

Skript für den Systemblock Psyche

(v0.9)

Siegfried Gauggel

01/02/2025

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Preface	5
Disclaimer	5
Nutzung von ChatGPT	5
Aktualisierungen	6
Rückmeldung	6
1. Einführung in den SB Psyche	7
1.1. Organisatorisches zum SB	7
1.2. Überblick über die Inhalte des Systemblocks	7
1.3. Prüfung	8
1.4. Lernziele	11
1.5. Psychische Störungen	11
1.6. Bedeutung psychischer Störungen	14
1.7. Historisches	18
1.8. Diathese-Stress-Modell	19
1.9. Arbeitsmodell der Psyche	20
1.10. Verständnisfragen	21
I. Affektive Störungen	23
2. Affektive Störungen: Symptomatik	25
2.1. Einleitung	25
2.2. Erfahrung mit Depression	25
2.3. Erfahrung mit Manie und Depression	28
2.4. Depression vs Manie	34
3. Affektive Störungen: Diagnostik	36
3.1. Einleitung	36
3.2. Anamnese	37
3.3. Testdiagnostik	38
3.4. Psychischer Befund	42
3.5. Diagnosestellung (Klassifikatorische Diagnostik)	45
3.6. Affektive Störungen (F30-F39)	47
3.6.1. Depressive Episode (F32.-)	49
3.6.2. Rezidivierende depressive Störung (F33.-)	50
3.6.3. Anhaltende affektiven Störungen (F34.-)	50
3.6.4. Manische Episode (F30.-)	52
3.6.5. Bipolare affektive Störung (F31.-)	52

3.7.	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen	52
3.7.1.	Strukturierte Interviews	52
3.8.	Tests	53
3.9.	Verständnisfragen	55
4.	Affektive Störungen: Ätiologie	57
4.1.	Einleitung	57
4.2.	Neurobiologische Aspekte	59
4.3.	Psycho-soziale Aspekte	60
4.4.	Psychologische Störungsmodelle der Depression	62
4.4.1.	Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn)	62
4.4.2.	Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Seligman)	64
4.4.3.	Kognitive Theorie der Depression (Beck)	64
4.5.	Verständnisfragen	66
5.	Affektive Störungen: Therapie	69
5.1.	Einleitung	69
5.2.	Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode	69
5.2.1.	Behandlungs-Algorithmus	70
5.2.2.	Einbezug von Angehörigen	73
5.2.3.	Psychopharmakotherapie	73
5.2.4.	Psychotherapie	73
5.2.4.1.	Kognitive Verhaltenstherapie bei Erwachsenen	74
5.2.4.2.	Kognitive Verhaltenstherapie bei Jugendlichen	78
5.2.5.	Moderatoren bei der Behandlung von Patienten mit einer Depression	78
5.3.	Behandlung von Patienten mit einer Manie	78
5.3.1.	Medikamentöse Behandlung von Patienten mit einer bipolaren Störung	80
5.4.	Behandlung von Patienten mit einer bipolaren Störung	81
5.5.	Verständnisfragen	81
II.	Schizophrenie	83
6.	Schizophrenie: Symptomatik	85
6.1.	Einleitung	85
6.2.	Erfahrung mit einer Schizophrenie	85
6.3.	Videos und Filme mit Erfahrungsberichten	88
6.4.	Kernmerkmale der Schizophrenien	88
6.4.1.	Positiv- und Negativsymptomatik	89
6.4.2.	Beispielfragen für positive und negative Symptome	90
7.	Schizophrenie: Diagnostik	92
7.1.	Einleitung	92
7.2.	Anamnese und Exploration	92
7.3.	Psychischer Befund	93
7.4.	Klassifikatorische Diagnostik	95
7.4.1.	ICD-10	95
7.4.2.	ICD-11	102
7.4.3.	DSM-5	108
7.4.4.	ICD-10, ICD-11 und DSM-5 im Vergleich	110
7.4.5.	Standardisierte Befunderfassung	110

