



3.1: Entwicklungs- Störungen, Suizid, Depression, Angst- und Zwangs- Störungen

- Allgemeines zu Entwicklungs-Störungen
- Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10)
- Störung leibseelischer Elementar-Funktionen
- Suizidalität
- Menschen mit Depressions-Störungen
- Menschen mit Angst- und Zwangs-Störungen



Allgemeines zu Entwicklungs-Störungen (ES)

- Zwei Arten von psychischen Störungen
- Psychische Störungen als Beziehungs-Störungen
- Psychische Störungen und Körper-Erleben
- Störungs-Struktur und Körper-Erleben
- Emotionen und seelische Störungen
- Störungen der Körper-Erlebens

Zwei Arten von psychischen Störungen

Überschuss

Erlebens- und Verhaltens-Exzesse

zu häufig

zu lang

zu intensiv

kaum zu steuern

situations-unangemessen

zu selten

zu schwach

nicht gelernt

abgespalten (dissoziiert)

Erlebens- und Verhaltens-Defizite

Mangel

Generell kann man im Rahmen der Polarität „Überschuss-Mangel“ zwei Arten psychischer Störungen unterscheiden:

1. **Erlebens- und Verhaltens-Exzesse**

als ein zu häufiges, zu lang anhaltendes, kaum in der Intensität zu steuerndes und situativ unpassendes (inkongruentes) Auftreten eines Verhaltens oder Gefühls

(z. B. heftige Aggression, ungezügelte, mörderische, blinde Wut, zerstörerischer Groll, Depression, anhaltende Traurigkeit, lähmende Angst, manische Freude)

2. **Erlebens- und Verhaltens-Defizite**

als zu seltenes oder zu geringes Auftreten eines Verhaltens oder Gefühls als fehlende Verhaltens-Weisen im Verhaltens-Repertoire (z. B. Wahrnehmungs-Defizite, kognitive Defizite) und als fehlende Gefühle einschließlich der zugehörigen körperlichen Empfindungen im Gefühls-Repertoire (z. B. Angst-Freiheit, wo Angst aufgrund des Risikos angemessen wäre)

Psychische Störungen als Beziehungs-Störungen ES

- Das Selbst gründet auf Körper-Erfahrungen und gestaltet sich in einem kognitiv-affektiv-motorischen Austausch zwischen Subjekt und Subjekt sowie Subjekt und Objekt.
- Das Selbst wird in interaktiven Sequenzen kreativer Abstimmung von Individuum und Mitwelt (Personen, Lebewesen und Dinge) erzeugt.
- Beziehungs-Erfahrungen sind immer kognitiv-emotional-motorische Erfahrungen, werden in und mit der Leib-Seele gesammelt.
Erinnerungen werden multisensorisch gespeichert und bleiben in Form von Bildern, Empfindungen, Affekt-Zuständen, und sensomotorischen Prozeduren erhalten, auch wenn sie nicht bewusst reproduziert werden können.
 - Frühe Beziehungs-Erfahrungen werden dynamisch in körperliche Strukturen und psychosomatische Muster des Erlebens und Verhaltens eingeschrieben.
 - Ein interpersonelles Selbst entsteht, wenn ein Kind kognitiv fähig ist, die Perspektive einer anderen Person einzunehmen. Die Fähigkeit des Kindes, Annahmen über die Absichten anderer Personen zu bilden, wird als *Mentalisierung* bezeichnet. Die kognitive Fähigkeit, sich selbst innere Zustände zuzuschreiben und auf innere Zustände anderer zu schließen, wird als *Theory of Mind* bezeichnet.
 - Das interpersonelle Selbst ist aber nicht nur das Ergebnis reflexiver Interaktionen, sondern das Kind **lebt** den interpersonellen Bezug auch ohne ein Bewusstsein dessen, dass es selbst und die andere Person unterschiedliche Perspektiven auf die Welt einnehmen können.
- Man kann ein Beziehungs-Wesen sein, ohne sich dessen bewusst zu sein, dass man ein Beziehungs-Wesen ist.
- Psychische Störungen entstehen, erhalten und wandeln sich einschließlich ihrer Heilung weitgehend in einem Feld zwischenmenschlicher Kommunikation.
Zwischenmenschliche Beziehungen oder der Beziehungs-Mangel und ihre Spuren im Körper-Geist-Gedächtnis sind also der wichtigste Nährboden für psychische Störungen.

Psychische Krankheit ist immer auch eine Entfremdung vom lebendigen Körper. Störungen des Körper-Erlebens sind ein entscheidender Hinweis auf die Art einer psychischen Störung.

- **Magersüchtige** haben ein negatives und verzerrtes Bild ihres Körpers.
- **Bulimikerinnen** machen den Körper zu Ort ihrer Kontrolle.
- **Fibromyalgie-Patienten** fehlt das Gefühl, den Körper in Besitz zu nehmen.
- Infolge von **Traumatisierung** können Menschen im Körper tote Zonen verspüren, ihn als fragmentiert, entgrenzt, vom Ich getrennt oder gespalten erleben und ihn zum Objekt der Entwertung oder Verletzung machen.
- **Borderline-Patienten** tragen häufig ihre Spannungen am (selbstverletzendes Verhalten) und mit dem Körper aus.
- **Schizophrene** können abnorme Körper-Gefühle haben (coenästhetische Empfindungen), klammern ihren Körper aus dem Erleben aus oder nehmen ihn verzerrt wahr.
- Menschen mit **somatoformen Störungen** zeigen eine Präsenz des Schmerzes bei Absenz des Körpers und aller wohltuenden Formen körperlicher Lebendigkeit.
- Bei **Depressionen** und **Angst-Erkrankungen** wird der Körper selbst Träger des Leidens. Depressive erleben ihre Krankheit im Körper. Der Körper kann als eigen und zu einem gehörig (ich-synton) oder fremd und objekthaft (ich-dyston), ganzheitlich (integriert) oder zerfallen (parzelliert) erlebt werden.

flüchtiger Leib

instrumentalisierter Leib

Bei Persönlichkeits-Störungen wird der Körper als Mittel der Selbst-Darstellung oder als Ort der der Affekt-Abfuhr eingesetzt.

lastender Leib

Das Leid wird bei Depression, Angst oder Schmerz der somatoformen Störung im Körper lastend erlebt .

- Bei sehr schweren psychischen Störungen auf psychotischem Niveau geht der Bezug zum Körper-Selbst verloren. Der Körper wird nicht mehr als mein Körper erlebt oder die Grenze zwischen Ich und Außen löst sich auf. Der Leib der Psychotiker ist flüchtig. Das Ich ist wenig verkörpert.
- Auf der Ebene schwerer struktureller Störungen geht das Erleben verloren, die eigenen Handlungen, körperlichen Impulse (wie ein Sklave dieser Impulse handeln) oder Gefühle (von ihnen getrieben oder bedroht werden) kontrollieren zu können. Man fühlt sich nicht identisch mit dem Körper oder erlebt seine Körper als Fremd-Körper.
- Bei einem mittleren Struktur-Niveau mit mäßiger Integration finden sich situative Entfremdung vom Körper oder eine ich-dystone Beschreibung des Körper-Erlebens, bei der ich und mein Körper getrennt werden.
- Bei einem höheren Struktur-Niveau erlebt der Mensch sich als er selbst in seinem Körper, der etwas empfindet (Meinigkeit) oder tut (Selbst-Wirksamkeit).
Auf der körperlichen Ebene kann es kommen
 - zur Vermeidung der Wahrnehmung,
 - zur Verleugnung von Erfahrungen oder
 - zur Hemmung von Handlungen.

Emotionen und seelische Störungen



- Seelische Störungen haben immer mit intra- und intersubjektiver Regulation von Emotionen zu tun.
- Seelisch gestört ist ein Mensch, wenn er
 - Emotionen nicht wahrnehmen kann, weil sie durch Verschiebung in den Körper (Atem-Reduzierung und/oder Verspannung, Muskel-Panzerung – Hypertonie oder Muskel-Erschlaffung – Hypotonie) zum Schweigen gebracht wurden (Affekt-Sperre),
 - falsch zuordnet, was er als Emotionen spürt (Fehlattributierungen als Ersatz- oder Deck-Gefühle),
 - von Gefühls-Erregungen überflutet wird und diese nicht mehr kontrollieren und aushalten kann,
 - zwischen Gefühlen und Auslöse-Situation keine Verbindungen herstellen kann und
 - Schwierigkeiten hat, Gefühle situationsangemessen zum Ausdruck zu bringen.
- Daher bildet die Arbeit mit den Emotionen und den affektmotorischen Schemata oder Mustern, die die Emotionen bedingen, das Zentrum der Körper-Psychotherapie.

Störungen des Körper-Erlebens

Begriff	Inhalt/Funktion	Störungen
Körper-Schema	<p>Sensomotorische Repräsentation des Körpers Funktion: Steuerung von Handlungen Repräsentations-Komponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ somatosensorisch ❖ Körper-Form und –Größe ❖ Haltung und Position des Körpers im Raum 	<p>Autopagnosie (Störung der Lokalisation von Körperteilen im Verhältnis zum Körper) Asomatognosie (Ausfall der Bewusstheit von Körperteilen) Apraxie (Störung willkürlicher Ausdrucks-Bewegungen) Ataxie (Störung der Bewegungs-Steuerung) Anosognosie (Nicht-Erkennen körperlicher Ausfälle)</p>
Körper-Bild	<p>Körper-Bild im engeren Sinne: Inneres Bild vom Körper, Metaphern, Fantasien, Konzepte, Wissen um den Körper</p>	<p>Körperdysmorphie Störung Body Integrity Identity Disorder, verzerrtes Bild, z. B. bei Magersucht</p>
	<p>Körper-Empfinden/ Körper-Wahrnehmung: sensomotorisch-visuell Beschreibung der Beziehung von Körperteilen zueinander Einschätzung der Größen-Verhältnisse</p>	<p>Unfähigkeit, die Beziehung der Körper-Teile zueinander richtig zu beschreiben; Neglect-Syndrom (Ausfall von Körper-Bildern bei Hirn-Schädigung) Verzerrte Wahrnehmung von Körper-Umfang und Körper-Ausdehnung bei Magersucht</p>
	<p>Körper-Affekt /Körper-Kathexis (Konzentration psychischer Energie): Inneres Erleben des Körpers, Besetzung des Körpers mit psychischer Energie Affektive Körper-Bewertung</p>	<p>Ablehnung des eigenen Körpers Narzisstische Aufwertung des Körpers hypochondrische Beschäftigung mit dem Körper hysterische Störungen des Körper-Erlebens Mangelndes Erleben von Körper-Grenzen bei selbstverletzendem Verhalten</p>

Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10)



- F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Störungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 1
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 2
- F5 Verhaltens-Auffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltens-Störungen
- F7 Intelligenz-Störung
- F8 Entwicklungs-Störungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Zeit-Kriterium

Die **Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheits-Probleme (ICD)**, englisch *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnose-Klassifikations-System, von der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) herausgegeben. Einteilungs-Kriterien wechseln zwischen Ätiologie (Entstehungs-Bedingungen, Ursachen) und Pathologie (Krankheits-Symptome, Syndrome).

F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

ICD

- **F00 Demenz** bei Alzheimer-Krankheit
- F01 Vaskuläre Demenz
- F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten wie **Morbus Pick, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Chorea Huntington, primäres Parkinson-Syndrom, multiple Sklerose, Vitamin-B12 Mangel, Epilepsie, erworbene Hypothyreose, Neurosyphilis, chronische Intoxikationen, Hyperkalzämie, Lupus, zerebraler Lipid- (Blutfett) Stoffwechselstörung, HIV - unbehandelt**
- **F04 Organisches amnestisches Syndrom**, nicht durch Alkohol oder andere Drogen bedingt (Korsakow-Syndrom)
- **F05 Delir**, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- **F06 Andere Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns wie**
 - F06.0 Organische Halluzinose
 - F06.1 organische katatone Störung
 - F06.2 organische wahnhafte (schizophrenoforme) Störung
 - F06.3 organische affektive Störung
 - F06.4 organische Angststörung
 - F06.5 organische dissoziative Störung,
 - F06.6 organische emotional labile (asthenische) Störung
 - F06.7 leichte kognitive Störung
- **F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns**
 - F07.0 organische Persönlichkeitsstörung
 - F07.1 postenzephalitisches Syndrom
 - F07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma

F1 Störungen durch psychotrope Substanzen ICD

- **F10 Alkohol** (Unterteilung in der vierten Stelle von .0 bis .7 gilt auch für die anderen Substanz-Gruppen)
 - F10.0 Akute Intoxikation (akuter Rausch inkl. pathologischen Rauschs)
 - F10.1 Schädlicher Gebrauch
 - F10.2 Abhängigkeitssyndrom
 - F10.3 Entzugssyndrom
 - F10.4 Entzugssyndrom mit **Delir**
 - F10.5 Psychotische Störung (z. B. Halluzinose)
 - F10.6 **Amnestisches Syndrom** (Korsakow-Syndrom)
 - F10.7 Restzustand (Residualzustand) und verzögert (protrahiert) auftretende psychische Störung
- F11 Opioid
- F12 Cannabinoide
- F13 Sedativa und Hypnotika
- F14 Kokain
- F15 Stimulanzien incl. Koffein
- F16 Halluzinogene
- F17 Tabak
- F18 Flüchtige Lösungsmittel

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

➤ **F20 Schizophrenie**

- F20.0 paranoide Schizophrenie
- F20.1 hebephrene Schizophrenie
- F20.2 katatone Schizophrenie
- F20.3 Undifferenzierte Schizophrenie
- F20.4 Postschizophrene Depression
- F20.5 Schizophrenes Residuum
- F20.6 Schizophrenia simplex

➤ **F21 Schizotype Störung** (zählt auch zu den Persönlichkeits-Störungen wie unter F6)

➤ **F22 Anhaltende wahnhaftige Störungen**

- F22.0 Wahnhaftige Störung zu den Persönlichkeits-Störungen (wie unter F6)
- F22.8 sonstige anhaltende wahnhaftige Störungen (z. B. Involutions-Störungen, Querulantenwahn, Dysmorphophobie)

➤ **F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen**

➤ **F24 Induzierte wahnhaftige Störung** (folie à deux)

➤ **F25 Schizoaffective Störungen** als

- F25.0 gegenwärtig manisch,
- F25.1 gegenwärtig depressiv
- F25.2 gemischt (zyklische Schizophrenie)

F3 Affektive Störungen

- **F30 *Manische Episode***
 - F30.0 Hypomanie
 - F30.1 Manie ohne psychotische Symptome
 - F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
- **F31 *bipolare affektive Störung/Psychose gegenwärtig***
 - F31.0 hypomanische Episode
 - F31.1 manische Episode ohne psychotische Symptome
 - F31.2 manische Episode mit psychotischen Symptomen
 - F31.3 leichte oder mittelgradige depressive Episode
 - F31.4 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
 - F31.5 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
 - F31.6 gemischte Episode
 - F31.7 remittierend
- **F32 *Depressive Episode***
 - F32.0 leicht
 - F32.1 mittelgradig
 - F32.2 schwer ohne psychotische Symptome
 - F32.3 schwer mit psychotischen Symptomen
 - F32.8 sonstige inkl. somatische (larvierte) Depression
- **F33 *Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig***
 - F33.0 leichte Episode
 - F33.1 mittelgradige Episode
 - F33.2 schwere Episode ohne psychotische Symptome
 - F33.3 schwere Episode mit psychotischen Symptomen
 - F33.4 remittierend
- **F34 *Anhaltende affektive Störungen***
 - F34.0 Zykllothymia
 - F34.1 Dysthymia (zählt auch zu den Persönlichkeits-Störungen wie unter F6)

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 1

➤ **F40 Phobische Störungen**

- F40.0 Agoraphobie
- F40.00 ohne Panikstörung
- F40.01 mit Panikstörung
- F40.1 soziale Phobien
- F40.2 Spezifische isolierte Phobien (Akro-Phobie, Klaustro-Phobie, Tier-Phobien)

➤ **F41 Andere Angststörungen**

- F41.0 Panik-Störung (episodisch paroxysmale Angst)
- F41.1 Generalisierte Angst-Störung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

➤ **F42 Zwangsstörung**

- F42.0 Vorwiegend Zwangs-Gedanken oder Grübel-Zwang
- F42.1 Vorwiegend Zwangs-Handlungen (Zwangs-Rituale)

➤ **F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungs-Störungen**

- F43.0 Akute Belastungs-Reaktion
- F43.1 Posttraumatische Belastungs-Störung
- F43.2 Anpassungs-Störungen
- F43.20 mit kurzer depressiver Reaktion
- F43.21 mit längerer depressiver Reaktion
- F43.22 Angst und depressive Gefühle gemischt
- F43.23 Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, z. B. Trauer
- F43.24 Sozialverhalten beeinträchtigt

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen 2

- **F44 Dissoziative Störungen** (Konversions-Störungen)
 - F44.0 Dissoziative Amnesie
 - F44.1 Dissoziative Fugue
 - F44.2 Dissoziativer Stupor
 - F44.3 Trance und Besessenheits-Zustände
 - F44.4 Dissoziative Bewegungs-Störungen
 - F44.5 Dissoziative Krampf-Anfälle
 - F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungs-Störungen
 - F44.81 multiple Persönlichkeit(s-Störung)
- **F45 Somatoforme Störungen**
 - F45.0 Somatisierungs-Störung
 - F45.1 undifferenzierte Somatisierungs-Störung
 - F45.2 hypochondrische Störung
 - F45.3 somatoforme autonome Funktions-Störung (z. B. Da-Costa-Syndrom, Herz- und Magen-Neurose)
 - F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerz-Störung
 - F45.5 Sonstige somatoforme Störungen (z. B. Zähne-Knirschen, globus hystericus als Kloß im Hals)
- **F48 andere neurotische Störungen**
 - F48.0 Neurasthenie (Ermüdungs-Syndrom)
 - F48.1 Depersonalisations- und Derealisations-Syndrom (nicht schizophren, depressiv, phobisch oder Zwang)

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

➤ **F50 *Essstörungen***

- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 atypische Anorexia nervosa
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 atypische Bulimia nervosa
- F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen

➤ **F51 *Nichtorganische Schlafstörungen***

- F51.0 Nichtorganische Insomnie
- F51.1 Nichtorganische Hypersomnie
- F51.2 Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- F51.3 Schlafwandeln (Somnambulismus)
- F51.4 Pavor nocturnus
- F51.5 Alpträume (Angstträume)

➤ **F52 *Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit***

- F53 Psychische oder Verhaltens-Störungen im Wochen-Bett, anderenorts nicht klassifiziert
- F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (z. B. Asthma, colitis ulcerosa, Dermatitis, Magen-Ulkus)
- F55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen

- **F60 Spezifische Persönlichkeits-Störungen**
 - F60.0 Paranoide Persönlichkeits-Störung
 - F60.1 Schizoide Persönlichkeits-Störung
 - F60.2 Dissoziale Persönlichkeits-Störung
 - F60.3 Emotional instabile Persönlichkeits-Störung: F60.30 Impulsiver Typ und F60.31 Borderline-Typ
 - F60.4 Histrionische Persönlichkeits-Störung
 - F60.5 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeits-Störung
 - F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeits-Störung
 - F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeits-Störung
 - F60.8 Sonstige spezifische Persönlichkeits-Störungen (z. B. exzentrisch, haltlos, narzisstisch, passiv-aggressiv, unreif)
 - F61 Kombinierte und andere Persönlichkeits-Störungen
- **F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns**
 - F62.0 Andauernde Persönlichkeits-Änderung nach Extrem-Belastung
 - F62.1 Andauernde Persönlichkeits-Änderung nach psychischer Krankheit
 - F62.8 sonstige andauernde Persönlichkeits-Veränderungen
 - F62.80 andauernde Persönlichkeits-Veränderung bei chronischem Schmerz-Syndrom
- **F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle**
 - F63.0 Pathologisches Spielen
 - F63.1 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
 - F63.2 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
 - F63.3 Trichotillomanie
- **F64 Störungen der Geschlechtsidentität**
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 Psychische und Verhaltens-Störungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 Andere Persönlichkeits- und Verhaltens-Störungen (z. B. Renten-Neurose, Münchhausen-Syndrom)

F7 Intelligenz-Störung

- .0 Keine oder geringfügige Verhaltens-Störung
- .1 Deutliche Verhaltens-Störung, die Beobachtung und Behandlung erfordert
- F70 Leichte Intelligenz-Minderung (Debilität)
- F71 Mittelgradige Intelligenz-Minderung
- F72 Schwere Intelligenzminderung
- F73 Schwerste Intelligenz-Minderung
- F74 Dissoziierte Intelligenz

F8 Entwicklungs-Störungen

- **F80 Umschriebene Entwicklungs-Störungen des Sprechens und der Sprache**
 - F80.0 Artikulations-Störung
 - F80.1 Expressive Sprach-Störung
 - F80.2 Rezeptive Sprach-Störung
 - F80.3 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
 - F80.8 sonstige Entwicklungs-Störungen des Sprechens und der Sprache (z. B. Lispeln)
- **F81 Umschriebene Entwicklungs-Störungen schulischer Fertigkeiten**
 - F81.0 Lese- und Rechtschreib-Störung
 - F81.1 Isolierte Rechtschreib-Störung
 - F81.2 Rechen-Störung
 - F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- **F82 Umschriebene Entwicklungs-Störung der motorischen Funktionen**
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungs-Störungen
- **F84 Tief greifende Entwicklungs-Störungen**
 - F84.0 Frühkindlicher Autismus
 - F84.1 Atypischer Autismus
 - F84.2 Rett-Syndrom
 - F84.3 Andere Desintegrative Störung des Kindesalters (z. B. dementia infantilis)
 - F84.4 überaktive Störung mit Intelligenz-Minderung und Bewegungs-Stereotypien
 - F84.5 Asberger-Syndrom

