungen abzumildern. Alle

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

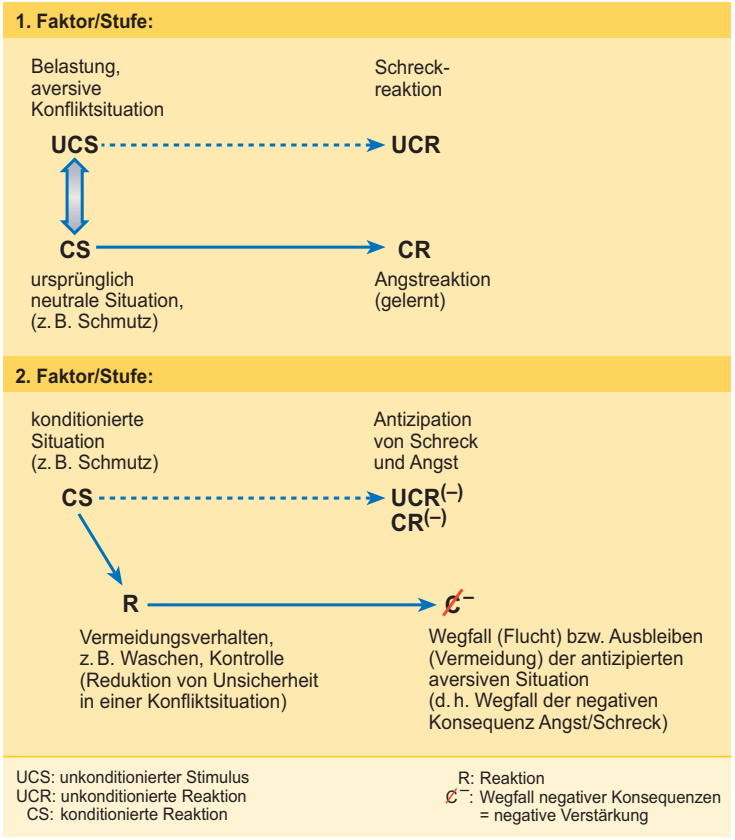


Abb. 8.1 Das Zwei-Faktoren-Modell in der Genese der Zwangsstörung [M516/L141]

genannten „Bewältigungsversuche" im Umgang mit den aversiven Inhalten haben aber zur Folge, dass die entsprechenden Vorstellungen oder Impulse *leichter* und *häufiger* in sein Bewusstsein drängen (zur Veranschaulichung: Denken Sie jetzt *nicht* an einen rosa Elefanten!). Dadurch kommt es zu einer wechselseitigen Verstärkung von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und Symptomen.

Biografischen Erfahrungen, die zur **lerngeschichtlichen** Entwicklung bestimmter subjektiver **Regeln oder Grundannahmen** führen, wird bei der Entwicklung der oben geschilderten „Bewältigungsstrategien" ebenfalls eine wichtige Rolle zugeschrieben (z. B. hat ein erwachsener Zwangspatient als Kind immer wieder die folgende, mit den entsprechenden Affekten verbundene Lernerfahrung gemacht: „Wenn ich nicht das tue, was Mama will, dann liebt sie mich nicht mehr und lässt mich allein"). Auch eine biografische Situation, in der der Betreffende viel zu früh Verantwortung übernehmen musste oder erhebliche, intolerable Unsicherheit erlebte, kann dazu beitragen.

Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen

Belastende Lebensereignisse wie der Tod einer wichtigen Bezugsperson oder die eigene körperliche Erkrankung, aber auch chronische Stresssituationen und andere Lebensveränderungen (Heirat, Geburt eines Kindes) werden von vielen Patienten für den Zeitraum vor Beginn ihrer Störung angegeben. Sie können als **unspezifische Faktoren** betrachtet werden, die ein vulnerables System „zum Kippen" bringen und damit einen **Auslöser** für die Entstehung der Symptomatik darstellen.