7.5. Testdiagnostik	112
7.5.1. Neuropsychologische Diagnostik	118
7.6. Verständnisfragen	118
8. Schizophrenie: Ätiologie	120
8.1. Einleitung	120
8.2. Neurobiologische Aspekte	122
8.2.1. Neurokognitive Störungen	123
8.3. Psycho-soziale Aspekte	125
8.3.1. Expressed Emotion	125
8.4. Verständnisfragen	126
9. Schizophrenie: Therapie	127
9.1. Einleitung	127
9.2. Psychopharmakotherapie	127
9.3. Psychosoziale Interventionen	129
9.4. Betreutes Wohnen	130
9.5. Verständnisfragen	130
III. ADHS	132
10. ADHS: Symptomatik	134
10.1. Einleitung	134
10.2. Erfahrungsberichte	134
10.2.1. Erfahrungsbericht einer Mutter mit einem Kind mit ADHS	134
10.2.2. Interview mit Daniela Chirici	135
10.2.3. Erfahrungsbericht einer Erwachsenen	137
10.3. Videos mit Erfahrungsberichten	139
10.4. ADHS-Symptome im Entwicklungsverlauf	139
11. ADHS: Diagnostik	141
11.1. Einleitung	141
11.2. Anamnese und Exploration	141
11.3. Psychischer Befund	142
11.4. Klassifikatorische Diagnostik	143
11.4.1. Das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalter	143
11.4.2. ICD-10	143
11.4.3. ICD-11	146
11.4.4. DSM-5	147
11.5. Dimensionale Diagnostik	148
11.5.1. Ratingsverfahren und Fragebögen	148
11.5.2. Computergestützte Tests	149
11.6. ADHS bei Erwachsenen	152
11.7. Verständnisfragen	157
12. ADHS: Ätiologie	159
12.1. Einleitung	159
12.2. Neurobiologische Aspekte	159
12.3. Psycho-soziale Aspekte	160

13. ADHS: Therapie	163
14. Einleitung	164
14.1. Psychopharmakotherapie	164
14.2. Psychotherapie	164
14.2.1. Kinder und Jugendlichen	164
14.2.1.1. Elterntraining	166
14.2.1.2. Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit einer ADHS	167
14.2.1.3. Token Economy Programm (syn.: Token-Programm, Verhaltensprogramm)	167
14.2.1.4. Soziales Kompetenztraining (SKT)	173
14.2.2. Erwachsene	173
14.3. Verständnisfragen	173
IV. Alkoholabhängigkeit	175
15. Alkoholabhängigkeit: Symptomatik	177
15.1. Einleitung	177
15.2. Erfahrungsberichte	177
15.3. Dokumentationen über Alkoholabhängigkeit	181
15.4. Symptomatik der Alkoholabhängigkeit	181
15.5. Verständnisfragen	182
16. Alkoholabhängigkeit: Diagnostik	184
16.1. Einleitung	184
16.2. Anamnese	185
16.3. Psychischer Befund	186
16.4. Klassifikation	186
16.4.1. ICD-10	186
16.4.2. ICD-11	191
16.4.3. ICD-10 vs ICD-11	193
16.5. Testdiagnostik	194
16.5.1. Zustandsmarker/Biomarker	194
16.5.2. Fragebögen und Ratingskalen	195
16.5.2.1. Münchner Alkoholismustest (MALT)	195
16.5.2.2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	198
16.5.2.3. CAGE-Fragen	198
16.5.2.4. DSM-5 Checklist	200
16.6. Verständnisfragen	201
17. Alkoholabhängigkeit: Ätiologie	203
17.1. Einleitung	203
17.2. Neurobiologische Aspekte	206
17.3. Psycho-soziale Aspekte	207
17.3.1. Soziale Faktoren und Umwelt	207
17.3.2. Psychologische Faktoren	208
17.4. Verständnisfragen	211
18. Alkoholabhängigkeit: Therapie	213
18.1. Einleitung	213
18.2. Behandlungsziele	216

18.3. Psychopharmakotherapie	217
18.3.1. Medikamentöse Rückfallprophylaxe	217
18.4. Psychotherapie	218
18.4.1. Stufen der Veränderung	218
18.4.2. Motivierende Gesprächsführung	221
18.4.3. Verhaltens- und Problemanalyse	223
18.4.4. Training sozialer Kompetenzen	225
18.4.5. Cue Exposure Therapie	226
18.4.6. Rückfallprävention	227
18.4.7. Angehörigenarbeit	228
18.4.8. Behandlung komorbider psychischer Störungen	228
18.5. Prävention	228
18.5.1. Aufklärung	230
18.5.2. Empfehlungen zur Prävention	230
18.6. Verständnisfragen	232
V. Suizidalität	234
19. Suizidalität: Symptomatik	236
19.1. Einleitung	236
19.2. Erfahrungsberichte	236
19.2.1. Erfahrungsbericht einer Überlebenden	236
19.2.2. Erfahrungsberichte von Angehörigen	241
19.3. Filme zu dem Thema	244
19.4. Typische Suizidgedanken	244
20. Suizidalität: Diagnostik	246
20.1. Einleitung	246
20.2. Anamnese	247
20.3. Klassifikation	249
20.3.1. Präsuizidales Syndrom	249
20.3.2. ICD-10	249
20.3.3. ICD-11	250
20.3.4. DSM-5	250
20.4. Fragebögen	251
20.5. Verständnisfragen	251
21. Suizidalität: Ätiologie	253
21.1. Einleitung	253
21.2. Ätiologische Überlegungen	253
21.2.1. Theorien	255
21.3. Verständnisfragen	256
22. Suizidalität: Therapie und Prävention	258
22.1. Einleitung	258
22.2. Zeit gewinnen	258
22.3. Selbstkontrolle fördern	259
22.4. Indikation	260
22.5. Akuter Einsatz bei suizidaler Person	260
22.6. Ambulante Psychotherapie	260