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- ▶ **F90 *Hyperkinetische Störungen***
 - ▶ F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeits-Störung
 - ▶ F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- ▶ **F91 *Störungen des Sozialverhaltens***
 - ▶ F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
 - ▶ F91.1 bei fehlenden sozialen Bindungen
 - ▶ F91.2 bei vorhandenen sozialen Bindungen
 - ▶ F91.3 mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
- ▶ **F92 *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen***
 - ▶ F92.0 mit depressiver Störung
 - ▶ F92.1 sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- ▶ **F93 *Emotionale Störungen des Kindesalters***
 - ▶ F93.0 mit Trennungsangst des Kindesalters
 - ▶ F93.1 Phobische Störung des Kindesalters
 - ▶ F93.2 mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
 - ▶ F93.3 mit Geschwisterrivalität
 - ▶ F93.4 sonstige Emotionale Störungen des Kindesalters (z. B: Identitätsstörung, Überängstlichkeit)
- ▶ **F94 *Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend***
 - ▶ F94.0 Elektiver Mutismus-A
 - ▶ F94.1 Reaktive Bindungs-Störung des Kindes-Alters
 - ▶ F94.2 Bindungs-Störungen des Kindes-Alters mit Enthemmung
- ▶ **F95 *Ticstörungen***
 - ▶ F95.0 Vorübergehende Tic-Störung (weniger als 12 Monate)
 - ▶ F95.1 Chronische motorische oder vokale Tic-Störung
 - ▶ F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)
- ▶ **F98 *Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend***
 - ▶ F98.0 Nichtorganische Enuresis
 - ▶ F98.1 Nichtorganische Enkopresis
 - ▶ F98.2 Fütter-Störung im frühen Kindesalter
 - ▶ F98.3 Pica im Kindes-Alter
 - ▶ F98.4 Stereotype Bewegungs-Störungen
 - ▶ F98.5 Stottern (Stammeln)
 - ▶ F98.6 Poltern
 - ▶ F98.8 sonstige wie Daumen-Lutschen, Nägel-Kauen, Nase-Bohren, exzessive Masturbation

Zeit-Kriterium 1

ICD

Plötzlicher Beginn – oft nur Minuten, manchmal länger, wiederkehrend	Attacken im Rahmen der Panikstörung (F41.0)
Direkte Reaktion auf ein Ereignis, innerhalb von Stunden oder Tagen abklingend	akute Belastungs-Reaktion (F43.0)
Plötzlicher Beginn innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen	Manie (F30)
2 bis 7 Tage	Alkohol-Delir (Intoxikation F10.0 / Entzug F10.4)
Nur wenige Tage, gelegentlich auch lange Zeiträume	dissoziative Fugue (F44.1)
Nach 8 Stunden, Höhepunkt nach 24 bis 48 Stunden, Abklingen bis zu 2 Wochen	Opium-Entzug (F11.3)
bis 10 Tage	Entzugs-Delir bei Barbituraten und Benzodiazepin-Tranquilizern (F13.3)
1. oder 2. Woche des Wochenbettes Beginn und Dauer bis zu einem Jahr	psychische oder Verhaltens-Störungen im Wochenbett (F53)
länger als 2 Wochen an den meisten Tagen Zwangs-Gedanken oder -Handlungen	Zwangs-Störung (F42)
länger als 2 Wochen herabgestimmt	depressive Episode (F31.3 – F31.5, F32 und F33)
3 bis 4 Wochen, nicht länger als 4 Monate	Einnahme von Barbituraten, Benzodiazepin-Tranquilizern
Mindestens 3 Mal pro Woche innerhalb eines Monats	nichtorganische Insomnie (F51.0)
täglich mindestens 1 Monat lang	nichtorganische Hypersomnie (F51.1), nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2)
Unter einem Monat	akute schizophrenoforme Störung
Symptome fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden	Gruppe 1 - 4 min. ein deutliches Symptom, min 2 Symptome der Gruppen 5 – 8 Schizophrenie (F20)

Zeit-Kriterium 2

ICD

Innerhalb eines Monats nach Beginn der Belastungssituation und nicht länger als 6 Monate	Anpassungs-Störungen (F43.2)
nicht länger als 1 Monat	Anpassungs-Störung mit kurzer depressiver Reaktion (F43.20)
Latenzzeit von Wochen bis Monaten, spätestens bis Monate nach Trauma	posttraumatische Belastungs-Störung (F43.1)
wenige Wochen bis Monate	Alkoholluzinose (F10.5)
wenige Wochen bis viele Monate	rezidivierende depressive Störung (F33)
Mindestens mehrere Wochen, meist mehrere Monate die meisten Stunden am Tag	generalisierte Angststörung (F41.1)
länger als 3 Monate und eindeutig auf die Person bezogen, kein subkulturelles Phänomen	anhaltende wahnhaftige Störung (F22)
4 bis 12 Monate	unbehandelte depressive (F32) und manische (F30) Episoden (manische meist kürzer)
bis zu 6 Monaten ohne Bewusstseinsstörung als	akutes organisches Psychosyndrom (meist reversibel) Durchgangssyndrome wie das organisch amnestische Syndrom (F04), organische Halluzinose (F06.0), organisch katatone Störung (F061), organisch wahnhaftige Störung (F06.2), organisch manisches oder depressives Syndrom
mit Bewusstseinsstörung als	Delir, nicht durch Alkohol und Substanzen bedingt (F05), amentielles Syndrom (Verwirrtheit), Dämmerzustand
länger als 6 Monate	Pseudoneurasthenisches Syndrom (Erschöpfung), organische Persönlichkeits-Veränderung bis hin zur Demenz (chronisches hirnorganisches Psychosyndrom) (F00 – F02)
länger als 6 Monate	anhaltende somatoforme Schmerz-Störung (F45.4)

Zeit-Kriterium 3

ICD

länger als 1 Monat, aber nicht länger als 2 Jahre	Anpassungs-Störung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21)
länger als 2 Jahre	Zyklothymia (F34.0) Dysthymia (F34.1) Somatisierungs-Störung (F45.0)
3 bis 5 Jahre	Zyklen der affektiven Psychosen
kurz bis 30 Jahre	Suizid-Erwägung
60 Stunden	Ambivalenzphase bei Suizid
24 Stunden	Finale Entschlussphase bei Suizid
langjährig bis lebenslang	spezifische Persönlichkeits-Störungen (F60)



Störung leibseelischer Elementar-Funktionen (EF)



- Formale Denk-Störungen
- Inhaltliche Denk-Störungen
- Wahrnehmungs-Störungen
- Ich-Erleben und Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Störungen des Antriebs und der Psychomotorik
- Bewusstseins- und Orientierungs-Störungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Störungen

Formale Denk-Störungen (FDS)

- Definitionen
- Psychosen und Depression
- Schizophrenie 1
- Schizophrenie 2
- Manie

► ***Definition von Denken:***

Zentrale Ich-Funktion im Zusammenhang mit vorstellen und urteilen.

Denken äußert sich in Sprache und Schrift (nur darin beurteilbar!), wird gesteuert von Wahrnehmungen, Assoziationen und Denk-Zielen und setzt die Verfügung über Gesprächs-Inhalte voraus.

► ***Störungen des Denkens:***

Störungen des Denkens sind

- einerseits in Bezug auf den formalen Denk-Vorgang möglich, also auf das „Wie“ des Denkens (formale Denk-Störung),
- andererseits auf den Gedanken-Inhalt, also auf das „Was“ (inhaltliche Denk-Störung).

► ***Definition der formalen Denk-Störung:***

Subjektive (also nur vom Betroffenen erlebt) oder objektiv (also messbare bzw. von anderen wahrnehmbare) Veränderungen und Abwandlungen des normalen Denk-Vorgangs.

Formale Denk-Störungen sind nicht krankheitsspezifisch.

- ▶ **Hemmung des Denkens/gehemmtes Denken:**
Der Betroffene empfindet sein Denken als erschwert hinsichtlich des Tempos, des Inhalts und der Zielsetzung. Er erlebt einen Mangel an Einfällen, eine Einengung. Auch durch offensichtliches Bemühen wird es nicht besser.
- ▶ **Verlangsamung des Denkens:**
Der Denk-Ablauf ist objektiv verzögert.
Der Gedanken-Gang ist mühsam und schleppend.
Das Gegenteil wäre eine Beschleunigung des Denkens
- ▶ **eingeeengtes Denken**
auf wenige Themen beschränkt
- ▶ **Perseveration/Haften:**
Die betroffene Person „klebt“ am Thema (eher bei organischen Psychosen), ohne dies jedoch zu bemerken.
- ▶ **Umständlichkeit weitschweifiges, umständliches Denken:**
Mangelnde Abstraktions-Fähigkeit. Der Betroffene kann Wesentliches von Nebensächlichem nicht trennen. Er verliert sich in Einzelheiten, ohne jedoch vom Ziel gänzlich abzukommen (eher bei organischen Psychosen)
- ▶ **Vorbeireden (Danebenreden):**
Obwohl der Betroffene die Frage verstanden hat (das ist aus seiner Antwort und/oder der Situation ersichtlich), antwortet er an der gestellten Frage unabsichtlich (!) vorbei.
- ▶ **Ständiges Grübeln** (unangenehme Gedanken aus der Lebens-Situation)

➤ **Zerfahrenheit:**

Zusammenhangloses sprunghaftes und unlogisches Denken; heißt auch Denk-Dissoziation.

Ein Satz z. B. zerfällt evtl. bis zu Unzusammenhängenden Wörtern und Silben, die ohne grammatische Ordnung sinnlos aneinandergereiht werden: Wortsalat.

Ist für Außenstehende nicht mehr verstehbar, hat aber für den Betroffenen (Schizophrenen – F20) einen Sinn, nämlich innerhalb seines psychotischen Erlebens. Beschäftigt man sich eingehend mit dem Kranken, lässt sich das zerfahrene Denken zumindest teilweise erfassen.

➤ **Inkohärenz:**

Verwirrtheit des Denkens. Steigerung der Zerfahrenheit.

Denken absolut zusammenhanglos, die einzelnen Bruchstücke haben keine Beziehung mehr zueinander. Keine Ordnung des Gedanken-Ablaufs mehr.

➤ **Begriffs-Zerfall (gelockertes Denken):**

Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen („der Bundestag ist ein elektrischer Funke“), Gegensätzliches und widersprüchliches wird (evtl. nach rein formalen oder phonetischen Gesichtspunkten) gleichgesetzt oder miteinander verbunden („Autoschaukel“).

➤ **Begriffs-Verdichtung /Begriffs-Kontamination:**

Unterschiedliche, zum Teil logische unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt (verknüpft, verbunden) („Auto-Schaukel“).

- **Wort-Neubildungen / Neologismen):**
Hier bildet der Betroffene völlig neue Wörter: „die Angst fümte auf zu Bastur“.
- **Sperrung des Denkens oder Gedanken-Abreißen:**
Plötzlicher Abbruch eines zunächst flüssigen Gedankengangs, zuweilen mitten im Satz, ohne erkennbaren Grund; unter Umständen Themenwechsel. Die Gedankensperrung erlebt die Person subjektiv, das Gedankenabreißen beobachtet man objektiv.
- **Begriffsverschiebung** in zwei Formen
 - **Konkretismus:**
Der Betroffene versteht Begriffe nur noch wörtlich, nicht mehr im metaphorischen (= übertragenen) Sinn. Man testet das mit Sprichwörtern wie "der Apfel fällt nicht weit vom Stamm".
 - **Symbol-Denken:**
Hier versteht der Betroffene Begriffe nur im übertragenen (= metaphorischen) Sinn; er denkt in Symbolen, die für Erlebnis-Komplexe stehen; er denkt nicht mehr in abstrakten Begriffen.
Beispiel: Eine Patientin hört in ihrem Leib den Storch klappern - sie will damit ausdrücken, dass sie sich schwanger glaubt.

- ▶ **Ideen-Flucht** auch ideenflüchtiges, sprunghaftes Denken:
Die betroffene Person kann unmöglich einen etwas längeren Gedanken-Gang zu Ende führen. Das Denken ist krankhaft beschleunigt. Ständig neue Assoziationen und Einfälle.
Ihr Denken wird nicht mehr von einer Zielvorstellung geführt.
Sie gerät „vom Hundertsten in Tausendste“. der innere Zusammenhang ist aufgelockert.
- ▶ **Logorrhoe:**
Unkontrollierter Rede-Fluss. Sprachliche Hemmung. Übermäßig schnelles, pausenloses Reden bis zur Geschwätzigkeit. Vorkommen: Auch bei Demenz, aber auch gelegentlich im Zustand besonderer Angeregtheit.
- ▶ **Gedanken-Drängen:** Die betroffene Person fühlt sich unter dem übermäßigen Druck vieler Einfälle oder auch ständig wiederkehrender Gedanken stehend.

- Störungen des Realitäts-Urteils
- Wahn
- Wahn-Formen und –Inhalte
- Wahn bei Schizophrenie 1
- Wahn bei Schizophrenie 2
- Wahn bei Schizophrenie und Manie
- Wahn bei endogener Depression
- Wahn-Sonderformen
- Zwang 1
- Zwang 2

- **Überwertige Ideen**
Nichtwahnhaft, aber gefühlsmäßig stark besetzte Erlebens-Inhalte, die das Denken stark beherrschen und unter Umständen korrigierbar sind
- **Wahn**
Krankhafte, nicht korrigierbare, falsche Beurteilung der Realität.
- **Zwang**
Zwanghaft sich immer wieder aufdrängende Denk-Inhalte, die nicht unbedingt unsinnig sein müssen, deren Persistenz jedoch als unsinnig oder ungerechtfertigt empfunden wird.
- **Phobie**
Phobien können unter Einbeziehung des psychodynamischen Vorgangs der Verschiebung (Abwehr-Mechanismus) als inhaltliche Denk-Störung gewertet werden.

- ▶ **Wahn:** Unkorrigierbar falsche Beurteilung der Realität aus krankhafter Ursache. Er tritt unabhängig von Erfahrungen auf.
An der Beurteilung wird mit subjektiver Gewissheit festgehalten, trotz des Widerspruches zur Realität.
Die betroffene Person hat kein Bedürfnis nach Begründung oder Überprüfung.
Wahn kann einen bestimmten zeitlichen Verlauf haben.
- ▶ **Wahn-Themen und – Inhalte** lassen sich oft aus der Lebens-Geschichte erklären
- ▶ **Paranoia oder wahnhaftige Störung (F22.0) als Persönlichkeits-Störung, d. h.** Wahn-Inhalte können ein Leben lang bestehen bleiben, wobei Wahn-Inhalte meist als sensitiver Beziehungs-Wahn, auch speziell als Beeinträchtigungs-Wahn auftreten
- ▶ **Merkmale**
 - ▶ Krankhafter Ich-Bezug mit Überzeugung der Richtigkeit, subjektiver Gewissheit, unverstehbar, unkorrigierbar, nicht beweisbedürftig,
 - ▶ Kann bei Neurosen und Psychosen auftreten, häufig im Zusammenhang mit Halluzinationen, geringe affektive Resonanz bezogen auf die Wahnthemen

Man unterscheidet verschiedene Wahn-Formen und -Inhalte:

- **Wahn-Gedanken (Wahn-Idee, Wahn-Vorstellung, Wahn-Einfall):** Sie gehören nur der Vorstellungswelt des Kranken an: "Gestern ist mir aufgegangen, dass ich den Friedens-Nobelpreis erhalte, weil ich Supermächte telepatisch ausgesöhnt habe." (2. Rang für Schizophrenie bei Schneider)
- **Wahn-Wahrnehmung:** Hier misst der Betroffene einer realen Sinnes-Wahrnehmung eine abnorme wahnhaftige Bedeutung bei: "Dass der Arzt mit dem Kopf nickte, als er mir zum Abschied die Hand gab, bedeutet, dass ich Krebs habe." (1. Rang für Schizophrenie bei Schneider)
- **Wahn-Stimmung (Wahn-Spannung):** Mit dieser unbestimmten Stimmung mit Unheimlichkeit, Ratlosigkeit, Misstrauen beginnt oft ein Wahn.
- **Wahn-Gewissheit:** (manifestes Wahn) Entwickelt sich aus der Wahn-Stimmung/Wahn-Spannung.
- **Erklärungs-Wahn:** dient zur Erklärung von psychotischen Symptomen wie Halluzinationen.
- **Wahn-Erinnerung:** Früheres Erleben aus gesunden Zeiten wird wahnhaft umgedeutet.
- **Wahnhaftige Personen-Verkennung:** Bekannte Personen werden wahnhaft als andere erkannt.
- **Systematisierter Wahn:** (Wahn-Gebäude) In der Wahn-Arbeit werden einzelne Wahn-Erlebnisse systematisch ausgestaltet zu einem zusammenhängenden „Wahn-System“. Kommt gern zu Beginn paranoider und psychotischer Erkrankungen vor.
- **Residualwahn:** Rest-Wahn, der übrig bleibt, nachdem die akuten heftigen Wahn-Symptome abgeklungen sind.

Wahn bei Schizophrenie 1

- **Wahn** zusammen mit Halluzination und Katatonie-Symptomen das dritte Nebensymptom bei Bleuler – (Hauptsymptome: Störung der **Assoziation** und der **Affekte**, **Ambivalenz** und **Autismus**).
- Bei Schneider gehören **Wahn-Wahrnehmungen** zu den Erstrang-Symptomen neben Ich-Störungen als Beeinflussungs-Erleben, Gedanken-Lautwerden und Gedanken-Eingebung sowie Stimmen in Form von Rede und Gegenrede und **Wahn-Gedanken** gehören zu den Zweitrang-Symptomen neben Halluzinationen, Gefühls-Verarmung und Verstimmungen
- **Häufig ist der sensitive Beziehungs-Wahn:**
Häufigstes Wahn-Thema überhaupt.
Ohne weitere Symptome ist es wahnhaftige Störung oder Paranoia (F22.0) oder es leitet eine Schizophrenie ein.
Durch wahnhaftige Eigenbeziehung ist der Betroffene davon überzeugt, dass er bestimmte Ereignisse in seiner Umgebung nur seinetwegen geschehen bzw. dass ihm damit etwas bedeutet werden soll.
Abnormes Bedeutungs-Bewusstsein, wahnhaftige Einbeziehung. Verborgene Mitteilung an ihn. Hinter zufälligen Gegebenheiten erkennt man Botschaften höherer Mächte.
Totale Selbst-Bezogenheit.
Wahn-Ideen allgemein um ein Thema konzentriert, das mit einer psychischen (wenn auch nur vermeintlichen) Niederlage zu tun hat. Dies erfolgt nach psychoanalytischer Theorie durch erhöhte Triebhaftigkeit bei gleichzeitiger starker Trieb-Hemmung.
Berufliches Versagen bei überzogenen Ansprüchen, Seitensprung, Vertrauens-Missbrauch etc. Negativ-Variante des Größenwahns.

- ▶ Entsteht häufig in einem kleinbürgerlichen Milieu, d. h. Umgebungs-Faktoren haben Einfluss auf die Art des Wahns.
Konflikte werden nicht verdrängt (sonst Neurose), sondern Konflikte werden zur überwertigen Idee (Kann man niemandem anvertrauen). Der Wahn ist in der Regel systematisiert und isoliert. Wird lange vor der Umwelt verborgen. Expositions-Alter der ersten auffallenden Symptome dieser Wahn-Art liegt zwischen 35 und 45. Gefahr von Kurzschluss-Handlungen mit Eigen- und Fremdgefährdung ist groß. Kurzschluss-Handlungen kommen oft für die Umgebung überraschend.
- ▶ **Beeinträchtigungs-Wahn:** Ist eine Sonderform des Beziehungs-Wahns. Der Betroffene sieht Ereignisse nicht nur auf sich bezogen, sondern auch gegen sich gerichtet. Sonderformen:
 - ▶ **Verfolgungs-Wahn:** Steigerung des Beeinträchtigungs-Wahns. Harmlose Ereignisse in der Umgebung werden als Anzeichen der Bedrohung und Verfolgung empfunden. Häufigster Wahn!
 - ▶ **Vergiftungs-Wahn:** oft einhergehend mit olfaktorischen und gustatorischen Halluzinationen
 - ▶ **Kontroll-Wahn:** Die Gedanken sind anderen bekannt. Gefühl von Überwachung und allgegenwärtige Kontrolle durch bestimmte Menschen, Institutionen, Organisationen (wie Beeinträchtigungs-Wahn nach ICD - 10 typisch für Schizophrenie).

Häufig bei Schizophrenie (F20) und Manie (F30)

► **Größen-Wahn** (Megalomanie):

Expansives (ausgebreitetes/ausgedehntes) Erleben mit wahnhafter Selbst-Überschätzung bis zu enormer Selbst-Erhöhung; verstiegene Vorstellung von ungeheurer Macht, revolutionärer Welt-Verbesserung und umwälzenden Erfindungen. Zum Größen-Wahn zählen der "Wahn hoher Abstammung" („Ich bin mit dem Zaren verwandt"), "Erfindungs-Wahn", "religiöser Wahn" (Kommunikation mit Gott), „Sendungs-Wahn“ (Ich bin der Messias).

Aber - überwertige Idee:

Nicht wahnhaft, aber inhaltlich als komplex fest miteinander verbundene Gedanken, die in unangemessener Weise die Person beherrschen.

Beispiel: Jemand verschreibt sich voll und ganz der Idee der „Gerechtigkeit" und kommt zu nichts anderem mehr.

► **Querulanten-Wahn:** (rechthaberisch, unbelehrbar, verbissen, verbohrt, humorlos)

Aus einer oft tatsächlich erfolgten Kränkung und der zunächst überwertigen Idee, dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen zu können.

Der Betroffene kämpft absolut uneinsichtig und selbstgerecht um sein Recht.

Der Kampf weitet sich allmählich vom ursprünglichen Gegner auf die ganze Gesellschaft aus (klassisches Literatur-Beispiel eines Rechts-Paranoikers "Michael Kohlhaas" von Heinrich von Kleist).