Als **aufrechterhaltender Faktor** wurde bereits das **Vermeidungsverhalten** genannt. Es verhindert die Erfahrung, dass Zwangsgedanken nicht mit einer tatsächlichen Bedrohung verbunden sind und dass Anspannung und Unruhe wieder abnehmen, wenn der Betreffende nur lange genug in der auslösenden Situation verbleibt. Er erreicht über seine Neutralisierungsrituale ein Gefühl vermeintlicher Sicherheit und damit verbundener intrapsychischer Entlastung. Von wesentlicher Bedeutung ist auch die **Funktionalität** der Symptomatik **für die psychosoziale Situation** des Patienten: So können Zwänge dem Betreffenden z. B. helfen, seine Machtposition in einem Partnerschaftskonflikt zu untermauern, oder ihn durch Arbeitsunfähigkeit von einer beruflichen Überlastung befreien. Ein Gefühl von zunehmendem Kontrollverlust und Hilflosigkeit sowie sekundäre soziale, schulische oder berufliche Probleme tragen häufig zur Chronifizierung der Symptomatik bei.

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

Inhaltsverzeichnis

0 Wichtigste diagnostische Hauptgruppen der ICD-10 und ICD-11 1

1 Einführung
Klaus Lieb 5
1.1 Psychiatrie und Psychotherapie 5
1.2 Systematik psychischer Erkrankungen 6
1.2.1 Klassifikation nach der ICD-10 6
1.2.2 Zu erwartende Änderungen in der Klassifikation nach ICD-11 7
1.3 Epidemiologie und Ursachen psychischer Erkrankungen 8
1.3.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen 8
1.3.2 Beeinträchtigung der Lebensqualität 9
1.3.3 Ursachen psychischer Erkrankungen 10
1.4 Versorgung psychisch Kranker 10
1.4.1 Gesundheitsausgaben für psychisch Kranke 10
1.4.2 Ambulante und stationäre Behandlung 10
1.4.3 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie 11
1.5 Evidenzbasierte Therapie 11
1.5.1 Bewertung von Therapieeffekten 11
1.5.2 Interessenkonflikte und Unabhängigkeit . . . 12

2 Psychiatrische Diagnostik
Klaus Lieb 15
2.1 Einführung 16
2.2 Psychiatrisches Erstgespräch 16
2.2.1 Aufbau und Ziele des Erstgesprächs 16
2.2.2 Anamneseerhebung 17
2.3 Der psychopathologische Befund 18
2.3.1 Bewusstseinsstörungen 19
2.3.2 Orientierungsstörungen 20
2.3.3 Störungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis 20
2.3.4 Denkstörungen 21
2.3.5 Wahrnehmungsstörungen 26
2.3.6 Ich-Störungen 28
2.3.7 Störungen der Affektivität und Angst 28
2.3.8 Antriebsstörungen und katatone Symptome 29
2.3.9 Kontaktstörungen 30
2.3.10 Suizidalität 31
2.4 Psychopathologische Syndrome 32
2.5 Testpsychologische Verfahren 33
2.5.1 Störungsgruppenübergreifende Verfahren . . 33
2.5.2 Störungsgruppenbezogene Verfahren 33
2.5.3 Leistungsdiagnostik 34
2.5.4 Klinischer Einsatz testpsychologischer Verfahren und Bewertung der Testergebnisse 35
2.6 Klassifikation psychischer Störungen 36
2.6.1 Aktuelle Klassifikationssysteme: ICD-10, ICD-11 und DSM-5® 36
2.6.2 Erhebungsinstrumente der klassifikatorischen Diagnostik 38
2.7 Apparative Zusatzverfahren 38
2.7.1 EKG, EEG und Polysomnografie 38
2.7.2 Labordiagnostik 40
2.7.3 Bildgebende Verfahren 41

3 Therapie psychischer Erkrankungen
Klaus Lieb, Gitta Jacob, Annette Brückner, Sabine Frauenknecht 45
3.1 Einführung 46
3.2 Psychopharmakotherapie 46
3.2.1 Antidepressiva: Grundlagen 47
3.2.2 Antidepressiva: Substanzen 56
3.2.3 Stimmungsstabilisierer („Phasenprophylaktika“) 61
3.2.4 Antipsychotika: Grundlagen 66
3.2.5 Antipsychotika: Substanzen 72
3.2.6 Anxiolytika und Hypnotika 78
3.2.7 Antidementiva 84
3.2.8 Psychopharmaka in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen 85
3.2.9 Psychostimulanzien 88
3.2.10 Medikamente zur Behandlung von sexuellen Störungen 90
3.2.11 Psychopharmaka im Alter 91
3.2.12 Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit 91
3.2.13 Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit 93
3.3 Nichtpharmakologische biologische Therapieverfahren 94
3.3.1 Wachtherapie (Schlafentzugstherapie) 94
3.3.2 Lichttherapie 94
3.3.3 Elektrokonvulsionstherapie (EKT) 94
3.3.4 Andere Stimulationsverfahren 96
3.4 Psychotherapie 97
3.4.1 Einführung 97