22.7. Stationäre Einweisung	261
22.8. Vorgehen bei Unterbringung gemäß PsychKG	262
22.9. Mythen	262
22.10. Lehrvideos	263
22.11. Verständnisfragen	263
VI. Psychotherapie	265
23. Psychotherapie: Allgemein	267
23.1. Definition	267
23.2. Kurze Historie der Psychotherapie	269
23.3. Psychotherapie in Deutschland	270
23.4. Psychotherapie: Berufs- und Sozialrecht	272
23.5. Psychotherapie: Verfahren und Methoden	273
23.6. Berufs- und sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren	274
23.7. Wirkfaktoren der Psychotherapie	275
23.8. Verständnisfragen	276
24. Psychotherapieforschung	278
24.1. Einleitung	278
24.2. Historisches zur Psychotherapieforschung	278
24.3. Wissenschaftliche Erkenntnisse	279
24.4. Der Forschungsprozess	279
24.4.1. Wo kann ich mich informieren?	281
24.5. Efficacy und Effectiveness	281
24.6. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)	282
24.6.1. Verblindung	284
24.7. Weitere Forschungsdesigns	285
24.8. Fehlerquellen in kontrollierten Studien	287
24.9. Verständnisfragen	288
25. Psychotherapie - Outcome	290
25.1. Outcome-Forschung	290
25.2. Ist Psychotherapie wirksam?	291
25.3. Wirksamkeit der Psychotherapie bei Patienten mit einer depressiven Episode	292
25.4. Verständnisfragen	293
26. Leitlinien	296
26.1. Einleitung	296
26.2. Systematik und Qualität von Leitlinien	296
26.3. Leitlinienempfehlungen	297
26.4. Unterschiedliche Empfehlungen in den Leitlinien	297
26.5. Herausgeber von Leitlinien	298
26.6. Das GRADE-System	300
26.7. Voraussetzung der Legalisierung therapeutischer Maßnahmen	300
26.8. Verständnisfragen	301
References	303

Abbildungsverzeichnis

1.1. Themen der Vorlesungen im Systemblock Psyche	7
1.2. Gliederung der Vorlesungen bei den verschiedenen psychischen Störungen	8
1.3. Übersicht über die im ICD-10 definierten psychischen Störungen	12
1.4. Überblick über die Zusammensetzung der Disability-Adjusted Life Years (DALYs); aus Public Health England (2015); https://assets.publishing.service.gov.uk	15
1.5. Übersicht über Erkrankungen und deren DALYs (aus Vos et al., 2012)	16
1.6. Entwicklung der Anzahl der Fehltage und Krankheitsfälle aufgrund einer psychischen Störung von 1997 bis 2016 (siehe https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72732/Psychische-Erkrankungen-Fehltage-erreichen-Hoehchststand)	17
1.7. Das Stress-Eimer-Modell	20
1.8. Arbeitsmodell der Psyche: Die innere Welt in Abhängig von Auslösern (A), Bewertungen (B) und Konsequenzen (C)	21
2.1. Manie und Depression	35
3.1. Ablauf (Schritte) bei der Diagnostik psychischer Störungen	36
3.2. Normwerte und Normalverteilung	38
3.3. Teilansicht des Beck Depressionsinventar II (BDI-II)	41
3.4. Teilansicht der Hamilton Depression Rating Skala (HAMD)	42
3.5. Auszug aus dem Fragebogen zu Bipolaren Störungen (Selbsteinschätzung)	43
3.6. Schematische Darstellung des Ablaufs einer Diagnosestellung	46
3.7. Übersicht über die im ICD-10 aufgeführten affektiven Störungen	47
3.8. Hauptsymptome einer depressiven Episode	50
3.9. Zusatzsymptome einer depressiven Episode	51
3.10. Überblick über die Verlaufsformen affektiver Störungen nach ICD-10 Kap. V	53
3.11. Erläuterung der Durchführung des DIPS am Beispiel der Manie	54
4.1. Betrachtungsebenen im Verständnis psychischer Störungen	57
4.2. Bio-psycho-soziale Faktoren bei der Entstehung einer Depression	60
4.3. Psychologisches Stress-Modell (wikipedia)	61
4.4. Das Verstärker-Verlust-Modell der Depression (Lewinsohn)	63