Häufig bei endogener Depression (F31.4 und F31.5, F32.2. und F32.3, F33.2 und F33.3)

- **Schuld-Wahn und Versündigungs-Wahn:**
Betroffener wähnt, gegen Gott, höhere sittliche Instanzen oder Gesetze verstoßen, Vertrauen missbraucht zu haben, kommt ebenso wie Hypochondrischer Wahn: Betroffener wähnt alle möglichen Krankheiten bei sich.
Häufig bei affektiven Psychosen.
- **Kleinheits-Wahn bis nihilistischer Wahn** von unwichtig bis nicht existent
- **Hypochondrischer Wahn:**
gesund, aber überzeugt, AIDS oder Krebs zu haben.(auch F45.2 – hypochondrische Störung)
- **Dysmorphopobie:** Glaube, einen Körper-Fehler zu haben
- **Verarmungs-Wahn** auch bei Arteriosklerose

- **Eifersuchts-Wahn:** „Wahn ehelicher Untreue“, Wahn vom Partner hintergangen zu werden.
Mögliche Aggressionen richten sich vor allem auf den Partner, nicht auf den Nebenbuhler. Kommt bei **Alkohol-Krankheit** vor (Libido, aber keine Potenz).
- **Liebes-Wahn:** Er liebt mich, kann es aber nicht zugeben. Nähe-Phantasien.
- Wahn bei Schwerhörigen
- **Induzierte wahnhaftige Störung (Folie a deux) (F24):** Symbiontischer oder induzierter Wahn (bei pathologisch enger Verbindung wird der Wahn des einen vom anderen übernommen)
- **(Prä-)Seniler Beeinträchtigungs-Wahn/ Kontakt-Mangel-Paranoid:** Häufig im Zusammenhang mit hirnorganischem Abbau, aber auch bei vereinsamten Personen nach Verlust des Kontaktes zur Umgebung.
- **Wahn-Entwicklung bei Schwerhörigen oder in sprachfremder Umgebung:** ähnlich den Kontakt-Mangel-Paranoiden. Misstrauen, das sich bis zum Verfolgungs-Wahn steigern kann.
- **Eigengeruchs-Paranoia:** Eingebildete Wahn-Wahrnehmung von unangenehmem Eigengeruch.
- **Dermatozoen-Wahn** (chronisch taktile Halluzinose)

- Die betroffene Person hat **Vorstellungen und Handlungs-Impulse**, die sie als ihrer Person zugehörig, aber **ich-fremd** erlebt, die Meinhaftigkeit ist erhalten – die Person weiß, dass sie die Gedanken hat.
- **Kann die Gedanken nicht unterdrücken** trotz ihres als unsinnig erkannten Charakters. Keine willentliche Beeinflussung möglich. Gedanken und Handlungs-Impulse drängen sich immer wieder auf, obwohl man Unsinnigkeit einsieht und erkennt. Handeln gegen die Überzeugung, Einsehen der Unsinnigkeit. Diese Kritik an den eigenen Gedanken ist ein **charakteristischer Unterschied zu Wahn-Störungen**.
- Patient empfindet Zwangs-Gedanken (F42.0) und Zwangs-Handlungen (F42.1) als **quälend**. Kommen sich blöd dabei vor und haben einen hohen Leidens-Druck. Deshalb treten Zwangs-Störungen häufig in Verbindung mit Depressionen auf.
- **Bei Unterdrückung** des Zwangs tritt **Angst** auf. Angst entsteht, wenn man Zwang nicht nachkommt
- Der Patient erlebt die Handlung oft als **Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis**, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könne. Zwangs-Gedanken und Zwangs-Handlungen bieten so einen bedingten Schutz vor Kurzschluss-Handlungen (wie z. B: Suizid). Ein Zwang strukturiert die Gewissens-Ängste, die pathologischen Schuld-Gefühle und die verdrängten aggressiven (auch selbstaggressiven) Impulse.
- Wenn ein Zwangs-Patient seine Zwangs-Handlungen aufgibt, muss er lernen, mit seinen Ängsten und Aggressionen umzugehen (Gefahr des Suizids in der Zeit höher).

- Zwänge sind ein sehr häufiges Symptom. Ein Zwang ist etwas Unspezifisches, d. h. eine Zwangssymptomatik weist nicht auf eine bestimmte Krankheit hin.
- **Zwänge können auftreten bei**
 - Ermüdungs- und Erschöpfungs-Zuständen – Neurasthenie (F48.0)
 - Zwangs-Störung (F42)
 - Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeits-Störung (F60.5) – aber nur geringe Korrelation
 - In Gefolge von Psychosen, z. B. bei
 - endogener Depression (F 31.4 und F31.5 sowie F32.2. und F32.3)
 - organischer Psychose (F05 – F07) in Folge einer multiplen Sklerose oder Encephalitis. Dann ist Zwang Symptom der Psychose.
- **Zwangs-Gedanken als** Zwangs-Grübeln, -vorstellungen, -erinnerungen, -befürchtungen, Zweifel (**F42.0**): Zwanghaft bestehen bleibende Denk-Inhalte, die nicht unsinnig sein müssen, deren bestehen bleiben jedoch als unsinnig oder ungerechtfertigt empfunden wird. Charakteristisch ist das Sich-Aufdrängen von abgelehnten Vorstellungen und Angst vor abgewehrten Fehlhandlungen (gleich werde ich mich versprechen).
- **Zwangs-Handlungen (F42.1)**: Meist aufgrund von Zwangs-Gedanken oder Zwangs-Befürchtungen stereotyp wiederholte Handlungen (Zwangs-Rituale), z. B.: Kontroll-Zwang, Wasch-Zwang, Wiederhol-Zwang. Der Patient erlebt die Handlung oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte.
- **Zwangs-Impulse**: Sich zwanghaft aufdrängende innere Antriebe, als sinnlos oder gefährlich empfundene Handlungen immer wieder durchzuführen, obwohl diese als unsinnig erkannt wird: jemanden umzubringen, selbst aus dem Fenster zu springen, während eines Konzertes obszöne Worte zu rufen, (Zwangs-Impulse werden zum Glück fast nie (selten) realisiert!).

Wahrnehmungs-Störungen (WS)

- Quantitativ
- Qualitativ
- Formen der Halluzination 1
- Formen der Halluzination 2

- **Wahrnehmung:** Sinnliche Wahrnehmung von Objekten aufgrund von Erinnerungsbildern als Gestalt (als Ganzheiten). Wahrnehmung geht von außen nach innen. Voraussetzung: Sinnes-Organ funktionieren!
- **Wahrnehmungs-Störung** als Falsche Wahrnehmung im Sinne von lückenhafter oder verminderter Wahrnehmung.
- **Erscheinungs-Bild:**
 - Ausweitung und Beschleunigung,
 - Fragmentierung oder Einengung sowie
 - Fehler der Wahrnehmung aufgrund der Aufmerksamkeits-, Auffassungs- oder Konzentrations-Störungen.
- **Anmerkung/Hinweis:**

Man sieht hieran, wie eng verschiedene Grundfunktionen und ihre Störung miteinander verbunden sind.
Dennoch muss man sich um größtmögliche Differenzierung und Genauigkeit in der Beschreibung bemühen!
- **Vorkommen:**

Körperlich bedingte psychische Störungen, zerebrovaskuläre Erkrankung (Störung der Blut-Versorgung im Gehirn) visueller Hemineglect (Vernachlässigung der Wahrnehmung in einer Gesichtsfeld-Hälfte), tritt häufig auf bei Apoplex (Schlaganfall)

- **Einfache Wahrnehmungs-Veränderungen**, bei denen Realität zwar richtig erkannt, jedoch hinsichtlich Intensität und Qualität verändert
 - Wahrnehmungs-Intensität (farblos unlebendig vs. farbiger lebendiger)
 - Mikropsie: Gegenstände kleiner wahrgenommen, als sie wirklich sind.
 - Makropsie: Gegenstände größer wahrgenommen, als sie wirklich sind.
 - Metamorphopsie: Gegenstände verzerrt wahrgenommen.

- **Veränderte Wahrnehmungen bei verändertem Realitäts-Erleben oder Wahrnehmungs-Erleben ohne entsprechende Sinnes-Reize.**
 - **Illusionen oder illusionäre Verkennungen (auch: Affekt-Illusionen)**
 - Etwas ist da, verfälschte Wahrnehmung/Fehldeutung.
 - Eine wirkliche sinnliche Wahrnehmung wird falsch interpretiert.
 - Etwas wirklich gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten, als es tatsächlich ist, z. B. illusionäre Personenverkennung, bei der etwa eine Altenpflegerin für eine Verwandte gehalten wird.
Durch Anspannung oder Übermüdung begünstigt.
 - **Pseudohalluzination:** Entsprechen Halluzinationen mit dem Unterschied, dass das Realitäts-Urteil erhalten ist. Man weiß, dass man halluziniert, z. B. bei Alkohol-Entzug. Auftreten unabhängig vom Willen.
 - **Halluzinationen (Trug-Wahrnehmung, Sinnes-Täuschungen)**
 - Haben Realitäts-Charakter. Sachverhalte sind nicht da (im Unterschied zur Illusion, wo Vorhandenes umgedeutet wird).
 - Wahrnehmungs-Erleben ohne objektiv gegebenen, äußeren Sinnes-Reiz (sonst: Illusion).
 - Für alle Sinnes-Modalitäten möglich, also im Bereich des Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, des Tast-Sinns, Temperatur-Sinns, der Schmerz-Wahrnehmung, des Bewegungs-Gefühls (kinästhetische Halluzination).
 - Die betroffene Person ist von der Realität der Halluzination überzeugt, das heißt sein Realitäts-Urteil ist gestört bzw. aufgehoben.

grobe Differentialdiagnose: akustisch eher Schizophrenie, optisch eher organische Hirnschäden

➤ **akustisch:**

Stimmenhören als

- imperative (sprechen den Betroffenen teils direkt an),
- kommentierende (teils begleiten sie seine Handlungen kommentierend) oder
- dialogische Stimmen (zum Teil werden sie als Rede und Gerede empfunden - Erstrang-Symptom bei Schneider).
- grenzwertig als Gedanken-Lautwerden und
- sonstige elementare, unausgeformte halluzinierte Geräusche (**Akoasmen** – wie z.B. Pfeifen, Klopfen, Musik-Fetzen, Schritte, Donnern, Schlagen einer Uhr, Knallen, Schüsse, Zischen, Marsch-Musik).

Vorkommen: z. B. Schizophrenie, Alkohol-Delir (Akoasmen) und Alkohol-Halluzinose (imperative Stimmen), epileptische Aura (Missempfindungen, die großem Anfall vorausgehen).

➤ **optisch:**

Der Betroffene nimmt einzelne Szenen wahr oder kleine Gegenstände, Figuren, Tiere.

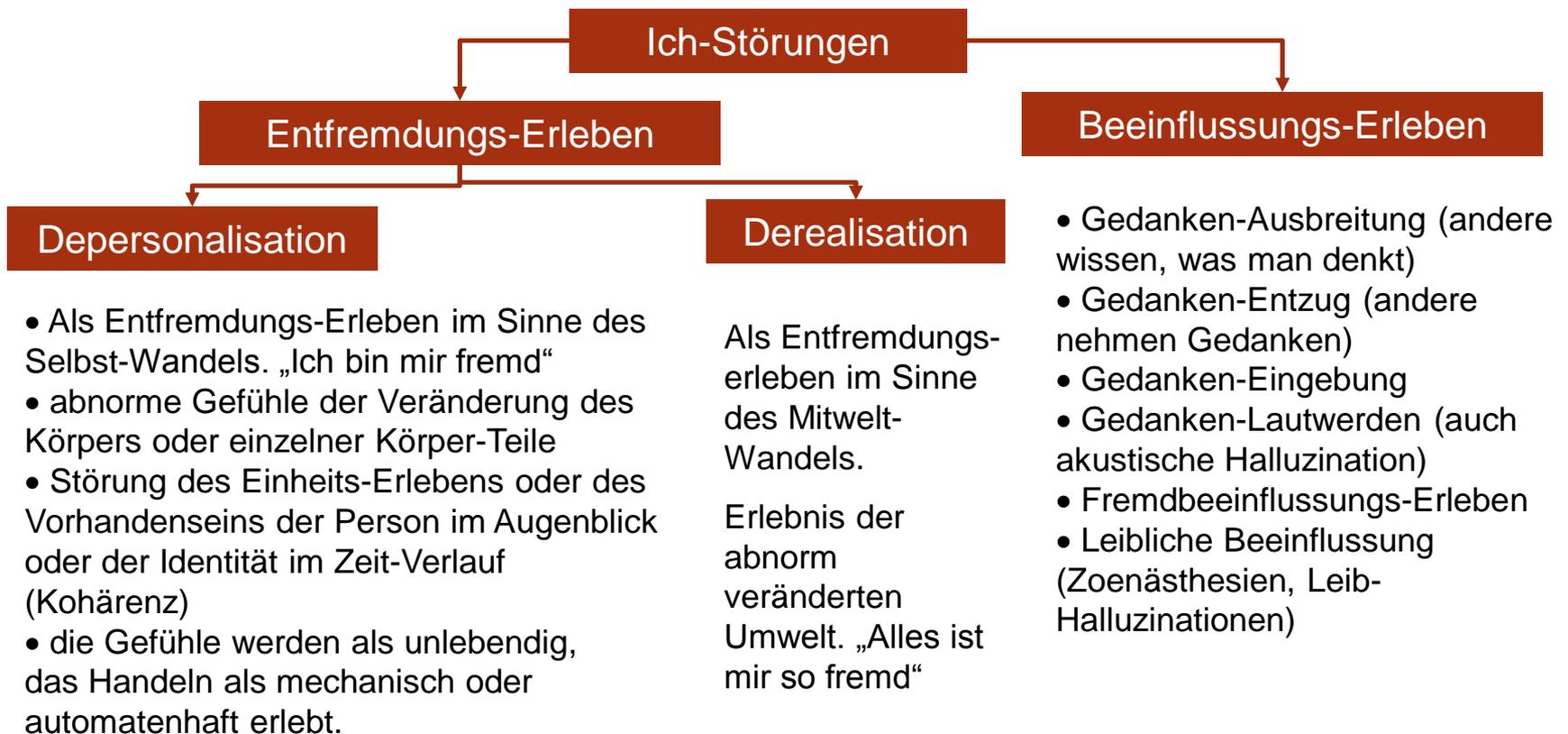
Vorkommen: z. B. beim Alkohol-Delir, eitriger Meningitis, Hirn-Kontusion (Schädel-Hirn-Trauma), Medikamenten-Delir.

- ▶ **olfaktorisch** (riechen) und **gustatorisch** (schmecken):
Treten oft gemeinsam auf oder gehen ineinander über.
Vorkommen: Während der epileptischen Aura, manchmal auch zu Beginn einer Schizophrenie, auch im Zusammenhang mit Vergiftungs-Wahn.
- ▶ **haptisch/taktil:**
Wahrnehmung im Bereich der Haut oder Schleimhaut, z. B. als Dermatozoenwahn (der Betreffende erwähnt kleine Tiere auf seiner Haut).
Vorkommen: Delir, Kokain-Psychose
- ▶ **kinästhetisch:**
Störung der Lage-Empfindung, Verlust des Gleichgewichts
- ▶ **Leib-Halluzination:**
Die betreffende Person erlebt leibliche Beeinflussungen (zugleich: Ich-Störung – Erstrang-Symptom für Schizophrenie bei Schneider) von außen durch Hypnose, Apparate oder Strahlung. Die Leib-Halluzinationen haben den Charakter des von außen „Gemachten“: Veränderungen an den Sexualorganen, elektrisches Ziehen, Druck-Gefühle. Dazu gehören auch Halluzinationen des Tast-Sinns und der Körper-Oberfläche (siehe oben), sofern sie von außen „gemacht“ sind. *Vorkommen:* Schizophrenie
- ▶ **Zoenästhesien** (Koenästhesien):
Abstruse leibliche Empfindungen eigenartige Körper-Gefühls-Störung unterschiedlichster Qualität ohne den Charakter des Gemachten, z. B. Ring-Gefühl, Brennen, Bohren, Verlaufen, Levitationen (das Gefühl zu schweben).
Vorkommen: Zoenästhetische Schizophrenie, gelegentlich auch bei Depressionen

Ich-Erleben und Ich-Störungen (IS)

- Formen
- Vorkommen 1
- Vorkommen 2

- **Ich-Erleben:** Erleben der personalen Identität (der Meinhaftigkeit) im Zeitverlauf und in der Abgrenzung zu den anderen Personen (Ich–Umwelt-Grenze).
- **Ich-Störungen:** Störungen des Einheitserlebens des Ichs (der Meinhaftigkeit) im aktuellen Augenblick; Veränderung der Ich-Umwelt-Grenze: größere Durchlässigkeit bis hin zu Verlust.
Gegenteil (meist sekundär): Autismus (Abschottung).



- **Ich-Störungen kommen vor bei:**
 - Übermüdung
 - Schizophrenie (F20)
 - Depressionen (F32) (Depersonalisation bis hin zum Kleinheits- oder Nihilismus-Wahn)
 - Zwangs-Störungen (F42)
 - Panik-Störungen (F41.0)
 - Schweren Neurosen und Psychopathien (Charakter-Neurosen/Persönlichkeits-Störungen) wie anhaltende wahnhaft (paranoide) Persönlichkeits-Störung (F60.0), emotional instabile Persönlichkeits-Störung vom Borderline-Typ (60.31)
 - Toxischen Psychosen, z. B. nach LSD-Konsum (F16.5)
 - Wochenbett-Psychosen (F53)
 - Epileptischen Dämmer-Zuständen
 - In solchen Fällen sollte die Diagnose der im Vordergrund stehenden Störung gestellt werden.
- **Depersonalisations- und Derealisations-Syndrom (F48.1)**
- **Definition:** Eine seltene neurotische Störung, bei der ein Patient spontan beklagt, dass seine geistige Aktivität, sein Körper oder die Umgebung sich in ihrer Qualität verändert haben, und unwirklich, wie in weiter Ferne oder automatisiert erlebt werden.
- Neben vielen anderen Phänomenen und Symptomen klagen die Patienten am häufigsten
 - über den Verlust von Emotionen,
 - über Entfremdung und Loslösung vom eigenen Denken,
 - vom Körper oder
 - von der umgebenden realen Welt.
- Trotz der dramatischen Form dieser Erfahrungen ist sich der betreffende Patient der Unwirklichkeit dieser Veränderung bewusst. Das Sensorium ist normal, die Möglichkeiten des emotionalen Ausdrucks intakt.

- ▶ **Gedanken- und Willens-Beeinflussung** als
 - ▶ Allgemeine **Beeinflussungs-Erlebnisse** (1. Rang für Schizophrenie bei Schneider – auch Halluzinationen)
 - ▶ **Gedanken-Eingebung** (Gedanken gehören mir nicht, werden aber durch ein dämonisches Spiel in meinen Kopf eingehämmert) (1 Rang für Schizophrenie bei Schneider), aber auch
 - ▶ **Gedanken-Lautwerden** (hier inkl. akustischer Halluzination)
 - ▶ **Gedanken-Ausbreiten** und **Gedanken-Entzug** (Schizophrenie – nicht direkt ausgewiesen),
 - ▶ Stimmen in Form von **Rede und Gegenrede** (1. Rang für Schizophrenie bei Schneider – auch akustische Halluzination)
- ▶ **leibliche Beeinflussungs-Erlebnisse**
Gefühle, dass das Erleben von außen „gemacht“ wird;
Gefühle des Gelenkt- und Beeinflusstwerdens von Hypnose und Bestrahlung (1. Rang für Schizophrenie bei Schneider)
- ▶ **Autismus**
Hauptsymptom für Schizophrenie bei Bleuler neben Störungen der Assoziationen und der Affekte sowie Ambivalenz
Isolierung des Ichs, Sich-zurück-Ziehen in eine eigene innere Welt.
- ▶ **Transitismus (Folie à deux)**
Projektion (übertragen) eigenen Krankseins auf andere.
- ▶ **Doppelte Persönlichkeit (doppeltes Bewusstsein) – auch multiple Persönlichkeiten (F44.81)** mit hintereinander auftretenden Zuständen unterschiedlichen Bewusstseins - im Allgemeinen ohne Kenntnis der einen Form von der anderen
(Literarisches Beispiel: " Dr. Jekyll and Mr. Hyde " von R. L. Stevenson). F

Störungen der Affektivität (AS)

- ▶ Affektivität
- ▶ Gefühls-Unklarheit und Gefühls-Schwankungen
- ▶ Hoch- und Tief-Gefühle

Zusammenfassende Bezeichnung für Gefühle, Affekte und Stimmungen.

Wir sprechen auch von Gefühls-Leben der Emotionalität, dem Gemüt.

Die Affektivität bestimmt unsere Persönlichkeit in starkem Maß.

Spezielle Leib-Wahrnehmungen wie Hunger, Schmerz, sexuelle Erregung (lokal und auch ganzheitlich empfunden) sowie allgemeine Leib-Wahrnehmungen (die sogenannten Gemein- oder Vital-Gefühle) bestimmen unsere Befindlichkeit und tragen die Stimmung.

Es bedeutet:

- **Stimmung:** Gesamtlage des Gefühls-Zustands über längere Zeit. Die Stimmung bestimmt Empfindungen, Denken und Handeln. Ist ein langfristiger Gefühls-Zustand.
- **Affekte:** Kurzdauernde, umschreibende Gefühls-Abläufe; Gefühls-Wallungen wie Wut, Ärger, Verzweiflung, Freude.
- **Gefühle** (Emotionen): Zahlreiche einzelne elementare und höhere Gefühle wie Liebe, Freude, Trauer, Zuneigung, religiöse Verehrung; auch Vitalgefühle wie Spann-Kraft, Wohlbehagen, Abgespanntheit, Erschöpfungs-Gefühl.
- **Affektivitäts-Störungen:** In Verbindung mit diesen Störungen der Stimmung, der Gefühle und der Affekte treten häufig Minderwertigkeits-Gefühle (Insuffizienz-Gefühle) und zur Stimmung passende Wahn-Inhalte wie Verarmungs-Wahn, Schuld-Wahn oder auch Größen-Wahn auf.

Bei Schizophrenie:

- Störung der Affekte Hauptsymptom bei Bleuler neben Störung der Assoziationen, Ambivalenz und Autismus
- Verstimmung und Gefühls-Verarmung als 2. Rang nach Schneider neben Wahn-Gedanken und Halluzinationen

- **Alexitymie**
Unfähigkeit, eigene Gefühle angemessen wahrzunehmen
- **Affekt-Labilität**
Rasche Wechsel von Affekten, die meist von kurzer Dauer sind und vielfachen Schwankungen unterliegen.
- **Stimmungs-Labilität**
Beeinflussbarkeit, Wechsel der Stimmung je nach Denkinhalt.
- **Affekt-Inkontinenz**
Fehlende Beherrschung von Affekt-Äußerungen, mangelnde Affekt-Steuerung (vor allem bei zerebralen Abbau-Prozessen).
- **Parathymie (inadäquate Affekte)**
Gefühls-Verkehrung, paradoxer Affekt, Gefühls-Ausdruck und Erlebnis - bzw. Gedanken-Inhalt stimmen nicht überein (affektiv inadäquat).
Synthymie = passende Affekte
- **Ambivalenz**
Koexistenz (gleichzeitiges auftreten) gegensätzlicher Gefühle, meist als quälend empfunden.
Hauptsymptom für Schizophrenie bei Bleuler neben Störung der Assoziationen und der Affekte sowie Autismus
Im ICD10 zu den Affektivitäts-Störungen als Zweitrang-Symptome.