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

3.4.2 Verhaltenstherapie und kognitive Therapie . 100
3.4.3 Psychoanalyse und psychodynamisch (tiefenpsychologisch) orientierte Verfahren. . 110
3.4.4 Gesprächspsychotherapie 115
3.4.5 Paar- und Familientherapie 117
3.4.6 Andere therapeutische Interventionen und Verfahren 119
3.4.7 Internetbasierte Therapien. 121
3.4.8 Supervision 121
3.5 Psychosoziale Therapien und Rehabilitation 122
3.5.1 Psychosoziale Therapien 122
3.5.2 Rehabilitation 126
3.6 Psychoedukation 128
3.6.1 Patientenratgeber 128
3.6.2 Psychoedukation in der Psychotherapie 129

4 Organische psychische Störungen / neurokognitive Störungen
Klaus Lieb, Oliver Tüscher 131
4.1 Einführung 131
4.1.1 Klassifikation der organischen psychischen Störungen 132
4.1.2 Mögliche Ätiologien 132
4.2 Demenzen 135
4.2.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit. 139
4.2.2 Vaskuläre Demenzen. 148
4.2.3 Demenz bei Lewy-Körperchen-Erkrankung . . 149
4.2.4 Frontotemporale Demenz 150
4.2.5 Weitere demenzielle Erkrankungen 151
4.2.6 Verhaltensstörungen bei Demenzen. 155
4.3 Organisches amnestisches Syndrom 156
4.4 Delir 157
4.5 Sonstige organische psychische Störungen 159
4.5.1 Organische Halluzinose 159
4.5.2 Organische katatone Störung 160
4.5.3 Organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung. 160
4.5.4 Organische affektive Störungen 160
4.5.5 Organische Angststörung 160
4.5.6 Organische dissoziative Störung. 160
4.5.7 Organische emotional labile (asthenische) Störung. 160
4.5.8 Leichte kognitive Störung 160
4.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund von Erkrankungen des Gehirns . . 161
4.6.1 Organische Persönlichkeitsstörung. 161
4.6.2 Postenzephalitisches Syndrom 161
4.6.3 Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma. 161

5 Schizophrenien und andere psychotische Störungen
Klaus Lieb 163
5.1 Einführung 163
5.2 Schizophrenien. 165
5.2.1 Epidemiologie und Komorbidität 165
5.2.2 Symptomatik. 166
5.2.3 Verlauf und Prognose 171
5.2.4 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 173
5.2.5 Ätiologie. 179
5.2.6 Therapie 182
5.3 Andere psychotische Störungen. 192
5.3.1 Schizotype Störung 192
5.3.2 Anhaltende wahnhafte Störung. 192
5.3.3 Akute vorübergehende psychotische Störungen. 193
5.3.4 Induzierte wahnhafte Störung 194
5.3.5 Schizoaffektive Störungen 194
5.3.6 Katatonie 195

6 Affektive Störungen
Klaus Lieb 197
6.1 Einführung 197
6.1.1 Klassifikation affektiver Störungen. 197
6.1.2 Allgemeine Aspekte affektiver Störungen. . . 199
6.2 Depressive Störungen 200
6.2.1 Epidemiologie und Verlauf. 200
6.2.2 Symptomatik. 201
6.2.3 Diagnostik 204
6.2.4 Differenzialdiagnostik 207
6.2.5 Ätiologie. 208
6.2.6 Akuttherapie. 211
6.2.7 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe . . 220
6.3 Bipolare Störungen 221
6.3.1 Epidemiologie und Verlauf. 221
6.3.2 Symptomatik. 222
6.3.3 Diagnostik 223
6.3.4 Differenzialdiagnostik 225
6.3.5 Akuttherapie. 226
6.3.6 Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe . . 228
6.4 Anhaltende affektive Störungen 229
6.4.1 Dysthymia. 229
6.4.2 Zyklothymia 230
6.5 Sonstige affektive Störungen. 230