Hochgefühle

- **Euphorie, Hypomanie, Manie:** Unterschiedliche Grade gehobener Stimmung, am stärksten ausgeprägt bei manischer Stimmung.
- **Gesteigerte Selbstwert-Gefühle:** Das Gefühl, besonders wichtig, wertvoll, tüchtig zu sein [z. B. bei Manie (F30)].

Tiefgefühle und Gefühls-Verlust

- **Dysphorie:** Gereizte Verstimmtheit. Missmutige Stimmungs-Lage
- **Affekt-Verflachung (Gefühls-Verarmung, Affekt-Armut):** Mangelnde Ansprechbarkeit des Gefühls, fehlende Schwingungs-Fähigkeit, oft "läppisches" Verhalten [häufig bei Hebephrenie (F20.1) und bei Schizophrenia simplex (F0.69)]
(2. Rang für Schizophrenie nach Schneider neben Verstimmungen, Halluzinationen und Wahngedanken)
- **Läppischer Affekt:** Sehr einfältige, alberne und unreife leere Heiterkeit [z. B. bei Hebephrenie (F20.1)].
- **Affekt-Starrheit:** Völlig unabhängig von der äußeren Situation verharrt die betroffene Person in bestimmten Stimmungen oder Affekten. Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit.
- **Apathie:** Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit.
- **Depressivität/Deprimiertheit:** Niedergeschlagene Stimmung.
- **Gefühl der Gefühlslosigkeit:** Verlust von affektiver Schwingungsfähigkeit; stattdessen Gefühls-Leere und -Öde; Gefühle wie ausgestorben; qualvolles Erleben [z. B. bei schweren Depressionen (F31.4 und F31.5 sowie F32.2 und F32.3. sowie F33.12 und F33.3)]
- **Insuffizienz-Gefühle:** Sich nichts wert, unfähig oder untüchtig fühlen
- **Vitalstörungen (Störung der Vitalgefühle):** Darniederliegen der allgemeinen Leib-Gefühle (Gemeingefühle), fehlende körperlich - seelischen Frische und Spannkraft; Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, körperliches Unbehagen; oft begleitet von Druck auf der Brust

Störungen des Antriebs und der Psychomotorik (PMS)

- Begrifflichkeit
- Psychomotorische Störungen als Hypokinese
- Psychomotorische Störungen als Hyperkinese 1
- Psychomotorische Störungen als Hyperkinese 2
- Gang-Unsicherheiten

- **Katatonie:** Störungen der Motorik und des Antriebes (Katatonie-Symptome als Nebensymptome für **Schizophrenie** bei Bleuler neben Wahn und Halluzinationen)
Auch Symptom für **schwere Depression**.
- **Psychomotorik:** Störung der Bewegungen, die durch psychische Vorgänge gesteuert sind.
- **Psychomotorik-Störungen:** Desintegration von psychischen und motorischen Funktionen.
Es gibt Plus - und Minusformen.
- **Antriebs-Störungen:** Die wirkende Persönlichkeits-Kraft ist gesteigert, vermindert oder verändert. Vom Willen nicht zu steuern.
- **Antrieb:** Eine vom Willen weitgehend unabhängig wirkende Kraft; sie ist verantwortlich für die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer. Der Antrieb unterhält Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft. Vor allem am Ausdrucksverhalten und an der Psychomotorik zu erkennen.
- **Trieb:** vitale Lebensbedürfnisse wie Nahrungsantrieb, Sexualtrieb, . kann nur indirekt aus Handlungen und Äußerungen erschlossen werden („Triebhandlung " ist die auf Erreichen eines bestimmten Triebziels gerichtete Handlung).
- **Drang:** Unbestimmtes, ungerichtetes, nach Entladung drängendes Gefühl innerer Unruhe („blinde Dranghandlung")
- **Impuls-Handlung:** oft gibt es planlos aus dem Drang entstehende Handlungen wie Porio- oder Dromomanie (dissoziative Fugue, Weglaufen – F44.1), Pyromanie (F63.1), Kleptomanie (F63.2); oft auch bei zerebral geschädigten (z. B. Anfallskranke).

- Mangel an Bewegung/Bewegungslosigkeit [z. B. **bei** schwerer Depressionen (F31.4 und F31.5 sowie F32.2 und F32.3. sowie F33.12 und F33.3), aber auch bei Morbus Parkinson und katatoner Schizophrenie (F20.2)].
- **Antriebs-Schwäche – Mangel:** Es fehlt der Spontantrieb. Der Betroffene ist träge, leistungsgemindert, er ist gleichgültig bis zur Stumpfheit.
- **Antriebs-Hemmung:** Verringerung des Vorbestehenden Antriebs; besonders bei Depressionen.
- **Mutismus:** Nichtsprechen über längere Zeit, bei intakten Sprech-Organen und Sprech-Fähigkeit.
- **Katalepsie:** Starres Verharren in einmal eingenommenen Körper-Haltungen (bei Schizophrenie).
(wird selten in der Praxis gesehen, da es meist mit Medikamenten unterdrückt wird).
- **Stupor (Starre/Estarren):** Relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reiz-Aufnahme und Reaktion.
Vorkommen: psychogen, bei Depressionen, bei körperlich bedingten psychischen
- **Rigor:** Toten-Strarre

- Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter (oft bei Kindern mit Hirnschädigung, auch bei der Chorea Huntington – Erb-Krankheit im Gehirn).
Steigerung der Motorik bei Psychosen.
- **Antriebs-Steigerung bis zur Antriebs-Enthemmung (Beschäftigungs-Drang):**
Erhöhte Aktivität, starker Bewegungs-Drang, unermüdliche Betriebsamkeit (z. B. bei Manie). Motorische Unruhe mit scheinbar gerichteten, oft aber sinnlosen Tätigkeiten, z. B. im „Beschäftigungs-Delir“ Geld sammeln, Flecken wegwischen [z. B. im Alkohol-Delir (F10.4)]
- **Logorrhoe:**
Übermäßiger Rede-Drang, Enthemmung des Sprach-Flusses. Häufig in Verbindung mit Ideen-Flucht (Formale Denk-Störung)
- **Stereotypie:**
Ständige Wiederholung der gleichen Bewegungen. Sinnlos wirkende Äußerungen, mimisch, gestisch, sprachlich.
- **Manierismen (Manieriertheit):**
Sonderbares verschrobenes Ausdrucks-Verhalten in Gestik (z. B. ständiges Reiben an der Wange) und Mimik (z. B. Grimassieren). Stelzen-Sprache

- **Tics:**
Gleichförmig wiederkehrende, meist rasche , unwillkürliche Muskel-Zuckungen [insbesondere bei Tic-Störungen (F95)]
- **Automatismen**
als nicht-intendierte Handlungen [oft bei katatoner Schizophrenie (F20.2)] unterteilt in
- **Negativismus:**
automatisches Gegenteil von dem im Äußeren Geforderten
- **Befehls-Automatie:**
Befehle werden automatenhaft befolgt
- **Echolalie:**
das Gehörte wird nachgesprochen
- **Echopraxie:**
das Gesehene wird nachgemacht
- **Faxen (Syndrom):**
Albern wirkendes Grimassen-Schneiden.
- **Raptus:**
Ungeordneter Bewegungs-Sturm; plötzliches Auftreten bei unterschiedlichen Störungen aus einem Zustand der Ruhe heraus (bei katatoner Erregung).

Gang-Unsicherheiten

- Innenohr-Erkrankungen
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Hirn-Tumor
- Hirn-Kontusion
- Polyneuropathie
- Hysterische Neurose/Dissoziative Störungen/Konversions-Störungen (F44)

Bewusstseins- und Orientierungs-Störungen (BOS)

- Quantitative Bewusstseins-Störungen
- Qualitative Bewusstseins-Störungen 1
- Qualitative Bewusstseins-Störungen 2
- Orientierungs-Störungen

Wir gehen davon aus, dass diese Elementar-Funktionen von Bewusstsein und Wachsamkeit (Vigilanz) etwas typisch Menschliches sind und bei allen Menschen vorkommen.

Quantitativer Aspekt: Bewusstsein im Sinn von Schlaf - und Wachbewusstsein.

„Schlaf - Wachsaltung“ ist organisch im Gehirn verankert (unter anderem in der Medulla oblongata). Auch bei Tieren vorhanden.

Vigilanz-Störungen sind immer ein **Hinweis auf eine organische Ätiologie**.

Spontan bewusstloser Patient

- Diagnose durch Ansprechen, Kontrolle der Atmung am unteren Thorax, Puls an Hals oder Herz
- Vitalfunktionen sichern mit Notfall **ABC (Atem-Wege** frei machen (kopf überstrecken, Mund frei räumen), **Beatmung** (Mund zu Nase, Mund zu Mund), **Circulation** Herzdruck-Massage (bei **120x** pro Minute **30x** drücken und **2x** beatmen)

Formen:

- **Desorientiertheit** (Zeit, Ort, Situation, Person) – **Leitsymptom für exogene Psychosen**
- **Benommenheit:** leichterer Grad von Vigilanzstörung, Dösigkeit, Auffassungsstörung, Verlangsamung des Denken
- **Somnolenz** (Som = Schlaf): Abnorme Schläfrigkeit, Patient ist schläfrig - benommen, stark verlangsamt, ratlos, Spontanäußerungen fehlen, ist aber weckbar, z. B. durch lauten Anruf, befolgt einfache Aufgaben, häufig verwirrt
- **Sopor (Betäubung):** todesähnlicher Schlaf, tiefschlafähnlicher Zustand, nur durch starke Schmerzreize kurzzeitig (er) weckbar, macht auf Schmerzreize hin Abwehrreaktionen
- **Koma:** nicht zu unterbrechende Bewusstlosigkeit, nicht weckbar, je nach tiefe auf Schmerzreize hin noch (ungeordnete) Abwehrreaktionen, die dann aber auch aufhören,
Vorkommen: bei hirnorganischen Störungen, Vergiftungen (Intoxikationen), schweren Allgemeinerkrankungen, leichtere Formen auch bei körperlicher Erschöpfung, schwerere Form von Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Stoffwechsel-Störungen (diabetisches Koma) sowie kurz vor dem Tod (präfinal)

Qualitativer Aspekt als reflektierendes Bewusstsein:

Hier geht es um die Eigenschaften und Beschaffenheit des Bewusstseins.

Bei diesen Störungen ist das Bewusstsein verändert, nicht vermindert.

Ich weiß um mich selbst.

Ich kann geistige und seelische Zustände wahrnehmen.

Ich weiß etwas über diese Zustände und kann über sie nachdenken.

Ich kann Beziehungen herstellen zwischen meinem Bewusstseinsinhalten (z. B. Erleben, Erinnern, Vorstellung, Denken) und meinem Ich, dem etwas bewusst ist (Philosophie).

Diesen qualitativen Aspekten kann man nur indirekt prüfen durch beobachten der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merk-, Denk- und Gedächtnis-Fähigkeit, Urteils-Fähigkeit,

Formen:

► **Bewusstseins-Eintrübung:**

Denken und Handeln sind **verwirrt**,

das Erleben ist mangelhaft klar in Bezug auf Ich und Umwelt,

das Bewusstsein ist zerstückelt, das heißt zusammenhanglos,

das Denken ist verlangsamt und zusammenhanglos,

die Merkfähigkeit ist gestört,

der Betroffene ist oft **desorientiert**.

Vorkommen bei Delir (F05 und F10.4 – F18.4), bei zerebrovaskulären (hirngefäßbedingten) Erkrankungen, schweren paranoid-halluzinatorischen Psychosen (F20.0).

► **Bewusstseins-Einengung:**

Hier ist das Bewusstseins-Feld verkleinert. Der Zustand wirkt traumartig. Einengung von Denk-Inhalten und Vorstellungen, Erlebnissen und Handlungs-Weisen, verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize, Aufmerksamkeit scheint mehr nach innen gerichtet, Handlungs-Fähigkeit bleibt weitgehend erhalten, es sind sogar komplizierte Handlungen möglich, gelegentlich treten illusionäre Verkennungen und Halluzinationen auf, für den Zustand der Bewusstseins-Einengung besteht meist eine Amnesie

Vorkommen als **Dämmer-Zustand** bei Epilepsie, Zustand bei pathologischen Rausch (F10.0 – F18.0), bei Intoxikationen (Vergiftungen), nach Hirntraumen, bei Enzephalitis (Hirn-Entzündung), gelegentlich bei starkem Affekt (Panik – F41.0), hysterischer Dämmer-Zustand (F44.3) als Trance und Besessenheit, bei Somnambulismus (Schlaf-Wandeln) (F51.3)

► **Bewusstseins-Verschiebungen/-Erweiterung:**

Der Betroffene hat das Gefühl, dass sich sein Bewusstsein verglichen mit dem Tages-Bewusstsein verändert hat. Er empfindet eine gesteigerte Intensität und Helligkeit seines Bewusstseins.

Er hat das Gefühl, dass sich sein Bewusstseins-Raum vergrößert hat.

Er fühlt sich ungewöhnlich wach, dabei kann seine Reaktions-Zeit verkürzt sein, er kann aber auch in seiner Wahrnehmungs- und Koordinations-Fähigkeit eingeschränkt und unruhig sein

Vorkommen bei Intoxikation (vor allem mit Psychostimulanzien und Halluzinogenen – F16.0), bei beginnender endogener Psychosen (z. B. Manie – F30) im Zustand von Meditation und Ekstasen

Orientierung: Fähigkeit, sich zur Zeit, Situation, Ort und auch bezüglich der eigenen Person (**ZSOP** – Reihenfolge des Abbaus) zurechtzufinden und entsprechende Angaben zu machen. Bei einer Orientierungsstörung kann er dies nur eingeschränkt oder gar nicht und wirkt unsicher bis desorientiert.

Voraussetzung: Keine bedeutende Störung der Vigilanz, keine ausgeprägte Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörung.

➤ **(Z) Zeitliche Orientierungs-Störung:**

Man fragt den Betroffenen nach Tageszeit, Wochentag, Jahreszeit, Monat, Jahr, Datum. Dabei fällt die Desorientierung auf.

➤ **(S) Situative Orientierungs-Störung:**

Der Betroffene hat keinen Überblick über die Situation, in der er sich befindet, (z. B. Untersuchung). Prüfung: fragen.

➤ **(O) Örtliche Orientierungs-Störung:**

Der Betroffene weiß nicht, wo er ist. Voraussetzung: er müsste die Möglichkeit haben, sich zu orientieren. Auch hier: fragen

➤ **(P) Orientierungs-Störung zur Person:**

Das Wissen um die eigene Person und persönliche lebensgeschichtliche Gegebenheiten sind gestört. Prüfung durch Fragen nach Name, Geburtstag, Beruf, Familienstand.

Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Störungen (AGS)

- Aufmerksamkeits- und Konzentrations-Störung
- Auffassungs-Störung
- Merk-Fähigkeits- und Gedächtnis-Störung
- Amnesie

- ▶ Unfähigkeit zur Ausrichtung, Sammlung und Hinordnung auf einen Gegenstand,
- ▶ der Betroffene kann nicht „bei der Sache“ bleiben,
- ▶ er kann seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einen bestimmten Gegenstand zuwenden
Vorkommen bei physiologischer Müdigkeit, bei hirnorganischen Veränderungen (hirnorganisches Psycho-Syndrom [HOPS]).
Prüfung in klinischen Gespräch: kann der Betroffene folgen?
Testaufgabe: z. B. von 100 immer 7 abziehen lassen, d2-
Belastungstest

- Fähigkeit, Wahrnehmungs-Erlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen, ist gestört.
- Die Auffassung kann falsch oder verlangsamt sein oder fehlen.
- Der Betreffende deutet Wahrgenommenes fehl (aber nicht wahnhaft wie bei einer Psychose) bei einer (Hirn) organischen Störung ist er auch verlangsamt
- **Vorkommen** bei Aphasien (Sprach-Störungen),
exogenen (von außen bedingten) Psychosen (F06.0 – F06.3).
Prüfung: Man lässt kleine Fabeln oder Geschichten nacherzählen.

- **Langzeit-Gedächtnis:** Alt - bzw. biographisches Gedächtnis (Erinnerungs-Fähigkeit)
Neugedächtnis (letzter Tag und Woche)
Kurzzeit-Gedächtnis: (bis zu 10 Minuten)
Ultrakurzzeit- oder Immediatgedächtnis: Arbeits-Gedächtnis, Auffassung
- Bei einer **Merkfähigkeits-Störung** ist die Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu merken und ins Gedächtnis einzuprägen, herabgesetzt bis aufgehoben. Also Einschränkung des Kurzzeit-Gedächtnisses.
- Von einer **Gedächtnis-Störung** oder **Störung der Erinnerungs-Fähigkeit** reden wir, wenn die Fähigkeit herabgesetzt oder aufgehoben ist, länger als 10 Minuten zurückliegende Eindrücke im Gedächtnis zu behalten bzw. abzurufen.
Zustand z. B. nach Schlaganfall.
Prüfung: Ähnlich wie oben: Abfragen von entsprechenden Gedächtnis-Inhalten aus dem Arbeits-, Kurzzeit- oder Neuzeit-Gedächtnis. Bei Bedarf auch aus dem Altgedächtnis.
- **Zerstreutheit und Vergesslichkeit** wegen z. B. Depression (F32 und F33), Hypothyreose (Schilddrüsen-Unterfunktion), Arteriosklerose
- **Korsakow-Syndrom** zählt in der akuten Form zu den amnestischen Durchgangssyndromen (F04) und gilt dann als prinzipiell reversibel.
Hat auch eine **chronische Form**, z. B. nach jahrelangem Alkohol-Missbrauch, nach einem oder mehreren Schädel-Hirn-Traumata (wie beim Boxen), nach schweren Infektionskrankheiten, die aufs Gehirn schlagen, nach Vergiftungen, also nach organischen Störungen mit **(MOK)**
 - **(M) Merkfähigkeits-Störungen,**
 - **(O) Orientierungs-Störungen** und
 - **(K) Konfabulationen** damit werden Gedächtnis-Lücken überspielt – nie um etwas verlegen, euphorisch, kritiklos, sorglos.

Eine **Amnesie** ist eine inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungs-Lücke / Gedächtnis-Lücke / Erinnerungslosigkeit speziell als

- **retrograde** Amnesie: Erinnerungslosigkeit für die **vor** einem bestimmten **Ereignis** (meist mit Bewusstlosigkeit) liegende Zeit, z. B. Verkehrsunfall
- **anterograde** Amnesie: Erinnerungslosigkeit für die **nach** einem bestimmten **Ereignis** (meist mit Bewusstlosigkeit) liegende Zeit, z. B. Verkehrsunfall.
- **kongrade Amnesie**: Erinnerungslosigkeit im Zeitraum während dem schädigendem Ereignis, z. B. der Bewusstlosigkeit
- **Transitorisch globale Amnesie**: vorübergehender, 3-5 Stunden dauernder Gedächtnis-Verlust. Nach Abklingen verbleibt eine Gedächtnis-Lücke.
- **Zeitgitterstörung**: Biographische Ereignisse können nur mangelhaft zeitlich zugeordnet werden.
- **Konfabulation**: Der Patient füllt Erinnerungs-Lücken mit Phantasien und Einfällen, die er selber für Erinnerungen hält (Er ist von der Realität der Konfabulationen überzeugt).
- **Paramnesien**: So werden Erinnerungs-Täuschungen bis Gedächtnis-Illusionen und Halluzinationen genannt (Trug-Erinnerungen, Umänderung der Erinnerung im Sinne des Wahns).
- **Dejá - vu**: (frz., wörtlich: „das schon einmal Gesehene“). Der Betroffene glaubt meist (kurzzeitig) eine Situation sei ihm bekannt, er habe sie schon einmal erlebt, ohne dass er dies aus dem Gedächtnis belegen kann.
Kommt z. B. vor zum Beginn einer Psychose, bei Intoxikationen (Vergiftung) während des „Aura“ genannten Vorposten-Symptomen (Prodromal-Symptom) einer Epilepsie, bei Erschöpfung, im Traum, häufig auch bei gesunden als flüchtiges Erleben.
- **Ekmnesie**: Störung des Zeiterlebens. Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt.
- **Hypermnesie**: Gesteigerte Erinnerungs-Fähigkeit, z. B. bei Autisten (F84.0)

Suizidalität (SU)



- Suizidalität und Selbst-Schädigung
- Arten des Suizids
- Gründe für Suizid
- Suizid-Risiko-Gruppen 1
- Suizid-Risiko-Gruppen 2
- Suizid-Risiko-Gruppen 3
- Phasen und Methoden
- Präsuizidales und suizidales Achsen-Syndrom
- Fragen zur Suizid-Gefahr
- Therapie

Suizidalität und Selbst-Schädigung (S&S)

- Thesen 1 - 8
- Thesen 7 - 11
- Thesen 12 - 14
- Thesen 15 - 16

1. Unter **Suizidalität** (Selbst-Tötung besser als Selbst-Mord) versteht man die Summe aller Kräfte eines Menschen, die in Richtung Selbst-Vernichtung gehen, also Gedanken oder Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben zu beenden.
2. Eine **suizidale Handlung** ist eine bewusste, selbst durchgeführte und beabsichtigte (nicht aus Versehen) Handlung, die Selbst-Tötung anstrebt bzw. zum Tode führt.
3. **Parasuizidale Handlungen** sind angelegt wie suizidale Handlungen, jedoch mit dem Wissen, dass sie nicht zum Tode führen, und mit der Absicht, im Leben Veränderungen zu erzielen.
 - Als **parasuizidale Geste**: Die **Appell-Funktion** steht im Vordergrund und wird oft sehr deutlich.
 - Als **parasuizidale Pause**: Das Bedürfnis nach Ruhe steht im Vordergrund. So überlastet, dass sie einfach abschalten wollen.
4. **Suizid-Ideen** benennen die gedankliche Auseinandersetzung mit der Selbst-Tötungs-Möglichkeit.
5. Jeder Parasuizid und jede Ankündigung sollte ernst genommen werden: **inadäquate Problem-Lösungs-Strategie**.
6. Der Suizid rangiert in den meisten europäischen Ländern und in den USA unter den zehn häufigsten Todes-Ursachen.