7 Angststörungen
Sabine Frauenknecht. 233
7.1 Einführung 233
7.2 Allgemeine Aspekte von Angststörungen . 234
7.3 Panikstörung und Agoraphobie 240

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

7.3.1 Symptomatik und Klassifikation 240
7.3.2 Epidemiologie und Ätiologie 242
7.3.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 244
7.3.4 Therapie und Prognose 244
7.4 Soziale Phobie 246
7.4.1 Symptomatik und Klassifikation 246
7.4.2 Epidemiologie und Ätiologie 246
7.4.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 247
7.4.4 Therapie und Prognose 248
7.5 Spezifische (isolierte) Phobien 249
7.5.1 Symptomatik und Klassifikation 249
7.5.2 Epidemiologie und Ätiologie 250
7.5.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 250
7.5.4 Therapie und Prognose 250
7.6 Generalisierte Angststörung 250
7.6.1 Symptomatik und Klassifikation 250
7.6.2 Epidemiologie und Ätiologie 251
7.6.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 252
7.6.4 Therapie und Prognose 252
7.7 Trennungsangst-Störung 253

8 Zwangsstörung und Zwangsspektrumsstörungen
Sabine Frauenknecht 255
8.1 Einführung 255
8.2 Zwangsstörung 256
8.2.1 Definition, Symptomatik und Klassifikation . 257
8.2.2 Epidemiologie und Ätiologie 258
8.2.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 262
8.2.4 Therapie und Prognose 264
8.3 Zwangsspektrumstörungen 267
8.3.1 Olfaktorisches Referenzsyndrom 267
8.3.2 Hypochondrie 267
8.3.3 Körperdysmorphe Störung 267
8.3.4 Zwanghaftes Horten 268
8.3.5 Trichotillomanie (pathologisches Haareausreißen) und Dermatillomanie (pathologisches Hautzupfen / -quetschen) . . . 268
8.3.6 Substanzinduzierte Zwangsstörung, sekundäre Zwangsstörungen und verwandte Störungen aufgrund einer anderen Erkrankung 269

9 Stressassoziierte Erkrankungen
Sabine Frauenknecht 271
9.1 Einführung 271
9.2 Akute Belastungsreaktion 273
9.2.1 Definition und Symptomatik 273
9.2.2 Epidemiologie und Ätiologie 274
9.2.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 274
9.2.4 Therapie und Prognose 275
9.3 Anpassungsstörung 275
9.3.1 Definition, Symptomatik und Klassifikation . 276
9.3.2 Epidemiologie und Ätiologie 277
9.3.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 278
9.3.4 Therapie und Prognose 278
9.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) 279
9.4.1 Definition und Symptomatik 280
9.4.2 Epidemiologie, Komorbidität und Ätiologie . 282
9.4.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 284
9.4.4 Prävention, Therapie und Prognose 285
9.5 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung 288

10 Dissoziative Störungen
Sabine Frauenknecht 289
10.1 Definition und Klassifikation 289
10.2 Symptomatik 291
10.2.1 Dissoziative Störungen auf psychischer Ebene 291
10.2.2 Dissoziative Störungen auf körperlicher Ebene 293
10.2.3 Sonstige dissoziative Störungen 293
10.3 Epidemiologie und Ätiologie 294
10.4 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 295
10.5 Therapie und Prognose 296

11 Essstörungen
Ulrich Voderholzer, Sabine Frauenknecht . . . 299
11.1 Einführung 299
11.1.1 Ernährung und Gewicht 299
11.1.2 Definition und Klassifikation der Essstörungen 300
11.2 Anorexie 301
11.2.1 Definition und Symptomatik 301
11.2.2 Epidemiologie und Ätiologie 303
11.2.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 306
11.2.4 Therapie und Prognose 307
11.3 Bulimie 309
11.3.1 Definition, Klassifikation und Symptomatik . 309
11.3.2 Epidemiologie und Ätiologie 311
11.3.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 311
11.3.4 Therapie und Prognose 311
11.4 Binge-Eating-Störung 312
11.4.1 Definition und Symptomatik 312
11.4.2 Epidemiologie und Ätiologie 313
11.4.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 313
11.4.4 Therapie und Prognose 313
11.5 Andere Essstörungen 314
11.6 Adipositas 314

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

11.6.1 Definition, Klassifikation und Symptomatik . 314
11.6.2 Epidemiologie und Ätiologie 315
11.6.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 315
11.6.4 Therapie und Prognose 316

12 Somatoforme Störungen/somatische Belastungsstörungen und artifizielle Störungen
Ulrich Förstner, Sabine Frauenknecht 319
12.1 Einführung 319
12.1.1 Symptomatik und Klassifikation 319
12.1.2 Epidemiologie und Verlauf 322
12.1.3 Therapeutische Prinzipien in Diagnostik und Versorgung 324
12.1.4 Spezielles psychotherapeutisches Vorgehen 325
12.1.5 Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie 327
12.2 Einzelne somatoforme Störungen und verwandte Störungsbilder 327
12.2.1 Somatisierungsstörung 327
12.2.2 Somatoforme autonome Funktionsstörung . . 328
12.2.3 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren 329
12.2.4 Verwandte Störungen 330
12.2.5 Body Integrity Dysphoria 331
12.3 Artifizielle Störung 332

13 Abhängigkeitserkrankungen
Klaus Lieb, Oliver Tüscher 335
13.1 Einführung 336
13.1.1 Klassifikation der Abhängigkeitserkrankungen 336
13.1.2 Terminologie 337
13.1.3 Epidemiologie und Ätiologie 339
13.1.4 Prinzipien der Therapie 341
13.2 Störungen durch Alkohol 342
13.2.1 Diagnostik 342
13.2.2 Epidemiologie und Prognose 343
13.2.3 Komorbide Erkrankungen 343
13.2.4 Symptomatik und Folgen alkoholbezogener Störungen 344
13.2.5 Therapie 348
13.3 Störungen durch Drogen 351
13.3.1 Allgemeines 351
13.3.2 Opioide 353
13.3.3 Cannabinoide 357
13.3.4 Kokain und andere Stimulanzien 358
13.3.5 Halluzinogene 360
13.3.6 Flüchtige Lösungsmittel 361
13.3.7 Neuartige psychoaktive Substanzen (NPS) . . 361
13.4 Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit 362
13.4.1 Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika 362
13.4.2 Analgetika und andere Substanzen 364
13.5 Störungen durch Tabak 364
13.5.1 Diagnostik 364
13.5.2 Epidemiologie und Ätiologie 364
13.5.3 Symptomatik 365
13.5.4 Therapie 366
13.6 Nicht stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen 367
13.6.1 Einführung 367
13.6.2 Pathologisches Glücksspielen 367
13.6.3 Pathologischer Internetgebrauch 368
13.6.4 Pathologisches Kaufen 369

14 Impulskontrollstörungen
Oliver Tüscher, Sabine Frauenknecht 371
14.1 Einführung 371
14.1.1 Klassifikation 371
14.1.2 Ätiologie 372
14.1.3 Diagnose und Differenzialdiagnose 372
14.1.4 Therapie 372
14.2 Formen der Impulskontrollstörungen 373
14.2.1 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) . . . 373
14.2.2 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) 373
14.2.3 Pathologisches Sexualverhalten (Hypersexualität) 374
14.2.4 Intermittierende explosible Störung 375
14.2.5 Substanzinduzierte Impulskontrollstörung . . 375
14.3 Exkurs: Stalking 376

15 Persönlichkeitsstörungen
Sabine Frauenknecht, Friederike Mayer-Bruns, Klaus Lieb 377
15.1 Einführung 377
15.1.1 Definition, Symptomatik und Klassifikation . 377
15.1.2 Epidemiologie und Ätiologie 380
15.1.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik 383
15.1.4 Therapie und Prognose 384
15.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen 386
15.2.1 Ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung 386
15.2.2 Abhängige (dependente) Persönlichkeitsstörung 387
15.2.3 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung 388
15.2.4 Dissoziale (antisoziale) Persönlichkeitsstörung 390

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

15.2.5 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung / Borderline-Persönlichkeitsstörung . . . 391
15.2.6 Histrionische Persönlichkeitsstörung . . . 397
15.2.7 Narzisstische Persönlichkeitsstörung . . . 398
15.2.8 Paranoide Persönlichkeitsstörung . . . 400
15.2.9 Schizoide Persönlichkeitsstörung . . . 401
15.2.10 Schizotype (schizotypische) Persönlichkeitsstörung . . . 402