7. Viele Betroffene haben innerhalb des letzten Monats vor dem vollzogenen Suizid einen Arzt aufgesucht.
8. Suizid zählt bei den jungen Menschen zu den häufigsten Todes-Ursachen.
9. Das präsuizidale Syndrom (**Ringel**) ist zugleich Diagnose-Instrument zur Selbst-Tötungs-Gefährdung und Anregung zur Entwicklungs-Begleitung bei Suizidalität.
10. Die Suizid-Gefahr steigt, wenn das Leben der Menschen immer eingeengter wird, sie nur noch eine Emotion haben, weil z. B. alles nur noch unter dem Aspekt der Angst oder der Aggression erlebbar ist, zwischenmenschlich immer weniger Kontakt da ist und es keine lohnenden Werte mehr gibt. Wenn diese Einengung zunimmt und es gleichzeitig eine gehemmte oder gegen die eigene Person gerichtete Aggression gibt, dann gibt es Selbst-Tötungs-Fantasien, zunächst als Wunsch, tot zu sein.
11. Dass man die Aggression gegen sich selbst gewendet hat und nicht gegen die Personen, die sie eigentlich hätten abbekommen müssen, liegt daran, dass man nicht aushält, dass man von diesem Menschen nicht geliebt wird und dass man ihn auch nicht liebt.
infolgedessen bekommt man solche Schuld- und Scham-Gefühle, dass man erst recht suizidal wird.

12. Wenn Menschen, deren Selbst-Wert-Gefühl stark verunsichert ist und dazu neigen, Aggressionen gegen sich selbst zu wenden, bei bereits bestehender Einengung Kränkungen, Enttäuschungen oder Verluste erleben, dann entsteht ein Gefühl der Angst, der Bedrohung, die nach Schutz ruft, der Verlassenheit, die danach ruft, sich an andere Menschen anzuschließen, der Hilflosigkeit, die nach Hilfe ruft, der Ohnmacht, die nach selbstwirksamer Gestaltung ruft.
Doch diesen Rufen kann wegen der Aggressions-Hemmung nicht gefolgt werden.
Also setzen Bewältigungs-Mechanismen zum Schutz der Selbst-Wert-Gefühls ein wie Realitäts-Verleugnung oder eine unqualifizierte Idealisierung der eigenen Person gemischt mit Größen-Ideen.
13. Sollten diese Bewältigungs-Mechanismen jedoch nicht ausreichen, dann kommen Fantasien vom Rückzug in einen harmonischen Urzustand auf (Hänseler).
Diese Fantasien werden dann in einer Suizid-Handlung umgesetzt.
Der Suizid kommt der narzisstischen Zusammenbruchs-Krise zuvor.
Zugleich werden auch noch Rache-Bedürfnisse befriedigt.
14. Suizid ist die letzte schöpferische Tat, der letzte Versuch, das Leben gestalten zu können bei einem Menschen mit einer starken Aggressions-Hemmung.

15. Beim Suizid und auch beim Suizid auf Raten, z. B. als Alkohol-Missbrauch, ist die Selbst-Aggression auf die Spitze getrieben. Das löst bei anderen Menschen Ärger, Wut und Schuld-Gefühle aus.
16. Selbstschädigendes Verhalten sind Impuls-Handlungen als das Sich-Schneiden, um sich selbst zu spüren, oder das Ausdrücken von Zigaretten auf der Haut oder seltener das Verbrühen mit Wasser. Dies Verhalten kommt häufig bei Menschen vor, die reale Traumatisierungen erlebt haben. Traumata bringen uns dazu, uns vom Körper abzuspalten. Dann ist die Angst und die Aggression, was ja auch ein Kontakt-Gefühl ist, nicht mehr da. Diese Personen wollen lieber Schmerzen haben als zu spüren, dass sie von allem abgetrennt, dass sie von sich selbst dissoziiert sind und aufgrund eines Traumas kein Gefühl mehr für den eigenen Körper haben. Dieser aggressive Akt des Sich-Schmerz-Zufügens soll die Menschen wieder in Kontakt mit sich selbst bringen.

Arten des Suizids

- **Suizid-Versuche:** häufiger bei Frauen als bei Männern
- **vollendete Suizide:** Verhältnis Männer zu Frauen wie 1: 10
- **erweiterter oder Mitnahme-Suizid:** andere Personen ohne deren Einverständnis einbeziehen
- **gemeinsamer Suizid** als **Doppelsuizid** (freiwillig mit Partner) oder **Massensuizid**, z. B. bei religiösen Gruppen und bei Flüchtlingen nach Vertreibung
- **Bilanz-Suizid:** Rational durchgeplante und überlegte Handlung, die in einer als aussichtslos erlebten Situation zum Suizid führt , z. B. bei Sterbe-Hilfe. Die Menschen Leben eigentlich ganz gern, ziehen aber Bilanz, dass sich der Rest des Lebens nicht mehr lohnt wg. Schmerzen oder anderen massiven Einschränkungen. Kaum zu therapieren.
- **Larvierter, nicht erkannter Suizide:** hohe Dunkelziffer bei Verkehrs-Unfällen (u. U. nach Einnahme einer hohen Dosis von Tabletten), Drogen-Missbrauch (bewusst gesetzter goldener Schuss) und anderen unklaren Todes-Ursachen
- **Chronischer oder protrahierter (verzögerter) Suizid:** Selbst-Tötung auf Raten. Etappenweise und bewusste Schädigung bzw. unnötige Inkaufnahme von Risiken, z. B. Alkohol- oder Nikotin-Abusus, riskantes Auto-Fahren Trauen sich nicht an richtigen Suizid heran, haben aber Absicht, Autoaggression (möglich auch bei Anorexie (F50.0))
- **Nachahmungs-Suizid (Werther-Effekt)**

Gründe für Suizid

- ***Wunsch nach Veränderung*** im Leben,
Wunsch nach Ablösung und Trennung
- ***Andere manipulieren oder Hilfe-Ruf:***
Appell an die Umwelt: ich komme mit der Situation nicht mehr klar (Suizid-Versuche vorbewusst als kleinere Erpressungen, aber Vorsicht vor Fehlinterpretation)
- ***Wunsch nach Ruhe, Wunsch, Schwierigkeiten (Probleme, Krisen) zu beenden:*** beruflich, finanziell, beziehungsmäßig
- ***Rache und Wut wg. Enttäuschung, Schuld-Gefühle oder psychotische Motivation*** (imperative Stimmen)

Suizid-Risiko-Gruppen 1

Risiko-Gruppen sind alle Personen, die allein, vereinsamt oder existenziell bedroht sind (8% Prävalenz-Rate)

Personen mit
Suizid-
Ankündigung

Menschen in
belastenden
Lebens-
Situationen

Schwer
körperlich oder
psychisch
Kranke

Sucht-Erkrankte

Männer

Städter

Menschen in
Psychotherapie
(Beginn)

Hoffnungslose

Einsame

alte Menschen

Rückfall-
Gefährdete

Angehörige der
Helfer-Berufe

Nachahmende
inkl. Herkunft

Suizid-Risiko-Gruppen 2

- **Menschen in belastenden Lebens-Situationen** (größte Gruppe) Verfügen nur über unzureichende Bewältigungs-Strategien Reagieren mit einer Kurzschluss-Handlung
- **Personen mit Suizid-Ankündigung:** etwa **80 % mit Ankündigung, 50 % waren vorher bei Arzt oder Therapeut**
Jeder 5. bis 10. stirbt später an Suizid
- **Schwer körperlich und psychisch Kranke: 98 %** der Suizidanten sind
 - **psychisch krank - wichtigste Ursache – ca. 90 %** insb. Psychosen und inkl. Neurosen. Menschen mit Psychosen am stärksten gefährdet, allem voran die endogene Depression (F33.2 und F33.3.) und die Schizophrenie (F20) mit 50% auch ältere Schizophrene mit depressiven Komponenten (aber aufzuheitern) bei raschen Stimmungsschwankungen
15% Suizid-Rate bei Dysthymia (F34.1), Menschen mit narzisstischen Beschwerde-Bild (F60.8) haben eine besondere Affinität zur Selbst-Tötung
 - **körperlich Krank:** insb. mit Diagnose einer chronischen oder unheilbaren körperlichen Erkrankung,
 - **suchterkrank:** Medikamenten- und Drogen-Abhängige (insb. Opiate), Alkoholiker
- **Männer:** Bei Männern ist die Suizid-Rate deutlich höher als bei Frauen (Verhältnis 3:1). Schizophrene und junge Männer: erhöhtes Risiko
- **Menschen in (Psycho-) und Pharmakotherapie:** nach Beginn einer Therapie (Wegfall der Antriebshemmung durch Therapie oder Antidepressiva, deshalb anfangs auch handlungshemmende Medikamente)

Suizid-Risiko-Gruppen 3

- **Alte Menschen:** die hohe Multimorbidität ist ein erschwerender Faktor für Psychotherapie, die häufigsten psychischen Störungen bei über 65-Jährigen sind demenzielle und depressive Symptome, Depressionen im Alter gehen oft mit somatischen Beschwerden einher.
In Deutschland Suizid-Rate ansteigend mit höherem Alter. Ältere Männer oft langfristig geplant. Jüngere Frauen oftmals spontan,
- **Angehörige der Helfer-Berufe, insb. Ärzte** (viermal höher): Psychiater (9 Mal), gefolgt von Anästhesist
- **Einsame:** Vereinsamte (insbesondere Männer), Inhaftierte, kinderlose Alleinstehende und Ledige, Verwitwete, Geschiedene, nach Verlust (Tod, Unfall, Scheidung) einer nahestehende Person (besonders wenn unerwartet), Soziale Isolation, Entwurzelung, Verlust zwischenmenschlicher Kontakte (auch Liebes-Enttäuschung)
- **Städter:** Menschen in der Stadt (Anonymität) häufiger als auf dem Land
- **Hoffnungslose:** z. B. Arbeitslosigkeit ohne Hoffnung auf Besserung, Fehlen einer Aufgabe, eines Zieles im Leben
- **Rückfall-Gefährdete:** Menschen, die einen Suizid angekündigt oder bereits mehrere Versuche hinter sich haben (Folgesuizid mit 20 % Wahrscheinlichkeit, 30 % Rückfall-Gefahr innerhalb des ersten Jahres – Suizid-Versuche in der Vergangenheit = größeres Risiko gegenwärtig)
- **Nachahmende:** Nachahmungs-Effekt/Imitations-Suizid (Werther-Effekt), Angehörige und Freunde von Menschen, die Suizid oder Suizid-Versuch unternommen haben. Vorbilder, auch Lebens-Partner incl. familiärer Häufung der Suizide.

➤ Phasen

- **Erwägung (Möglichkeit):** denkt an Suizid (kurz bis 30 Jahre) und denkt zunehmend ich-bezogen daran
- **Ambivalenz:** Stimmungs- und Gefühls-Schwankungen zum Thema. Starker innerer Kampf. Geht auf Umwelt zu, Appell und Hilferuf (diffus). Auch Alibi: guck, keiner hilft mir. (kurz – ca. 60 Stunden)
Ventilfunktion, weil Überlebenstrieb sich nach konkret gewordenen Entschluss meldet.
- **Entschluss:** ruhig, gelassen, sicher (Ruhe vor Sturm) – Qual der Entscheidung ist vorbei. Erleichterung. Kontakt mit anderen nur noch als Verabschiedung, Ordnung. Treffen ruhig ihre Vorbereitungen. Sind oft heiter und gelassen.
- Bei Psychosen allerdings auch ganz plötzlich (raptusartig)

➤ Arten – Hitliste in Deutschland (Männer mehr aggressive Methoden, Frauen eher sanft mit Psychopharmaka):

- **Vergiftung mit Medikamenten** (Schlaf-Mittel/Hypnotika) an erster Stelle (Patient will seine ewige Ruhe haben)
- Schnitt-Verletzungen
- Erhängen
- Hinunterstürzen
- Absichtliche Verursachung von Verkehrs-Unfällen (Dunkelziffer)

Präsuizidales Syndrom nach Ringel:

- ***Zunehmende Einengung*** der sozialen und psychischen Lebens-Bereiche:
 - situative Einengung als Tunnel-Blick,
 - einseitige Ausrichtung von Assoziationen und Verhaltens-Mustern
 - Einengung sozialer Beziehungen (Rückzug)
 - Enge Werte-Welt, in der das Problem immer zentraler wird
- ***Suizid-Phantasien*** und Todes-Phantasien
 - vage Ideen zu konkretem Plan, Vorstellung, tot zu sein oder Selbst-Tötung zu begehen bis konkrete Handlungs-Planung
 - sich passiv aufdrängend - Vorsicht, wenn die sich von selbst aufdrängen.
Zwangs-Gedanke (F42.0) - kann nicht mehr an was anderes denken.
Kommen in der Regel allein aus den Gedanken nicht mehr raus und brauchen Hilfe.
- ***Aggressions-Hemmung*** als Aggressions-Stau und Aggressions-Umkehr - Wendung der Aggression gegen die eigene Person zusammen mit Schuld- und Selbst-Bestrafungs-Ideen

Suizidales Achsen-Syndrom nach Mitterauer:

Erhöhtes Suizid-Risiko durch

- ***Psychose*** als endogene affektive Psychose (F3) oder aus dem schizophrenen Formenkreis (F20) oder als organische/exogene Psychose (F0) diagnostiziert (ca. 15% der Patienten mit endogener Psychose versterben an Suizid)
- ***Ankündigung*** eines Suizids (offene oder versteckte Suizidalität – siehe oben die Ambivalenz-Phase)
- ***suizidpositive Familien-Anamnese***

Fragen zur Suizid-Gefahr

1. Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen? (ja)
2. Haben Sie häufig daran denken müssen? (ja)
3. Haben sie an Selbst-Tötung denken müssen, ohne es zu wollen? (ja)
4. Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden? (ja)
5. Haben Sie Vorbereitungen getroffen? (ja)
6. Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Selbst-Tötungs-Absichten gesprochen? (ja)
7. Haben Sie einmal einen Selbst-Tötungs-Versuch unternommen? (ja)
8. Hat sich in der Familie oder im Bekannten-Kreis schon jemand das Leben genommen? (ja)
9. Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos? (ja)
10. Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken? (ja)
11. Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden? (ja)
12. Haben Sie noch Interesse daran, was im Beruf/Hobby, in Ihrer Umgebung vorgeht? (nein)
13. Ist da wer, mit dem Sie offen/vertraulich über Ihre Probleme sprechen können? (nein)
14. Wohnen Sie zusammen mit Familienmitgliedern oder Bekannten? (nein)
15. Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend? (nein)
16. Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt? (nein)

- Klient/-innen Gefühl vermitteln, er/sie kann mit Therapeuten über alles reden (Suizid meist Verzweiflungs-Tat aus Mangel an Alternativen)
- Ansprechen (Enttabuisieren) – dadurch verringert sich Suizid-Gefahr
- Begründung, warum er/sie sich nicht umbringt: Ich würde mich nie umbringen, weil...
- Nicht-Suizid-Pakt (Versprechen, sich bis zur nächsten Sitzung nicht umzubringen)
- Bei endogener Depression sind Antidepressiva indiziert
- ggf. Unterbringungs-Gesetz (bei Eigen- oder Fremd-Gefährdung)
- **Risiko-Verringerung**
 - durch tragfähige religiöse/ soziale Bindungen (vor allem bei depressiven Patienten).
 - Aufbau von Lebens-Zielen



Menschen mit Depressions-Störungen (F32)



- Differenzial-Diagnose
- Unterscheidungen
- Sonderformen
- Depressive Episode: Symptome
- Leicht bis schwer
- Laviert (somatisches Syndrom)
- Rezidivierend (F33)
- Dysthymia (34.1.)
- Therapie

Es gibt fließende Übergänge zwischen

- Endogener Depression (als schwere Episode bei unipolarer rezidivierender depressiven Störung (F33.2 und F33.3) - oder bei bipolarer affektiver Störung (F31.4 und F31.5) Affekt-Psychose, immer auch Medikamente)
- Depression als leichte oder mittelgradige Episode bei unipolarer Depression (F33.0 und F33.1) oder bei bipolarer Depression (F31.3)
- Neurotischer Depression als Dysthymia (F34.1) (habitualisierte Fehlhaltung mit oraler Fixierung)
- Reaktiver Depression (mit konkreten Anlass, aber im Ausmaß überzogen) bei schweren Belastungen und Anpassungs-Störungen (F43 und F62.0)
- Im Zusammenhang mit anderen Störungen wie z. B. Angst-Störungen (F40 und F41) und Zwangs-Störungen (F42)
- Momentan depressive Verstimmung (mit konkretem Anlass)

psychogene, reaktive Depression als posttraumatische Belastungs-Störung (F43.1) oder Anpassungs-Störung (F43.2) beide bis 6 Monate max., ab dann andauernde Persönlichkeits-Veränderung nach Extrembelastung (F62.0), Dysthymia (F34.1) – ab 2 Jahren

endogen (schwer, rezidivierende und phasische Episoden)

- Exogene, körperlich begründbare Depressionen in Folge von
- pharmakologischen Wirkungen
 - hormonellen Störungen (z. B. Schilddrüse)
 - Tumoren
 - Infektions-Krankheiten
 - degenerativen Erkrankungen wie Demenz vom Alzheimer-Typ

Einschlaf-Störung

Durchschlaf-Störung

Abend-Tief

Morgen-Tief

andere beschuldigen

Selbst-Anklage

Phänomenologisch lassen sich endogene Depressionen in erster Linie wie folgt unterscheiden:

- **Gehemmte Depression**, wenn Antriebs-Hemmung im Vordergrund steht
- **Ängstlich-agitierte Depression** („Jammerdepression“) mit ängstlicher Getriebenheit, Unruhe, hektischen Bewegungen, Lamentieren, Jammern
- **Larvierte (versteckte) Depression** (auch maskierte, vitalisierte oder somatisierte Depression – F32.8) Die depressive Verstimmung ist nur im Hintergrund vorhanden. Es dominieren Körper-Symptome wie Kopf-Schmerzen, Rücken-Schmerzen, Atem-Beschwerden, Herz-Beschwerden, Magen-Darm-Beschwerden und Unterleibs-Schmerzen
- **Psychotische Depression** (F31.5, F32.3 und F33.3), wenn stimmungskongruente Denk-Inhalte (Verarmungs-, Versündigungs-, Schuld-, nihilistischer Wahn) die Depression begleiten. In seltenen Fällen auch Halluzinationen (anklagende oder zum Suizid auffordernde Stimmen) oder depressiver Stupor.

Zusätzlich lassen sich unterscheiden

- **Vitale Depression**, wenn Traurigkeit leiblich erlebt wird, z. B. als Druck-Gefühl in Brust oder Magen-Gegend, Reifengefühl um den Kopf und dem Betroffenen die Depression bewusst ist
- **Zoenästhetische Depression**, wenn qualitativ eigenartige, sehr bizarr anmutende Körper-Missempfindungen ganz im Vordergrund der Symptomatik stehen, z. B. Eisenring um Herz
- **Entfremdungs-Depression**, wenn Entfremdungs-Erleben (Depersonalisation und Derealisation) deutlich im Vordergrund der Symptomatik stehen. Die differentialdiagnostische Abgrenzung zur Schizophrenie (F20) und zu verschiedenen Formen der Neurose kann sich schwierig gestalten. Auch bei Dysthymia (F34.1) lässt sich Entfremdungs-Erleben beobachten.
- **SAD (saisonal abhängige Depression)** – Herbst und Winter – zu rezidivierende depressive Störung (F33)

- **Involutions- (Spät-) Depression**, wenn Ersterkrankung nach dem 45. Lebens-Jahr liegt. Nicht selten mit protrahierter (verlängerter) Phasendauer mit Chronifizierungstendenz, Therapie-Resistenz und erhöhtem Suizid-Risiko. Häufig dabei ängstliche Agitiertheit mit paranoiden und hypochondrischen Denk-Inhalten.
- **Altersdepression**, wenn der Beginn der Ersterkrankung nach Beginn des Seniums (60 oder 65) liegt.
- **Wochenbett-Depression** (F53) – meist kurz nach der Entbindung. Abzugrenzen von Verstimmungs-Zuständen im Wochenbett.
- **Reaktive Depression**: depressive Verstimmung aufgrund eines belastenden Ereignisses, das schon länger zurück liegt [F43.1 (PTBS), F43.2 Anpassungs-Störung]
- **Erschöpfungs-Depression** mit endogenen und reaktiven Anteilen offenbar aus dem Zusammenspiel von Veranlagung und psychosozialen Einflüssen. Tritt nach langjähriger affektiver Dauerbelastung oder wiederholten schweren Psychotraumen auf. Siehe auch: andauernde Persönlichkeits- Änderung nach Extrembelastung (F62.0)
- **Rapid-Cycling**, wenn mehr als 4 depressive und/oder manische Phasen pro Jahr auftreten.

Definition: Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden (mindestens 2 Wochen) leidet die betroffene Person unter

Stimmungs- Störungen

1. **gedrückter Stimmung (depressive Verstimmung)** mit Anhedonie, d. h. vermindert ist die Fähigkeit zu Freude, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Leere-Gefühl, Angst, Versteinerung, Unlebendigkeit, Verlust der emotionalen Schwingungs-Fähigkeit bis hin zum Gefühl der Gefühllosigkeit

Psychomotorik- Störungen

2. **Verminderung von Antrieb und Aktivität (Hemmung der Psychomotorik)** mit Verminderung der Entschluss- und Handlungs-Fähigkeit, Initiativlosigkeit, ausgeprägter Müdigkeit, die nach jeder Anstrengung auftreten kann, jede Tätigkeit wird zur Qual, Verlangsamung aller Bewegungs-Abläufe bis hin zur annähernden Bewegungslosigkeit (depressiver Stupor)

Denk- Störungen

3. **Verlangsamung des Gedanken-Ablaufs** mit eingeeengtem Denken, Einsilbigkeit, Entschlusslosigkeit, Gedanken-Sperrung, Denk-Hemmung, Grübel-Neigung bis Grübel-Zwang verbunden mit verminderter Konzentrations- und Aufnahme-Fähigkeit,

vegetative Störungen

4. **Vitalsymptomen und vegetativen Störungen mit Schlaf-Störungen** (Abendtiefe und Einschlaf-Störungen bei Dysthymia, Durchschlafstörungen und Früherwachen mit Morgentief bei endogener Depression – zirkadiane Befindungs-Schwankungen), Appetit- und Libido-Verlust, Gewichts-Verlust, Obstipation (Verstopfung) und zahlreiche Leib-Gefühls-Störungen wie Druck-Gefühl auf Brust- und Bauch-Raum, ein Kopf wie Blei, Zugeschnürter Hals, Reifen-Gefühl um den Kopf.
Die endogene Depression ist die leibnächste Psychose.

Selbst-Wert- Störungen

5. **beeinträchtigtem Selbst-Wert-Gefühl und Selbst-Vertrauen** mit Schuld-Gefühlen und Gedanken über eigene Wertlosigkeit

Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten „somatischen“ Symptomen (somatisches Syndrom bei depressiver Episode (F32.8) – auch larvierte Depression) begleitet werden.

- **Dauer:** Herabgestimmtheit über mindestens **2 Wochen**.
- **Inkl.:** Einzelne Episoden von: depressiver Reaktion, psychogener Depression, reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)
- **Exkl.:** Anpassungs-Störungen ([F43.2](#)) depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens ([F91.-](#), [F92.0](#)) rezidivierende depressive Störung ([F33.-](#))

► **F32.0 Leichte depressive Episode**

Definition: Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

► **F32.1 Mittelgradige depressive Episode**

Definition: Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

► **F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome**

Definition: Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbst-Wert-Gefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizid-Gedanken und -Handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Inkl.: Einzelne Episode einer agitierten Depression (Unruhe-Zustände) , einzelne Episode einer majoren Depression [major depression] ohne psychotische Symptome, einzelne Episode einer vitalen Depression ohne psychotische Symptome

► **F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen**

Definition: Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben, bei der aber Halluzinationen, Wahn-Ideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebens-Gefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungs-Aufnahme bestehen kann.

Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, synthym sein.

Inkl.: Einzelne Episoden: majore Depression [major depression] mit psychotischen Symptomen, psychogene depressive Psychose, psychotische Depression, reaktive depressive Psychose

Laviert (somatisches Syndrom)

F32

- ▶ Eine besondere Erscheinungs-Form einer Depression (zu den endogenen Depressionen) kann sich durch das überwiegende Auftreten von (scheinbar) körperlichen Beschwerden zeigen.
- ▶ Man spricht von einem somatischen Syndrom bei depressiver Episode, wenn **mindestens vier der folgenden Kriterien** erfüllt sind:
 1. Auf jeden Fall ein Morgentief auch im Hinblick auf körperliche Symptome, die deutlicher im Vordergrund stehen, unter anderem
 2. **Schlaf-Störungen** (Frühes Erwachen; >2 Stunden früher als üblich)
 3. **Früherwachen und Morgen-Tief** (Tageszeitliche Schwankungen der Beschwerden)
 4. **Appetitlosigkeit** (Gewichtsabnahme über 5% in einem Monat)
 5. **Obstipation**
 6. **Schwitzen**
 7. **Herz-Rhythmus-Störungen**
 8. **Schmerzen bei der Atmung**
 9. **Kopfweh**
 10. **Interessen-Verlust** oder Verlust der Freude (**Anhedonie**)
 11. **Fehlende emotionale Reaktions-Fähigkeit** auf normale positive wie negative Erlebnisse
 12. deutliche **psychomotorische Einschränkung** (Gehemmtheit) **oder Unruhe** (Agitiertheit)
 13. **Verlust von sexuellen Bedürfnissen** (Libido)
 14. aber auch Suizid-Gefährdung wie bei anderen Formen der endogenen Psychose

Abklärung der körperlichen Symptome (gründliche körperliche Untersuchung) wie bei allen psychosomatischen Krankheiten beim Facharzt.

- **Definition:** Hierbei handelt es sich um eine 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 (hypomanische Nachschwankungen).
- 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. 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.-).
- Die erste Episode kann **in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium** auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein.
- **Dauer: Wenige Wochen bis viele Monate.**
- **Inkl.:** Rezidivierende Episoden (F33.0 oder F33.1): depressive Reaktion, psychogene Depression, reaktive Depression, Saisonale depressive Störung
- **Exkl.:** Rezidivierende kurze depressive Episoden (F38.1)

Dysthymia (F34.1)

F32

- Hierbei handelt es sich um eine chronische, **mehrere Jahre** (wenigstens **2 Jahre**) andauernde depressive Verstimmung, aber nicht psychotisch, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (F33.-) zu erfüllen.
- **Prävalenz: 6 %, Frauen deutlich häufiger**
- **Inkl.:** Anhaltende ängstliche Depression, Depressiv: Neurose, Persönlichkeit(störung), neurotische Depression
- **Exkl.:** Ängstliche Depression (leicht, aber nicht anhaltend) (F41.2)

- **Antidepressiva**
- **Schlaf-Entzug**
REM-Schlaf in der zweiten Nacht-Hälfte, also Morgen-Schlaf vermeiden durch frühes Aufstehen
- **Kognitive Verhaltenstherapie** nach Beck (siehe dazu auch Abschnitt 10.2.7) und **Schematherapie** nach Young
- **Lichttherapie**
2 Mal pro Tag morgens und abends je eine Stunde vor helle Lichtwand (Sonnenlicht ähnlich), besonders bei Herbst-Depressionen
- **Johanniskraut**
aber Vorsicht bei Kombination mit Antidepressiva
- Bei schweren, schlecht behandelbaren Depressionen auch **Elektrokrampf-Therapie**
Künstlich in Krampfanfall schicken
5- 10 Behandlungen in 2 Wochen, 10 Minuten Vollnarkose
bei schwerer Depression (mit Wahn, hohe Suizidalität, depressiver Stupor, wenn andere Medikamente nicht anschlagen)



Menschen mit Angst- und Zwangs-Störungen (AZ)



- ▶ Phobische Störungen (F40)
- ▶ Andere Angst-Störungen (F41)
- ▶ Zwangs-Störungen

Phobische Störungen (F40)

- Allgemein
- Agoraphobie (F40.0)
- Soziale Phobie (F40.1)
- Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)
- Häufige spezifische Phobien
- Seltene spezifische Phobien
- Therapie

- ▶ **Definition:** Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch **eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen** hervorgerufen wird.
In der Folge werden diese Situationen typischerweise
 - ▶ vermieden oder
 - ▶ mit Furcht ertragen.
- ▶ Die Befürchtungen des Patienten können sich beziehen auf
 - ▶ Einzelsymptome wie Herz-Klopfen oder Schwäche-Gefühl,
 - ▶ häufig gemeinsam mit sekundären **Ängsten** vor dem Sterben, Kontroll-Verlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden.
- ▶ Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon **Erwartungs-Angst**.
- ▶ Phobische Angst tritt **häufig gleichzeitig mit Depression** auf.
- ▶ Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustands-Bilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

Agoraphobie (F40.0)

F40

- **Definition:** Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen,
 - das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschen-Mengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein,
 - alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen.
- Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.
- **Prävalenz: Überwiegend** sind **Frauen** betroffen.
- **Komorbidität:** Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden.
- **Prognose: Ohne** effektive **Behandlung** wird die Agoraphobie häufig **chronisch**.
- F40.00 Ohne Angabe einer Panik-Störung
- F40.01 Mit Panik-Störung
- Eine Panik-Störung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor.

Soziale Phobie (F40.1)

F40

- **Definition:** Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt.
Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit **niedrigem Selbst-Wert-Gefühl** und **Furcht vor Kritik** verbunden.
 - Deutliche **Furcht, sich in sozialen Situationen auf peinliche und erniedrigende Weise zu verhalten.**
 - Ausgeprägte, anhaltende Angst vor sozialen oder Leistungs-Situationen, in denen die Person
 - mit Unbekannten konfrontiert ist oder
 - von anderen beurteilt werden könnte.
 - Unmittelbare Angstreaktion bei Konfrontation.
 - Die **Ängste** in sozialen Situationen werden jedoch auch **als übertrieben** bzw. unvernünftig und unbegründet **erlebt**.
 - Vermeidungs-Verhalten
 - Beeinträchtigung der normalen Lebens-Führung
 - Die psychischen, Verhaltens- oder vegetativen Symptome sind primäre Manifestationen der Angst.
 - Die Angst muss **auf bestimmte soziale Situationen beschränkt** sein und darin überwiegen.
- Sie können sich in Beschwerden äußern wie
 - **Erröten,**
 - **Hände-Zittern,**
 - **Übelkeit** (Angst vor Erbrechen) oder
 - **Drang zum Wasser-Lassen.**
- Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu **Panik-Attacken** steigern.
- **Inkl.:** Anthropophobie, soziale Neurose

- **Definition:** Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarzt-Besuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind.
- Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panik-Zustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen.
 - Ausgeprägte Angst vor einem spezifischen Objekt, einer spezifischen Situation
 - Konfrontation mit phobischen Reiz ruft unmittelbare Angst-Reaktion hervor
 - Person erkennt, dass Angst unbegründet oder übertrieben ist
 - Die phobischen Situationen werden gemieden
 - Phobie beeinträchtigt Lebens-Führung oder verursacht erhebliches Leiden
- **Primär-Störungen:** „Unangemessene“ Angst/Furcht vor bestimmten Personen, Tieren, Gegenständen oder Situationen
- **Sekundär-Störungen:** aus Angst Vermeidungs-Reaktionen
- **Inkl.:** Akrophobie (Höhen- oder Tiefen-Angst), einfache Phobie, Klaustrophobie, Tier-Phobien
- **Exkl.:** Dymorphophobie (nicht wahnhaft) (F45.2) Nosophobie (Angst vor Krankheiten) (F45.2 – hypochondrische Störung)

- **Erythrophobie** (Errötungs-Furcht)
- **Zoophobie** (bezogen auf zahlreiche Tierarten)
- **Akrophobie** (Höhen-Angst; akron = gr. Spitze, Gipfel oder Tiefen-Angst)
- **Agoraphobie** (agora = gr. Marktplatz) (in Situationen kommen, in denen man nicht fliehen kann)
- **Klaustrophobie** (claustrum = lat. Verschlossener Raum)
- **Nosophobie** (Krankheits-Furcht) als
 - Aids-Phobie
 - Karzinophobie (Angst vor Krebs-Erkrankungen)
 - Algophobie (algos = gr. Schmerz)
- **Phobophobie** (Furcht vor Angst-Anfällen)
- **Arachnophobie** (Angst vor Spinnen)

Seltene spezifische Phobien

F40

- Achluophobie: Dunkelheit
- Aichmophobie: Spitze Gegenstände
- Ailurophobie: Katzen
- Akarophobie: Insekten
- Anthophobie: Blumen
- Anthropophobie: Menschen-Scheu
- Aquaphobie oder Hydrophobie: Wasser
- Arbeitsplatz-Phobie
- Blut-Phobie
- Canophobie: Hunde
- Coulrophobie: Clowns
- Emetophobie: Erbrechen
- Enochlophobie: Menschen-Massen (zerquetscht werden)
- Fahr- und Flug-Angst
- Gelotophobie: ausgelacht werden
- Gerontophobie: Furcht vor alten Menschen oder krankhafte Furcht, selbst zu altern
- Gymnophobie: Nacktheit
- Gynophobie: Frauen
- Halitophobie: Mund-Geruch
- Herpetophobie: Reptilien, Schlangen
- Hoplophobie: Schuss-Waffen oder bewaffnete Personen
- Logophobie: Sprech-Angst
- Mysophobie: Kontakt mit Schmutz oder Ansteckung durch Bakterien, Viren
- Oralphobie oder Odontophobie: Zahn-Behandlungs-Phobie
- Paruresis: Blasen-Entleerungs-Störung, Angst, in der Öffentlichkeit zu pinkeln
- Prüfungs-Angst
- Schwangerschafts-Phobie: auch vor Geburt
- Sitophobie: Nahrung
- Taphephobie: Als Scheintoter lebendig begraben werden
- Tetraphobie: abergläubische Angst vor der Zahl vier
- Triskaidekaphobie: abergläubische Angst vor der Zahl dreizehn
- Trypanophobie: Angst vor Spritzen/ Injektionen

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung einer Angst-Störung, wenn identifizierbare Angst-Auslöser vorhanden sind und der Patient Vermeidungs-Verhalten zeigt:
- Reiz-Konfrontation (systematische Desensibilisierung oder Exposition)
- Vermittlung eines Erklärungs-Modelles (Psychoedukation) für Phobie (primär) und Vermeidungs-Verhalten (sekundär)

Andere Angststörungen (F41)

- Allgemein
- Panik-Störung: Kennzeichen (F41.0)
- Panik-Störung (F41.0)
- Generalisierte Angst-Störung (F41.1)

- Angst-Störungen
- Begleit-Erkrankungen (Komorbidität)
- Angst-Ursachen
- Kognitive Schemata und Sozialkompetenz
- Entwicklungs-Modelle
- Lerntheoretische Modelle
- Psychodynamische Modelle 1
- Psychodynamische Modelle 2
- Psychodynamische Modelle 3
- (Neuro-) Biologische Modelle 1
- (Neuro-) Biologische Modelle 2

Angst-Störungen

- **Angst:** Begleit-Symptom vieler körperlicher Erkrankungen (z. B. Hyperthyreose, Herz-Rhythmus-Störungen)
- **Angst auch bei:**
 - Intoxikation durch psychotrope Substanzen (F10.0-F18.0) oder Entzug (F10.3-F18.3 und F10.4-F18.4)
 - PTBS (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), andauernder Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0)
 - viele Persönlichkeitsstörungen, z. B. ängstliche (vermeidende) (F60.6), abhängige (asthenische) (F60.7)
 - Zwangsstörung (F42)
 - beginnender Psychose, als Prodromalphase der Schizophrenie (F20) oder der depressiven Episode (F31-F33)
- **Angst:** Als frei flottierende (umherschweifende) unbestimmte Angst und als anfallartig auftretende Panik; verbunden mit vegetativen Symptomen. Nach Psychoanalyse ist Angst eine frei flottierende Triebenergie
- **Definition der Angst-Störungen:** Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der **Angst** die **Hauptsymptome** dar, **ohne auf eine bestimmte Umgebungs-Situation bezogen zu sein.**
- Depressive und Zwangs-Symptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.
- **Prävalenz:** Etwa **10% der Bevölkerung** leiden im Lauf ihres Lebens unter behandlungsbedürftiger Angst.

Begleit-Erkrankungen (Komorbidität)

Angst-Störungen weisen eine hohe Komorbidität sowohl untereinander, als auch zu **Depressionen**, **somatoformen Störungen** und **Substanz-Störungen** (intrapersonal gesteuerter Gebrauch von psychotropen Stoffen) auf.

Die Wahrscheinlichkeit, eine komorbide Störung zu entwickeln, ist bei Panik-Störungen und Agoraphobie am höchsten.

Sekundäre Depressionen sind am häufigsten bei Panik-Störungen, gefolgt von der Generalisierten Angst-Störung und der Agoraphobie.

Substanz-Störungen als Folge einer Angst-Störung werden als Versuch der Selbst-Medikation betrachtet.

Angst bei Depressionen

- Episode (F32)
- Rezidivierend (F33)
- Dysthymia (F34.1) min 2 Jahre
- andauernde Persönlichkeits-Veränderung nach Extrembelastung (F62.0)

Angst bei anderen Störungen

- Phobische Störungen (F40), Panik-Störungen (F41.0) und Generalisierte Angst-Störung (F41.1)
- Posttraumatische Belastungs-Störung (PTBS) (F43.1) nach einem Monat **bis 6 Monate**
- Anpassungs-Störung (reaktive Depression) (F43.2) mit kurzer (F43.20) oder längerer depressiver Reaktion (F43.21) Angst und depressive Gefühle gemischt (F43.22)
- Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, z. B. Trauer (F43.23) Sozialverhalten beeinträchtigt (F43.24) aber **nicht länger als 6 Monate** sonst (F62.0)
- Zwangs-Störungen (F42) (Angst, wenn Ritual unterbrochen)
- Persönlichkeits-Störungen als Borderline (F60.31), ängstlich (vermeidend) (F60.6) oder abhängig (asthenisch) (F60.7)

Angst-Ursachen

- Wie bei den meisten psychischen Störungen gibt es auch bei der **generalisierten Angst-Störung**, bei **sozialen Ängsten**, **Panik-Attacken** und **Phobien** nicht die eine bekannte Ursache.
- Stattdessen geht man auch hier von einer Vielzahl verursachender oder auslösender Faktoren aus, die erst im Zusammen- und Wechsel-Wirken den tatsächlichen Ausbruch der Störung bewirken.
- Je nach psychiatrischer oder psychotherapeutischer Schule werden naturgemäß andere Ursachen in den Blick genommen und gegebenenfalls weiter erforscht. So tragen alle in der Fachwelt anerkannten theoretischen Ausrichtungen aus ihrem speziellen Blickwinkel zur Erforschung von Ursache und Entstehung (Entwicklung) dieser Störungen bei.
- Psychologische Erklärungs-Modelle der Angst unterscheiden zunächst zwischen Angst als Zustand und Angst als Persönlichkeits-Eigenschaft.
- Es gibt bereits einige Versuche, Angst oder Ängstlichkeit als Persönlichkeits-Eigenschaft aufzufassen. Hierbei hat sich ein dimensionaler Ansatz im Gegensatz zu einer Kategorisierung bewährt. Persönlichkeits-Modelle der Psychologie, die dimensional konzipiert sind, zeigen im Wesentlichen eine Übereinstimmung in der Annahme, dass es eine Art genetischer Disposition zur „Ängstlichkeit“ gibt, die bei starker Ausprägung (Dimensionierung) eine Schwachstelle (vulnerabler Bereich) in der psychischen Konstitution darstellt und dann in der späteren Entwicklung zum Kristallisations-Punkt einer Angst-Störung werden kann.

- Es ist unbestritten, dass Menschen, die unter vermehrten Ängsten leiden, die Welt anders und teilweise verzerrt wahrnehmen.
- Auf Dauer gesehen wird aus dieser verzerrten Wahrnehmung dann eine falsche „Bewertung“ der äußeren Welt.
Man spricht in der kognitiven Therapie von der Entwicklung und Einnistung sogenannter „**maladaptiver kognitiver Schemata**“, also einer Art verinnerlichter „Vorurteile“ oder zumindest „Fehlurteile“ über die Gefährlichkeit der Welt.
- In einem weiteren Schritt kommt es dann zu einem **unangemessen starken „Vermeidungs-Verhalten“**, um diesen vermeintlich drohenden Gefahren auszuweichen.
- Dieses „Vermeidungs-Verhalten“ wiederum führt zu einer mehr oder weniger starken, oft fortschreitenden Einengung des Aktions-Radius und der Aktivitäten überhaupt, im weiteren Schritt oft zu Rückzug und Isolation.
Der Betreffende bleibt in der Regel mehr oder weniger weit hinter seiner eigentlichen gesellschaftlichen Leistungs-Fähigkeit zurück.
Der Erwerb einer verlässlichen Sozialkompetenz wird dadurch erschwert oder sogar verhindert.

Entwicklungs-Modelle

Aus der Entwicklungs-Psychologie und aus der täglichen Erfahrung mit Kindern ist bekannt, dass es gewisse „typische“ und „altersgebundene“ Ängste gibt, z. B. das „Fremdeln“, die „Trennungs-Angst“, die „Schul-Angst“, „Tier-Ängste“.

Er weist darauf hin, dass Zusammenhänge bestehen zwischen

- ▶ dem späteren Auftreten von Panik-Störung oder Agoraphobie einerseits und frühkindlichen Trennungs-Ängsten bzw. Trennungs-Ängsten und Schul-Phobie andererseits
- ▶ dem späteren Auftreten einer generalisierten Angst-Störung einerseits und frühen familiären Traumatisierungen „(Konflikte zwischen den Eltern, Konflikte mit den Eltern, sexuelle Traumatisierungen, mangelhafte Aufmerksamkeit, niedriges Prestige der Familie, stärkere körperliche Züchtigungen)“ resp. Aufwachsen in einer Alkoholiker-Familie andererseits
- ▶ dem späteren Auftreten von Phobien einerseits und kindlicher Angst vor Beschämung bei hohen elterlichen Ansprüchen, sozialphobischem Vorbild-Verhalten der Mütter oder übertriebener Besorgnis der Eltern vor Kritik durch Außenstehende andererseits.

- Der lerntheoretische Ansatz geht davon aus, dass Ängste durch (klassische und operante) „Konditionierung“ entstehen im Sinne von pathologischen (=krankhaften, unangemessenen) Angst-Reaktionen auf ursprünglich neutrale Stimuli, die durch zeitliche und/oder räumliche Kontingenz zu einer realen angstauslösenden Situation im Rahmen von Lern-Erfahrungen zu einem konditionierten Angst-Stimulus werden. Durch Vermeiden dieser Situation wird der Stimulus vermieden und damit auch die Angst reduziert. Das führt zu einer negativen Verstärkung des Vermeidungs-Verhaltens, d. h. der Betreffende „lernt“, dass das Vermeiden gut für ihn ist, indem es ihn vor aufkommenden Ängsten schützt.
- Wie bei den kognitiven Schemata handelt es sich um ein fehladaptiertes, d. h. nicht wirklichkeitsgerechtes Lernen, bei dem zwischen der eigentlichen Angst-Quelle und dem symbolischen Stimulus nicht mehr unterschieden werden kann. Aufgrund der anhaltenden Vermeidung bleibt eine korrigierende Lern-Erfahrung aus, sodass sich pathologische Angst-Reaktion „etabliert“.
- Bei der Panik-Störung spielt eine positive Rückkopplung „zwischen körperlichen Sensationen (z. B. wahrgenommene Veränderung der Herz-Rate) und kognitiven Bewertungs-Vorgängen als Gefahr (z. B. „drohender Herz-Infarkt“) mit einer hieraus resultierenden eskalierenden Angst-Reaktion“ eine große Rolle.
- Eine wichtige Bedeutung insbesondere bei der Entstehung einer generalisierten Angststörung, aber auch einer Panik-Störung kommen schwerwiegenden, negativen (und traumatisierenden) Lebens-Ereignissen (sogenannte „*life events*“) zu.