16 Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsinkongruenz und Störungen der Sexualpräferenz
Daniel Turner, Stefan Brunnhuber . . . 405
16.1 Einführung . . . 405
16.2 „Normale" Sexualität und ihre Störungen 406
16.3 Sexuelle Funktionsstörungen . . . 407
16.3.1 Sexuelle Appetenzstörungen . . . 408
16.3.2 Erregungsstörungen . . . 409
16.3.3 Orgasmusstörungen . . . 409
16.3.4 Sexuelle Schmerzstörungen . . . 410
16.3.5 Therapie . . . 410
16.3.6 Substanz- / medikamenteninduzierte sexuelle Funktionsstörungen . . . 412
16.4 Geschlechtsinkongruenz . . . 413
16.5 Störungen der Sexualpräferenz / paraphile Störungen . . . 415
16.5.1 Exhibitionismus . . . 416
16.5.2 Voyeurismus . . . 416
16.5.3 Sadomasochismus . . . 416
16.5.4 Fetischismus und Transvestitismus . . . 417
16.5.5 Pädophilie . . . 417
16.5.6 Sonstige Störungen der Sexualpräferenz . . . 418
16.5.7 Therapie . . . 418

17 Schlafstörungen
Ulrich Voderholzer, Sabine Frauenknecht . . . 421
17.1 Einführung . . . 421
17.1.1 Schlaf als biologischer Mechanismus . . . 421
17.1.2 Klassifikation der Schlafstörungen . . . 424
17.1.3 Diagnostik . . . 425
17.1.4 Epidemiologie . . . 425
17.2 Dyssomnien . . . 425
17.2.1 Nichtorganische (psychophysiologische bzw. primäre) Insomnie . . . 426
17.2.2 Nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus . . . 430
17.2.3 Nichtorganische (primäre) Hypersomnie . . . 430
17.3 Parasomnien . . . 430
17.3.1 Albträume . . . 431
17.3.2 Pavor nocturnus . . . 431
17.3.3 Somnambulismus . . . 431
17.3.4 Weitere Parasomnien . . . 431
17.4 Organische Schlafstörungen . . . 432
17.4.1 Schlafapnoe-Syndrom . . . 432
17.4.2 Narkolepsie . . . 433
17.4.3 Restless-Legs-Syndrom (RLS) . . . 435
17.5 Schlafstörungen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen . . . 437
17.5.1 Schlafstörungen bei somatischen Krankheiten . . . 437
17.5.2 Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen . . . 438

18 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen
Michael Huss . . . 439
18.1 Einführung . . . 440
18.1.1 Klassifikation . . . 440
18.1.2 Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen . . . 440
18.2 Intelligenzminderung (Oligophrenie, geistige Behinderung) . . . 442
18.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen . . . 444
18.3.1 Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache . . . 445
18.3.2 Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten . . . 446
18.3.3 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen . . . 447
18.4 Tief greifende Entwicklungsstörungen . . . 448
18.4.1 Autismus . . . 448
18.4.2 Rett-Syndrom . . . 450
18.5 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) . . . 450
18.6 Störung des Sozialverhaltens . . . 452
18.7 Emotionale Störungen . . . 453
18.7.1 Angststörungen . . . 453
18.7.2 Depressive Störungen . . . 455
18.8 Psychosen bei Kindern und Jugendlichen . . . 455
18.9 Ticstörung . . . 456
18.10 Essstörungen . . . 457
18.10.1 Adipositas . . . 457
18.10.2 Anorexia nervosa (Magersucht) . . . 457
18.10.3 Bulimia nervosa . . . 457
18.11 Ausscheidungs- und Fütterstörungen . . . 458
18.11.1 Nichtorganische Enuresis . . . 458
18.11.2 Nichtorganische Enkopresis . . . 459
18.12 Schlafstörungen . . . 459

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

18.12.1 Schlafwandeln . . . 459
18.12.2 Pavor nocturnus . . . 459
18.12.3 Albträume . . . 460
18.13 Störungen sozialer Funktionen . . . 460
18.13.1 Elektiver Mutismus . . . 460
18.13.2 Bindungsstörungen . . . 460
18.14 Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch . . . 461
18.14.1 Vernachlässigung . . . 461
18.14.2 Kindesmisshandlung . . . 462
18.14.3 Sexueller Missbrauch, sexuelle Misshandlung . . . 462