Psychodynamische Modelle 1

- ▶ Die unmotivierte, nicht objektgebundene Angst kann als existentielle Angst (Untergrund-Angst) im normalen und nichtneurotischen Seelen-Leben als allgemeine Grunderfahrung des Menschen vorkommen.
Sie kann aber bei der Angst-Neurose auch Leit-Symptom einer neurotischen Entwicklung sein; doch muss hier stets vorrangig eine endogene, schizophrene oder zykllothyme Erkrankung ausgeschlossen werden.
- ▶ Bei der Angst-Neurose tritt die Angst bei den hilflos-anklammernd erscheinenden Patienten als mit vegetativen Symptomen einhergehender Angst-Anfall (der phänomenologisch der „neurotischen Herz-Phobie“ und den „dysästhetischen Krisen“ bei endogenen Psychosen entsprechen kann) oder als nicht auf ein bestimmtes Objekt bezogenes, frei flottierendes, intensives, länger anhaltendes Angst-Syndrom auftritt.
- ▶ Freud nahm ursprünglich als Ursache einen aktuellen Konflikt in Form sexueller Frustration mit Umsetzung verdrängter Libido in einen Angst-Affekt an, z. B. bei Coitus interruptus oder Aufgabe von Ipsation (Onanie).
Später und bis heute denkt man mehr an Trennungs-Ängste (Verlassen-Werden und dadurch bedingte Hilflosigkeit) bei Menschen, die in der Biographie Züge von Trennungs-Empfindlichkeit (angstneurotische Familien-Konstellation) zeigen und stark von Schutz-Figuren abhängig sind; ähnlich wie bei der Herz-Phobie kann die Anwesenheit von Schutz-Figuren, z. B. eines Arztes, das Symptom beheben.

- ▶ Angstneurotische Symptome kommen für sich allein oder kombiniert mit anderen neurotischen Erscheinungen, z. B. auch mit – lokalisierten – Phobien vor. Übereinstimmung besteht darin, dass Angst-Neurosen wie Phobien Ausdruck ungelöster Konflikte sind, wobei besonders die unbewusste Angst, Zuwendung zu verlieren, alleingelassen zu werden, Aggressions-Hemmung und Verkehrung ins Gegenteil eine Rolle spielen.
- ▶ Sigmund Freud kannte das Phänomen Angst in zwei Zusammenhängen:
 - ▶ als Ausdruck bzw. als Folge eines innerpsychischen Konfliktes, etwa zwischen einem verbotenen triebhaften Impuls und einem strengen Gewissen. Angst resultiert hiernach durch die unvollständige Unterdrückung einer Wunschregung, z. B. eines sexuellen Verlangens und der Angst vor Bestrafung, sie ist Ergebnis eines Abwehrvorganges.
 - ▶ als Signal-Angst. In dieser Funktion signalisiert die Angst dem Ich das Vorhandensein einer inneren Bedrohung, z. B. durch ähnliche Konflikte wie oben genannt. Sie steht dann am Beginn einer Schutz-Maßnahme durch das Ich und ist somit Initiator eines Abwehr-Vorganges.
- ▶ Nach psychoanalytischem Verständnis handelt es sich bei der Ausbildung einer **Phobie** in allererster Linie um eine aktive psychische Leistung und zwar im Besonderen um das Ergebnis einer intrapsychischen Abwehr: angsterregende Bewusstseinsinhalte werden verdrängt, wobei an die Stelle der ursprünglichen Inhalte (es kann sich um Vorstellungen oder Gefühle handeln) belanglose äußere Situationen gesetzt werden.

Psychodynamische Modelle 3

- Die Angst wird also an einen anderen „harmlosen“ Ort verschoben, dem der „eigentliche (verbotene und deshalb angstbesetzte und verdrängte) Inhalt“ nicht mehr angesehen und zugeordnet werden kann.
Die Verschiebung ist selbst für den Betreffenden selber nicht mehr bewusst, auch er staunt, wo die Angst herkommt. Es ist zu beachten, dass die Phobie mehr als einfache Verdrängung ist. Diese würde zu einer akzeptablen Lösung nicht ausreichen.
- Durch die Verdrängung des spezifischen Vorstellungs-Inhaltes erfährt nämlich die vorher gebundene und gerichtete Furcht eine Regression zu einer ungebundenen entdifferenzierten diffusen Angst, die wegen des freien Flottierens äußerst schlecht zu ertragen ist. In einer zweiten Phase muss daher der Hauptabwehr-Mechanismus des phobischen Modus, nämlich die **Verschiebung**, zum Einsatz kommen, wodurch „künstlich“ die Bindung an einen neuen Inhalt erreicht wird.
Eine Form der Angst wird als Abwehr gegen eine andere Angst benutzt.
- Der Vorteil des Verschiebungs-Mechanismus liegt darin, dass aus der ursprünglichen inneren Gefahr eine äußere konstruiert wird: eine äußere Gefahr hat den „Vorteil“, dass sie leichter vermieden werden kann als eine innere.
- Wie bei allen neurotischen Lösungs-Versuchen handelt es sich auch bei der Phobie um einen Kompromiss, der darin besteht, dass auf der einen Seite die verbotenen Wünsche und Strebungen unbewusst bleiben können und nicht wirksam werden, auf eine verzerrte Weise, nämlich als phobische Reaktion, aber dennoch partiell ausgelebt werden können.

(Neuro-) Biologische Modelle 1

- ▶ **Schilddrüsen-Fehlfunktionen:** Sowohl eine Überfunktion (Ursache: meist Morbus Basedow oder Schilddrüsen-Autonomie) als auch eine Unterfunktion (Ursache: meist Hashimoto-Thyreoiditis) der Schilddrüse können zu Angst und Panikattacken führen. Dies kann bei Hashimoto auch im Anfangs-Stadium vorkommen, wenn die Labor-Werte noch unauffällig sind.
- ▶ **Das neuroanatomische Modell:**
Bei der Angstregulation sind vor allem
 - ▶ der Hirnstamm (Locus caeruleus, Raphe-Kerne, Nucleus paragigantocellularis)
→ Regelung des Niveaus des Arousals (der Erregung)
 - ▶ das sogenannte „limbische System“ aus Amygdala (Angst-Entstehung), Hippocampus, Nuclei septi und Hypothalamus
→ Induktion und Modifikation von Angst
 - ▶ der präfrontale Cortex
→ Integration von Informationen aus verschiedenen Hirn-Arealen, Bewertung, Planung beteiligt.

(Neuro-) Biologische Modelle 2

Das Neurotransmitter-/Rezeptor-Modell:

In der Pathophysiologie von Ängsten wird die Rolle verschiedenster Neurotransmitter-Systeme (chemische Botenstoff-Systeme) diskutiert. Es handelt sich dabei um

- **das GABA-System:** Der GABA-Rezeptor ist sehr weit im Gehirn und Rückenmark verbreitet und der wichtigste inhibitorische (hemmende) Rezeptor im ZNS. Im Thalamus wirkt GABA an der Einleitung und Aufrechterhaltung des Schlafs. Die inhibitorische Gamma-Aminobuttersäure (GABA) ist der am meisten mit Angst-Störungen und deren medikamentöser Behandlung in Verbindung gebrachte Transmitter. Die Substanz-Gruppe der „Benzodiazepine“ setzt mehrheitlich am sogenannten GABA-A-Rezeptor-Komplex an, bewirkt dort über die Freisetzung von Chloridionen eine Hyperpolarisation der Rezeptor-Membran, was zu einer Verstärkung der gaba-ergen Hemmung der Ansprechbarkeit des Rezeptors gegenüber erregenden Impulsen führt. Dieser indirekte Effekt der Verstärkung einer gaba-ergen Hemmung durch Benzodiazepine führt klinisch zur Reduktion der Angst-Symptomatik.
- **das serotonerge System:** Verschiedene Serotonin-Rezeptoren (5-HT_{1A}-Rezeptor sowie 5-HT₂- und 5-HT_{1C}) des serotonergen Systems sind ebenfalls an der Angst-Modulation beteiligt. Deshalb wirken folgende Substanzen angstlösend (anxiolytisch)
 - Buspiron
 - Imipramin, MAO-Hemmer, Trazodon
 - SSRI, MAO-Hemmer
- **das noradrenerge System** ist wesentlich für die körperlichen Begleit-Symptome bei Angst-Zuständen verantwortlich und wird über postsynaptische β_1 -Rezeptoren vermittelt.
- sogenannte exzitatorische (=Rezeptor-anregende) Aminosäuren
- andere Neurotransmitter.

Therapie der Angst (TdA)

- Tiefen-Psychologie
- Verhaltens-Therapie
- Medikamente

- ***Psychoanalytische und tiefenpsychologische Behandlungsmethoden*** basieren auf den theoretischen Grundannahmen der Psychoanalyse, denen zufolge die Angst-Symptomatik Ausdruck eines unbewussten Konfliktes mit misslungener Kompromiss-Lösung ist.
- Die Aufdeckung dieses Konfliktes und das „Durcharbeiten“ unter Reaktivierung der ursprünglichen Affekte soll den Angst-Affekt dann überflüssig machen und wieder zum Verschwinden bringen.

- Bei der **Verhaltens-Therapie** der Phobien, Angst- und Panik-Störungen geht es v. a. darum, sich den Ängsten und angstbesetzten Situationen gezielt und in zunehmender Dosis auszusetzen, bis alle zuvor gemiedenen Situationen wieder in Besitz genommen und in das normale Leben integriert werden können.
Man bedient sich hierzu der Reiz-Konfrontation, die in zwei Formen ablaufen kann.
- **Reiz-Überflutung („flooding“):**
Es erfolgt unter paralleler therapeutischer Begleitung eine Konfrontation mit einer maximal angstausslösenden Situation, die solange ausgehalten werden muss, bis eine physiologische Gewöhnung eintritt und der Patient lernt, dass die gefürchteten katastrophalen Folgen ausbleiben.
Auf dieses Verfahren wird im deutschsprachigen Raum inzwischen wegen ethischer Bedenken weitgehend verzichtet.
- **Abgestufte Reiz-Exposition:** systematische Desensibilisierung durch stufenweise gesteigerte Reizexposition, bis alle Hierarchie-Stufen bis zum Maximum durchlaufen wurden.
- Bei der **Kognitiven Therapie**, die häufig mit klassischen verhaltenstherapeutischen Verfahren kombiniert wird, soll der Patient seinen Denk- und Bewertungs-Stil ändern.
Theoretische Grundlage ist die Annahme, dass vor allem eine „Fehlbewertung“ der angstausslösenden Situation die heftige Angst und Vermeidungs-Reaktion hervorruft und immer weiter verstärkt.
Dabei kann die Frage nach der Finalität der Angst sehr hilfreich sein:
Was möchte der Patient mit seiner Angst (unbewusst) erreichen.

- ▶ Meist werden zunächst Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) angewandt, welche die höchste Wirksamkeit bewiesen haben.
Bei Nichtansprechen kann man auch Buspiron, trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmer versuchen.
Vielfach werden auch Benzodiazepine verwendet, die anfangs gut wirken, aber zur Gewöhnung führen können und schon nach wenigen Wochen die Gefahr einer Abhängigkeit beinhalten.
Generell sind die Erfolgs-Aussichten für eine medikamentöse Behandlung schlechter als bei Depressionen oder Schizophrenien.
Die Gefahr des Wiederauftretens von Symptomen nach Absetzen der Medikamente ist hoch.
- ▶ Zum Einsatz kommen:
 - ▶ Antidepressiva
 - ▶ SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)
 - ▶ SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer)
 - ▶ trizyklische Antidepressiva, z. B. Imipramin oder Clomipramin
 - ▶ reversibler MAO-Hemmer Moclobemid
 - ▶ irreversibler MAO-Hemmer Phenelzin
 - ▶ Buspiron
 - ▶ kurzzeitig: Benzodiazepine, z. B. Alprazolam, Clonazepam und Lorazepam
- ▶ Um das Abhängigkeits-Risiko auf ein Minimum zu reduzieren, sollten Benzodiazepine nur nach sorgfältiger Prüfung der Indikation verschrieben und über möglichst kurze Dauer eingenommen werden.
Ob eine Weiterführung der Behandlung notwendig ist, muss regelmäßig überprüft werden.

Panik-Störung: Kennzeichen (F41.0)

F41

- ▶ Wiederkehrende, unerwartete, plötzliche, anfallsweise schwere Angst-Attacken (Panik), die nach **10 bis 30 Minuten wieder abnehmen** (Sie beschränken sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände, treten also in unterschiedlichen Situationen und unter unterschiedlichen Umständen auf.)
- ▶ ausgeprägte körperliche/vegetative Symptome wie
 - ▶ Atem-Not (Erstickungs-Gefühle) und Beklemmungs-Gefühl in der Brust (Brust-Schmerz)
 - ▶ Schwindel als Unsicherheits- und Ohnmachts-Gefühl,
 - ▶ plötzlich auftretendes Herz-Klopfen
 - ▶ Schwitzen (kalter Schweiß),
 - ▶ Zittern,
 - ▶ Magen-Darm-Beschwerden (Brech-Reiz, Übelkeit, Durchfälle, Darm-Krämpfe etc.),
 - ▶ Entfremdungs-Gefühle als Depersonalisation und Derealisation,
 - ▶ Furcht zu sterben (Hirn-Schlag oder Herz-Infarkt), vor Kontroll-Verlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden
- ▶ Bei mindestens einer Attacke folgt ein Monat lang mindestens ein Symptom, z. B.
 - ▶ Besorgnis über weitere Attacken: Person entwickelt Erwartungs-Angst (Angst vor der Angst), wodurch nächste Attacke gebahnt wird
 - ▶ Sorgen über Bedeutung der Attacken
 - ▶ Deutliche Verhaltens-Änderungen infolge der Attacken
- ▶ Orte, an denen die Attacke aufgetreten ist, werden gemieden (zusätzlich etwa Agoraphobie)

Panik-Störung (F41.0)

F41

- **Prävalenz:**
 - Angst- und Panik-Störung **circa 2 - 3 %**
(inkl. Herz-Phobie – Männer im mittleren Alter)
 - Circa 10% einzelne Attacken
- **Erstmanifestation oft im 3. Lebens-Jahrzehnt** (vor dem 30. Lebens-Jahr)
- **Prognose:** Nimmt unbehandelt einen chronischen Verlauf
- Die Panik-Störung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panik-Attacken an einer depressiven Störung leidet.
Unter diesen Umständen sind die Panik-Attacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.
- **Inkl.:** Panik-Attacke, Panik-Zustand
Exkl.: Panik-Störung mit Agoraphobie (F40.01)
- **Panik-Störung mit Agoraphobie (F40.01)**
 - Symptome der Panik-Störung
 - Angst an Orten oder in Situationen zu sein,
 - von denen eine Flucht schwierig oder peinlich sein könnte oder
 - wo im Falle einer Panik-Attacke keine Hilfe verfügbar wäre
 - Die Situationen werden
 - gemieden oder
 - nur mit deutlichem Unbehagen durchgestanden oder
 - nur in Begleitung aufgesucht
 - **Prävalenz:** Panik mit Agoraphobie bei **Frauen doppelt so häufig wie bei Männern**

Generalisierte Angst-Störung (F41.1)

F41

- **frei flottierende Angst** (generalisiert, nicht auf bestimmte Umgebungs-Bedingungen beschränkt oder auch nur besonders betont in solchen Situationen)
- Angst ist ständig da und **hält über 6 Monate an**
- **Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Sorgen** (Man macht sich über alles Mögliche Sorgen. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.)
- auch durchsetzt mit **Panikattacken** = unerwartet, ohne Zusammenhang zur angstauslösenden Situation
- **Bedeutsame Beeinträchtigung** beruflich oder privat
- **Mindestens 3 der Symptome:**
 - Konzentrations-Schwierigkeiten
 - Muskel-Anspannung
 - Schlaf-Störungen
 - Ruhelosigkeit
 - Ermüdbarkeit
 - Reizbarkeit
- einhergehend mit starken körperlichen Symptomen, wobei die **wesentlichen Symptome variabel sind**. Beschwerden gehören zu diesem Bild wie
 - ständige Nervosität,
 - Zittern,
 - Schwitzen,
 - Benommenheit,
 - Herzklopfen,
 - Schwindelgefühle oder
 - Oberbauchbeschwerden.
- **Inkl.:** Angst-Neurose, Angst-Reaktion, Angst-Zustand
- **Prävalenz: 8,5 %**

Zwangs-Störungen (F42)

- Allgemein
- Vorwiegend Zwangs-Gedanken (F42.0)
- Vorwiegend Zwangs-Handlungen (F42.1)
- Differentialdiagnose
- Komorbiditäten
- Zwänge als Symptom anderer Erkrankungen
- Zwangs-Ursachen
- Verhaltenstherapeutische Modelle 1
- Verhaltenstherapeutische Modelle 2
- Tiefenpsychologische Modelle
- Biologische Modelle 1
- Biologische Modelle 2
- Verhaltens-Therapie
- Psychopharmakotherapie
- Kombinations-Therapie
- Unterstützende Maßnahmen

- Wesentliche Kennzeichen sind **wiederkehrende Zwangs-Gedanken und Zwangs-Handlungen**.
Prävalenz: 2%
- **Zwangs-Gedanken** sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden.
Sie werden von den Betroffenen meist als sinnlos erlebt.
- **Zwangs-Handlungen** oder Zwangs-Rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Beim Versuch, Zwangs-Handlungen zu unterlassen, treten innere Anspannung und Angst auf. Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangs-Handlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich. Zwangs-Handlungen können im Zusammenhang mit postpartalen Depressionen und /oder postpartalen Psychosen auftreten.
- **Inkl.:** Anankastische Neurose, Zwangs-Neurose
Exkl.: Zwangs-Persönlichkeit(störung) ([F60.5](#))

- **Definition:** Diese können die Form von zwanghaften Ideen, bildhaften Vorstellungen oder Zwangs-Impulsen annehmen, die fast immer für die betreffende Person quälend sind. Manchmal sind diese Ideen eine endlose Überlegung unwägbarer Alternativen, häufig verbunden mit der Unfähigkeit, einfache, aber notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen.
- Die Beziehung zwischen Grübel-Zwängen und Depression ist besonders eng.
- Eine Zwangs-Störung ist nur dann zu diagnostizieren, wenn der Grübel-Zwang nicht während einer depressiven Episode auftritt und anhält.
- **Zwangs-Gedanken:** In einer Untersuchung wurden die Themen der Zwangs-Gedanken von Betroffenen erfragt. Am häufigsten wurden dabei genannt:
 - Schmutz oder Verseuchung (menschliche o. a. Exkrememente, Schmutz, Staub, Samen, Menstruations-Blut, Keime, Infektionen)
 - Gewalt und Aggression (körperlicher oder verbaler Angriff auf sich selbst oder andere Personen; Unfälle, Missgeschick, Krieg, Katastrophen, Tod)
 - Ordnung (Ordentlichkeit, Symmetrie-Bestrebungen in der Ausrichtung von Gegenständen usw.)
 - Religion (Existenz Gottes, religiöse Praktiken und Rituale, Glaubens-Sätze, moralische Einstellungen) oder Magie
 - Sexualität (sexuelle Handlungen an sich oder anderen, inzestuöse Impulse, sexuelle Leistungs-Fähigkeit)

Vorwiegend Zwangs-Handlungen (F42.1)

F42

Definition: Die meisten Zwangshandlungen (Zwangs-Rituale) beziehen sich auf Reinlichkeit (besonders Hände-Waschen), wiederholte Kontrollen, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann, auf Themen wie Schmutz und Ordnung wie Waschwang, Kontrollzwang, Zählzwang und Putzzwang und andere Formen übertriebener Ordnung und Sauberkeit.

Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Patienten bedroht oder von ihm ausgeht; das Ritual ist ein wirkungsloser oder symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden.

Zwangs-Impulse selbst- und fremdschädigender Art werden durch Rituale reguliert/unterdrückt.

- Ein Zwangs-Neurotiker hat pathologische Schuld-Gefühle.
Nach Freud Ursprung in der analen Phase (oral, anal, phallisch-ödipal, latenz, genital)
- Auftreten in der Adoleszenz – 90 % vor dem 40-sten Lebensjahr
- Impulse, Gedanken, Handlungen drängen sich auf – charakteristischerweise von Patienten als unsinnig apostrophiert
- Die Zwangs-Handlung wird als unangenehm erlebt
- **Mindestens zwei Wochen anhaltende Störung** (an den meisten Tagen)
- Bei Unterlassen/Nichtausführung unerträgliche, starke Ängste.
- Angst muss in ein Ritual gepackt werden

- Gelegentliche **Panik-Attacken** oder leichte **phobische Symptome** sind mit der Diagnose vereinbar. Obwohl bei den Zwangs-Störungen auch Ängste eine Rolle spielen, zählen sie nicht zu den Angst-Störungen im engeren Sinne.
- **Abgrenzung zur Schizophrenie:** Patienten mit Zwängen haben kein erhöhtes Risiko gegenüber der Allgemein-Bevölkerung, an einer Schizophrenie zu erkranken. Allerdings treten Zwänge auch im Rahmen von Schizophrenien auf. Bei Patienten, die an einer Schizophrenie leiden, scheint das Vorliegen von Zwangs-Symptomen die Prognose hinsichtlich Lebens-Qualität und Arbeits-Fähigkeit zu verschlechtern.
- **Abgrenzung zur zwanghaften Persönlichkeits-Störung:** Es besteht kein nachweisbarer Zusammenhang zwischen einer symptomatischen Zwangs-Störung und einer zwanghaften Persönlichkeits-Störung. Während die Zwanghaftigkeit im Rahmen der zwanghaften/anankastischen Persönlichkeits-Störung vom Betroffenen als „ich-synton“, also als mit seiner Person vereinbar empfunden wird, wird die symptomatische Zwangs-Störung vom Betroffenen als „ich-dyston“, also als ich-fremd und der Person nicht zugehörig empfunden.
- **Zwangs-Symptome bei einer Tic-Störung (F95), beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (F95.2) und bei organischen psychischen Störungen (F06)** werden *nicht* als Zwangs-Störung diagnostiziert, sondern als Teil der entsprechenden Störungs-Bilder betrachtet. Ebenso führen Tic-Symptome im Rahmen einer Zwangs-Störung nicht zwangsläufig zu einer Diagnose des Tourette-Syndroms, da auch im Rahmen einer Zwangs-Störung Tic-Symptome auftreten können.
- Des Weiteren sind **Stereotypien bei Autismus (F84.0)** zu unterscheiden.
- Reine Zwangs-Gedanken können auch in Zusammenhang mit **postpartalen Depressionen (F53)** und/oder **postpartalen Psychosen** auftreten. In der Regel fürchtet die Mutter, sie könne das Neugeborene schädigen.