19 Autismus und ADHS im Erwachsenenalter
Swantje Matthies, Sabine Frauenknecht . . . 463
19.1 Einführung . . . 463
19.2 Autismus im Erwachsenenalter . . . 463
19.2.1 Definition und Klassifikation . . . 463
19.2.2 Symptomatik und Diagnostik . . . 464
19.2.3 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf . . . 464
19.2.4 Therapie . . . 465
19.3 Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters . . . 465
19.3.1 Klassifikation und Symptomatik . . . 466
19.3.2 Verlauf und Komorbidität . . . 467
19.3.3 Epidemiologie und Ätiologie . . . 468
19.3.4 Diagnostik und Differenzialdiagnostik . . . 468
19.3.5 Therapie . . . 469

20 Psychiatrische Notfälle
Stefan Schenkel, Klaus Lieb . . . 473
20.1 Einführung . . . 473
20.2 Grundprinzipien des Vorgehens . . . 474
20.2.1 Die Erhebung des psychopathologischen Befunds im psychiatrischen Notfall . . . 474
20.2.2 Organische Ausschlussdiagnostik . . . 474
20.2.3 Deeskalierender Umgang mit Patienten in psychiatrischen Notfallsituationen . . . 475
20.3 Spezifische Notfallsituationen . . . 478
20.3.1 Suizidalität . . . 478
20.3.2 Delir/Verwirrtheitszustand . . . 478
20.3.3 Intoxikationen . . . 479
20.3.4 Erregungszustände . . . 480
20.3.5 Katatone Syndrome . . . 482
20.3.6 Akute Belastungsreaktionen und Panikattacken . . . 482

21 Psychiatrische Begutachtung und andere rechtliche Aspekte
Wolfgang Retz, Klaus Lieb . . . 485
21.1 Einführung . . . 486
21.2 Unterbringung und Behandlung psychisch Kranker gegen ihren Willen . . . 486
21.2.1 Unterbringungsgesetze der Länder . . . 487
21.2.2 Durchführung von Zwangsmaßnahmen . . . 487
21.3 Betreuung psychisch kranker Patienten . . . 489
21.3.1 Einrichtung einer Betreuung . . . 489
21.3.2 Aufgabenkreise und Pflichten des Betreuers 490
21.3.3 Dauer der Betreuung . . . 491
21.3.4 Einwilligungsvorbehalt . . . 491
21.3.5 Unterbringung nach dem Betreuungsrecht . 491
21.3.6 Betreuung und Geschäftsfähigkeit . . . 492
21.4 Beurteilung von Geschäfts-, Testier- und Einwilligungsfähigkeit . . . 492
21.4.1 Geschäftsunfähigkeit . . . 492
21.4.2 Testierfähigkeit . . . 493
21.4.3 Prozessfähigkeit . . . 493
21.4.4 Einwilligungsfähigkeit für medizinische Untersuchungen und Behandlungen . . . 493
21.5 Beurteilung und Behandlung psychisch Kranker im Zusammenhang mit Straftaten . . . 494
21.5.1 Schuldunfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit . . . 494
21.5.2 Maßregeln der Besserung und Sicherung . . . 496
21.5.3 Prognosebeurteilung . . . 498
21.6 Sozial- und versicherungsmedizinische Begutachtung . . . 498
21.6.1 Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung . . . 498
21.6.2 Begutachtung für die gesetzliche Unfallversicherung . . . 499
21.6.3 Begutachtung für die private Berufsunfähigkeitsversicherung . . . 499
21.6.4 Begutachtung nach dem Schwerbehindertengesetz . . . 500
21.7 Beurteilung der Fahreignung . . . 500
21.8 Weitere rechtliche Aspekte . . . 502
21.8.1 Schweigepflicht . . . 502
21.8.2 Einsichtsrecht in Krankenunterlagen . . . 502

Register . . . 505

© Elsevier GmbH München. Alle Rechte vorbehalten. Lieb, Frauenknecht: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. A. 2019

Klaus Lieb

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

600 pages, kart.
appears 2023

Buy now



More books on homeopathy, alternative medicine and healthy living www.narayana-verlag.de