- ▶ Wie auch bei anderen Angst-Störungen ist bei der Zwangs-Störung zu beobachten, dass sie häufig gemeinsam mit anderen affektiven Störungen und Angst-Störungen auftritt. Die Zwangs-Störung tritt am häufigsten in Kombination mit Depression (F32), Panik-Störung (F41.0) und sozialer Phobie (F40.1) auf. Rund 80 Prozent der Betroffenen weisen depressive Symptome auf, die aber nicht immer die Diagnose „Depressionen“ rechtfertigen. Ein gutes Drittel leidet mindestens einmal im Leben an einer Depression. Bei 12 % der Kranken tritt die **körperdysmorphie Störung** auf.
- ▶ Bei 50 Prozent der Betroffenen liegt gleichzeitig eine **Persönlichkeits-Störung** vor. Die unter den Erkrankten am häufigsten auftretenden Persönlichkeits-Störungen sind die abhängige (asthenische) (F60.7) und die selbstunsicher-vermeidende (F60.6). Eine komorbide zwanghafte Persönlichkeits-Störung liegt dagegen deutlich seltener vor. Generell weisen Zwangs-Kranke häufig problematische Interaktions-Muster bzw. Persönlichkeits-Züge auf.
- ▶ Tic-Symptome (F95) treten auch im Rahmen von Zwangs-Störungen bisweilen auf. Diese können je nach Art und Ausprägung der Zwangs-Störung selber zugeordnet oder als separate Tic-Störung bzw. als Tourette-Syndrom (F95.2) diagnostiziert werden.
- ▶ Vor allem im angelsächsischen Wissenschafts-Betrieb wird zudem seit einigen Jahren das Konzept des „**Zwangs-Spektrums**“ diskutiert. Dabei wird postuliert, dass gewisse Erkrankungen, die sowohl in der DSM-IV als auch in der ICD-10 zumeist anderen Kategorien zugeordnet werden, aufgrund ihrer Charakteristika auch als Ausprägungen eines Spektrums von zwangsähnlichen Erkrankungen angesehen werden können. Hierzu zählen insbesondere: bestimmte Formen der Hypochondrie mit körperdysmorpher Störung (F45.2), Anorexia nervosa (F50.0), Depersonalisations-Störung (F48.1), Tourette-Syndrom (F95.2), Trichotillomanie (F63.3), **Hoarding** (Tierhortung, Messie-Syndrom) und pathologisches Spielen (F63.0).

- ▶ Das Vorhandensein von Zwangs-Symptomen muss nicht gleich das Vorhandensein einer Zwangs-Störung bedeuten. Zwangs-Gedanken und Zwangs-Handlungen können unabhängig von der klassischen Zwangs-Störung auch als Symptome im Rahmen anderer neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen vorkommen.
- ▶ In der englischsprachigen Wissenschafts-Literatur ist in diesem Fall von „Obsessive Compulsive Symptoms“ bzw. „OCS“ die Rede. Unter anderem ist dies der Fall im Rahmen
 - ▶ des Tourette-Syndroms (F95.2),
 - ▶ des Autismus (F84.0),
 - ▶ bei **Hirnschäden**,
 - ▶ bei Schizophrenie (F20) sowie
 - ▶ bei neuropsychiatrischen Symptomen wie PANS/PANDAS (Streptokokken-Infektion).In der Regel sprechen die Zwangs-Symptome in diesen Fällen auf eine Behandlung der verursachenden Grunderkrankung an.



- ▶ Bis in die 1960-er Jahre beherrschten psychoanalytische Erklärungs-Modelle das Bild der Zwangs-Störung. Nach der Entwicklung verhaltenstherapeutischer Entstehungs-Theorien in der zweiten Hälfte des zurückliegenden Jahrhunderts stehen, einhergehend mit der medizintechnischen Entwicklung, in den letzten Jahren v. a. die genetischen und neurophysiologischen Zusammenhänge (Physiologische Grundlagen der Zwangsstörung) im Fokus der Forschung.
- ▶ Der aktuelle Forschungs-Stand legt nahe, dass ein individuell unterschiedliches Zusammenwirken aus genetischer Veranlagung, Hirn-Stoffwechsel-Störung und psychischen Ursachen (z. B. biographische Faktoren oder Stress) der Grund für die Entwicklung einer Zwangs-Erkrankung ist. Eine einzige isolierte Ursache kennt man bis heute nicht.

- ▶ In der Verhaltens-Therapie erklärt man die Entstehung von Zwangs-Symptomen über das lerntheoretische Modell und die Begriffe des klassischen und operanten Konditionierens.
- ▶ Ein ursprünglich neutraler Reiz, z. B. Schmutz, wird durch Kopplung an einen angstbesetzten Stimulus zu einem stellvertretenden Auslöser für die Empfindung von Angst oder Abneigung.
- ▶ Als Folge treten Zwangs-Handlungen (oder auch Zwangs-Gedanken) auf, um die Angst zu reduzieren/neutralisieren.
- ▶ Durch die damit verbundene negative Verstärkung werden aber gerade diese Zwangs-Handlungen operant konditioniert, d. h. sie werden verstärkt.
- ▶ Dieser Erklärungs-Ansatz entspricht der sog. Two-Factory-Theorie von Mowrer und erklärt auf lerntheoretischer Basis die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen und Ängsten.

- Eine **kognitiv-verhaltenstherapeutische** Theorie geht davon aus, dass Zwangs-Störungen durch die negative Bewertung von sich aufdrängenden Gedanken, die auch bei gesunden Menschen von Zeit zu Zeit auftreten, und deren (anschließende) Vermeidung entstehen. Die Vermeidung der auftretenden Gedanken kann kognitiv oder auf Verhaltens-Ebene geschehen: Entweder wird versucht, die Gedanken zu unterdrücken oder sie durch Handlungen zu „neutralisieren“ (bspw. bei Angst vor Kontaminationen durch Hände-Waschen). Beide Vermeidungs-Reaktionen führen jedoch nicht zu den erwünschten Effekten: Die Neutralisierungs-Handlung führt nur kurzfristig zu einer Erleichterung, da sich die Gedanken, die das Verhalten ausgelöst haben, weiterhin aufdrängen. Jedoch hat die Person gelernt, dass sie sich durch die Handlung, wenn auch nur kurzfristig, Erleichterung verschaffen kann. Das Verhalten wird somit negativ verstärkt. Gedankliches Unterdrücken hat andererseits einen paradoxen Effekt: Durch aktives Unterdrücken verstärken sich Gedanken noch („rebound effect“).
- Die kognitionspsychologische Forschung identifizierte mehrere Faktoren, warum „normale“ Gedanken von Menschen mit Zwangs-Störungen als so störend empfunden werden:
 - **Depressive Stimmung:** Stärkere depressive Stimmung bei diesen Menschen führt zu einer Erhöhung in der Anzahl und Stärke von unerwünschten Gedanken.
 - **Strenger Verhaltens-Kodex:** Außerordentlich hohe Moral-Maßstäbe tragen dazu bei, dass insbesondere sexuelle und aggressive Gedanken viel weniger akzeptiert werden können.
 - **Dysfunktionale Überzeugungen von Verantwortlichkeit und Schaden:** Menschen mit Zwangs-Störungen glauben, dass ihre störenden negativen – vollkommen normalen – Gedanken sie selbst oder andere schädigen könnten.
 - **Dysfunktionale Überzeugungen und Gedanken-Muster:** Menschen mit Zwangs-Störungen haben fehlangepasste Vorstellungen darüber, wie das menschliche Denken funktioniert, da sie annehmen, sie könnten unangenehme Gedanken *kontrollieren*.

- ▶ Psychoanalytiker gehen davon aus, dass sich Zwangs-Störungen dann entwickeln, wenn Kinder ihre eigenen Es-Impulse zu fürchten beginnen und Abwehr-Mechanismen einsetzen, um die resultierende Angst zu verringern. Der Kampf zwischen Es-Impulsen und Angst wird auf bewusster Ebene ausgetragen. Die Es-Impulse erscheinen gewöhnlich als Zwangs-Gedanken, die Abwehr-Mechanismen als Gegengedanken oder Zwangs-Handlungen.
- ▶ **Freud** postulierte, dass manche Kinder in der sogenannten analen Phase (mit etwa zwei Jahren) intensive Wut und Scham empfinden. Diese Gefühle heizen den Kampf zwischen Es und Ich an und stellen die Weichen für Zwangs-Störungen. In diesem Lebens-Abschnitt ist Freud zufolge die psychosexuelle Lust der Kinder an die Ausscheidungs-Funktion gebunden, während zugleich die Eltern mit der Sauberkeits-Erziehung beginnen und von den Kindern analen Befriedigungs-Aufschub fordern. Wenn die Sauberkeits-Erziehung zu früh einsetzt oder zu streng ist, kann dies bei den Kindern Wut auslösen und zur Entwicklung *aggressiver Es-Impulse* führen – antisozialer Impulse, die immer wieder nach Ausdruck drängen. Die Kinder beschmutzen vielleicht ihre Kleidung erst recht und werden allgemein destruktiver, schlampig oder dickköpfig. Wenn die Eltern diese Aggressivität unterdrücken, kann das Kind auch Scham- und Schuld-Gefühle sowie das Gefühl, schmutzig zu sein, entwickeln. Gegen die aggressiven Impulse des Kindes stellt sich jetzt ein starker Wunsch, diese Impulse zu beherrschen. Dieser heftige Konflikt zwischen Es und Ich kann sich das ganze Leben lang fortsetzen und sich schließlich zu einer Zwangs-Störung auswachsen.
- ▶ Zahlreiche **Ich-Psychologen** wandten sich von Freud ab und führten die aggressiven Impulse nicht auf die strenge Sauberkeits-Erziehung zurück, sondern auf ein unbefriedigtes Verlangen nach Ausdruck des eigenen Selbst oder auf Versuche, Gefühle wie Angst vor Verwundbarkeit oder Unsicherheit zu überwinden. Sie stimmen mit Freud aber darin überein, dass Menschen mit einer Zwangs-Störung starke aggressive Impulse sowie ein konkurrierendes Kontroll-Bedürfnis gegenüber diesen Impulsen besitzen.

- **Serotonin-Hypothese:** Verschiedene neurochemische Untersuchungen sowie die guten Erfolge mit serotonergen Medikamenten verweisen auf einen Zusammenhang zwischen dem Serotonin-Stoffwechsel im Hirn und dem Auftreten von Zwangsstörungen. Offenbar handelt es sich allerdings um ein zwar therapeutisch-medikamentös zugängliches, aber um ein Begleitphänomen einer primären Störung des orbitofronto/zingulostriatalen Projektionssystems, weshalb die Medikamentengabe nicht wirklich heilend ist. Stattdessen kommt es nach Absetzen der Medikation zu einem Rückfall in die Symptomatik.
- **Dopamin-Hypothese:** Vor allem bei den Zwangsstörungen der an Tic-Syndromen oder am Gilles-de-la-Tourette-Syndrom erkrankten Patienten spielt wahrscheinlich auch das Dopamin bzw. das dopaminerge Transmitter-System eine bedeutsame Rolle. Es gibt Hinweise, dass die Transmitter-Störungen nicht Ursache der Zwangs-Erkrankung sind, sondern Begleit-Erscheinung von primären Störungen im orbitofronto/zingulostriatalen Projektions-System, das das Verhalten an eine sich verändernde äußere Umwelt und innere emotionale Zustände anpasst und auf die monoaminergen Kerne des Mittel-Hirns zurückwirft.
- **Basalganglien-Hypothese:** Es liegen Funktions-Störungen in bestimmten Hirn-Regionen vor, nämlich im Cortex orbitofrontalis und im *Nucleus caudatus* (Teil der Basalganglien).
Diese Befunde werden von der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) gestützt. In positronen-emissions-computertomographischen Studien fand sich sowohl im Bereich des Cortex orbitofrontalis, der beiden Nuclei caudati sowie des Gyrus cinguli ein erhöhter Glucose-Umsatz („erhöhte Glucose-Utilisation“). Gleichzeitig war in diesen Hirn-Arealen die Durchblutung reduziert.

- ▶ **Immunologische Erklärungs-Ansätze:** Eine weitere Entdeckung der vergangenen Jahrzehnte war die Auslösung von Zwangssymptomen durch infektiöse bzw. immunologische Faktoren wie Streptokokken-Infektionen im Kindesalter (PANDA-Syndrom) bzw. durch andere Erreger (PANS/PITAND Syndrom).
In eine neue Richtung weisen Forschungen, die die Frage aufwerfen, ob auch Tic- und Zwangs-Störungen des Erwachsenen-Alters durch Reaktionen auf körpereigene Antikörper ausgelöst werden können. Langzeit-Untersuchungen wiesen eine anhaltende und langfristige Besserung des klinischen Bildes durch die antibiotische Prophylaxe und durch die Prävention von Streptokokken-Infektionen nach. Gegenwärtig gibt es jedoch noch keine Empfehlung zur immunmodulatorischen Therapie bei Zwangs-Erkrankungen. In einer Untersuchung fand sich bei Patienten mit Zwangs-Störung, vergleichbar zur Chorea Sydenham, eine erhöhte Inzidenz von Anti-Basalganglien-Antikörpern. Dies spricht für die Hypothese der Zwangs-Spektrums-Erkrankungen als Folge einer autoimmunen Erkrankung, zumindest bei einer Subgruppe von Patienten.
- ▶ **Genetische Faktoren:** Zahlreiche Studien konnten inzwischen zeigen, dass die Zwangs-Störung moderat erblich ist bzw. dass bestimmte genetische Konstellationen die Entstehung der Erkrankung wahrscheinlicher machen.
Dies erklärt auch ein bisweilen zu beobachtendes familiär gehäuftes Auftreten von Erkrankungen aus dem Zwangs-Spektrum.
Allerdings konnten die relevanten Gen-Abschnitte bisher nicht zweifelsfrei identifiziert werden.

Mit der Verhaltens-Therapie steht ein effektives Vorgehen zur Verfügung.

Eine frühe Behandlung sollte nicht verzögert werden, weil eine Behandlung zu Beginn der Störung erfolgversprechender ist. Für Verhaltens-Therapie (VT), Kognitive Therapie (KT) und Kognitive Verhaltens-Therapie (KVT) haben sich weder in der Wirksamkeit noch in der praktischen Durchführung Unterschiede ergeben.

- **Konfrontation und Reaktions-Verhinderung:** Bei dieser inzwischen gut erforschten Methode werden Patienten wiederholt mit Gegenständen oder Situationen konfrontiert, die normalerweise Angst, zwanghafte Befürchtungen und Zwangs-Handlungen auslösen. Dabei sollen die Zwangs-Patienten jedoch keine der Zwangs-Handlungen ausführen.

Weil dies den Klienten sehr schwer fällt, führt der Therapeut das Verhalten ggf. anfangs modellhaft vor (Modell-Lernen). Konfrontation und Reaktions-Verhinderung wird sowohl in Einzel- als auch in Gruppen-Therapie durchgeführt.

- **Habituations-Training:** Diese Technik wird bei isolierten Zwangs-Gedanken eingesetzt. Die Klienten erhalten die Anweisung, sich den Zwangs-Gedanken oder die Zwangs-Vorstellung ins Bewusstsein zu rufen und eine längere Zeit gegenwärtig zu halten. Bei einer anderen Form konfrontieren sich die Patienten mit den belastenden Zwangs-Gedanken durch das Anhören entsprechender sich wiederholender Sprach-Aufnahmen.

- **Assoziations-Spaltung** ist ein derzeit in der Entwicklung befindliches Modell für Betroffene, die unter Zwangs-Gedanken leiden, welche sie in Worte fassen können. Die Methode baut parallel zu den negativen, quälenden Assoziationen neue neutrale oder positive Verknüpfungen auf. Dadurch werden auf physiologischer Ebene alternative neuronale Bahnungen (Assoziationen) belebt. Die Methode ist als Selbsthilfe-Technik anwendbar.

Zur Behandlung der Zwangs-Störung kommen primär Arznei-Stoffe aus dem Bereich der Psychopharmaka zum Einsatz. Häufig werden mehrere Medikamente kombiniert und es kann einige Zeit in Anspruch nehmen, bis ein Patient wirksam eingestellt ist.

- ▶ **Antidepressiva:** Als wirksam zur Behandlung der Zwangsstörung haben sich in mehreren kontrollierten Studien diejenigen Antidepressiva erwiesen, die überwiegend oder selektiv eine Hemmung der Wiederaufnahme des Botenstoffs Serotonin bewirken. Für die medikamentöse Therapie der Zwangs-Störung gelten einige Besonderheiten:
 - ▶ Es sind meist höhere Dosen als in der Behandlung einer Depression notwendig;
 - ▶ ein Therapieerfolg stellt sich oft erst nach einer Latenz-Zeit von zwei bis drei Monaten ein.
 - ▶ Meist werden nur Besserungen um 40-50 % erreicht;
 - ▶ es ist eine längerfristige medikamentöse Erhaltungstherapie (mindestens 12-24 Monate) erforderlich.
- ▶ Bei alleiniger medikamentöser Therapie ist nach dem Absetzen des Antidepressivums in etwa 90 % der Fälle mit einem Rückfall zu rechnen. Absetzen der Medikamente sollte daher langsam ausschleichend und möglichst nur nach einer parallel durchgeführten Verhaltens-Therapie erfolgen. Eine alleinige medikamentöse Therapie ist indiziert, wenn eine geeignete Verhaltens-Therapie nicht zur Verfügung steht bzw. eine lange Warte-Zeit erfordert oder wenn eine Motivation für eine Verhaltens-Therapie nicht vorhanden ist.
- ▶ **Neuroleptika:** Bei ausbleibendem oder unzureichendem Ansprechen auf SSRI und Clomipramin und insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen von Tic-Störungen, kann als Ergänzung eine zusätzliche Therapie mit den Antipsychotika versucht werden. Bei der Behandlung mit Neuroleptika können Nebenwirkungen auftreten.

- Die aktuelle deutsche Leitlinie zur Zwangs-Störung empfiehlt Patienten mit einer Zwangs-Störung eine störungsspezifische Kognitive Verhaltens-Therapie (KVT) einschließlich Exposition und Reaktions-Management als Psychotherapie der ersten Wahl anzubieten und dass eine medikamentöse Therapie einer Zwangs-Störung mit Verhaltens-Therapie kombiniert werden soll.
- Eine Monotherapie mit Medikamenten (ausschließlich Medikamente ohne begleitende Psychotherapie) sei nur indiziert, wenn
 - Kognitive Verhaltens-Therapie (KVT) abgelehnt wird oder
 - wegen der Schwere der Symptomatik keine KVT durchgeführt werden kann.
 - KVT wegen langer Warte-Zeiten oder mangelnder Ressourcen nicht zur Verfügung steht oder
 - damit die Bereitschaft des Patienten, sich auf weitere Therapie-Maßnahmen (KVT) einzulassen, erhöht werden kann.
- Der Hauptnachteil einer rein medikamentösen Behandlung von Zwangs-Störungen ist, dass die Rückfall-Raten nach dem Absetzen der Medikamente sehr hoch sind und bis zu 90 Prozent betragen können.
Allerdings weisen auch ca. 20% der Patienten nach Verhaltens-Therapien Rückfälle auf.
- Bei optimaler Therapie ist eine Besserung der Beschwerden und des Verlaufs in den meisten Fällen zu erwarten.
- Eine vollständige Heilung ist nur in Ausnahme-Fällen zu erreichen, eine Remission ist jedoch bei konsequenter Behandlung möglich. Besonders bei abruptem Absetzen der Medikation und ungenügender Begleitung ist eine Verschlechterung der Symptomatik wahrscheinlich.

Neben der direkten Behandlung einer Zwangs-Störung kann es sich als hilfreich erweisen, wenn begleitende Hilfsmaßnahmen z. B. das nähere soziale Umfeld einbinden.

Dies kann durch eine **Familien-Therapie**, **Ehe-Beratung** oder **Maßnahmen der sozialen Arbeit** geschehen.

Von besonderer Bedeutung sind zudem folgende Interventionen:

- ▶ **Psychoedukation:** Darunter versteht man die Schulung und Unterweisung von Erkrankten und/oder ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen, um besser mit den Konsequenzen einer Zwangserkrankung umgehen zu können. Das Verständnis für die Ursachen und Auswirkungen der Krankheit kann sich auf die Behandlung des Erkrankten ebenso positiv auswirken wie auf seine sozialen Beziehungen. Auch der im Falle einer Zwangs-Erkrankung bestehenden Gefahr einer sozialen Stigmatisierung kann mit psychoedukativen Verfahren begegnet werden.
- ▶ **Selbst-Hilfe:** Angesichts der großen Behandlungs-Lücke bei Zwang gewinnt die effektive Selbst-Hilfe zunehmend an Bedeutung: nur 40 % bis 60 % der Betroffenen suchen therapeutische Hilfe auf. Die wenigen bisher durchgeführten Effektivitäts-Studien sprechen für den Nutzen von Selbsthilfe bei Zwang. In allen bisherigen Studien zu Selbsthilfe bei Zwang war jedoch wenigstens ein marginaler direkter Therapeuten-Kontakt vorgesehen, was die Übertragbarkeit der erzielten Ergebnisse auf reine Selbst-Anwendung einschränkt. Im deutschen Sprach-Raum liegen eine Reihe von Selbst-Hilfe-Büchern vor.