4.5. Das Depressions-Modell der gelernten Hilflosigkeit (Seligman)	65
4.6. Die kognitive Theorie der Depressions (Beck)	67
5.1. Modell der Erkrankungs- und Behandlungsphasen	70
5.2. Leitlinienempfehlung bei Vorliegen einer erstmaligen oder rezidivierenden leichten depressiven Episode	71
5.3. Leitlinienempfehlung bei Vorliegen einer mittelgradig oder schweren depressiven Episode	72
5.4. Deckseite des Therapiemanuals von Hautzinger (2021) für die Psychotherapie von Patienten mit einer Depression	76
5.5. Deckseite des Therapiemanuals von Abel et al. (2025) für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer Depression	77
5.6. Deckseite des Therapiemanuals von Schäfer et al. (2016) für Bipolare Störungen	80
7.1. Dokumentation der Psychopathologie (AMDP)	94
7.2. ICD-10, ICD-11 und DSM-5 im Vergleich	111
7.3. Auszug aus dem SCID-5	113
7.4. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	115
7.5. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	116
7.6. Deutsche Version der Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)	117
8.1. Hypothetischer Krankheitsverlauf bei der Schizophrenie mit verschiedenen Risikofaktoren	120
8.2. Hypothetischer Krankheitsverlauf mit den involvierten neuronalen Prozessen	121
8.3. Wichtige dopaminerge Bahnsysteme des ZNS	122
8.4. Potentielle gemeinsame Mechanismen neurokognitiver Störungen bei Patienten mit einer Schizophrenie (nach Barch & Ceaser, 2012)	124
9.1. Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Einnahme von Antipsychotika	128
9.2. Der Zappel-Philipp aus dem Struwwelpeter	133
11.1. Auszug aus dem CASCAP-2	142
11.2. Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Achse 1-4)	144
11.3. Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Achse 5-6)	145
11.4. ADHS Ratingskalen und Fragebögen für verschiedene Beurteiler	149
11.5. Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen - 1. Seite: Beispiel	150
11.6. Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen - 2. Seite: Beispiel	151

11.7. Beispiel einer retrospektiven Befunderhebung in Form von Schulzeugnissen	155
11.8. Ausschnitt aus der Kurzversion der Wender-Utah-Rating-Skala	156
11.9. Ausschnitt aus der ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)	157
12.1. Neurobiologisches ätiologisches Modell der ADHS	161
12.2. Vereinfachtes ätiologisches Modell der ADHS	161
12.3. Übersicht die am häufigsten untersuchten Umweltfaktoren bei ADHS	162
14.1. Entscheidungsbaum zur Planung einer Behandlung von Schulkindern	165
14.2. Cover des Therapiemanuals THOP	168
14.3. Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis des THOP-Manuals	169
14.4. Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis des THOP-Manuals	170
14.5. Ausschnitt aus dem Inhaltsverzeichnis von SAVE	171
15.1. Auswirkungen eines gefährlichen Alkoholkonsums	178
16.1. Diagnostisches Vorgehen bei unterschiedlichen Konsummustern	184
16.2. Entstehung einer Abhängigkeit als Spektrum	187
16.3. Übersicht über ausgewählte Screening-Instrumente	196
16.4. Münchner Alkoholismustest: Selbstbeurteilung	197
16.5. Deutsche Version des AUDIT-Fragebogen	198
16.6. Deutsche Version des CAGE-Fragebogens	199
16.7. DSM-5 Checkliste	200
17.1. Drei Faktorenmodell der Entstehung einer Konsumstörung	205
17.2. Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell der Alkoholkonsumstörung	205
17.3. ETOH Framework of Alcohol Use Disorder	206
17.4. Soziale Faktoren und deren Interaktion	209
17.5. Das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfallprozesses	210
18.1. Übersicht über die Versorgungsstrukturen bei der Alkoholabhängigkeit	213
18.2. Phasen der Veränderungsbereitschaft	219
18.3. Komponenten im Motivational Interviewing; aus Körkel & Veltrup (2003)	222
18.4. Beispiel eines Widerstandsverhaltens: "Ignoring"	223
18.5. Ausgewählte Präventionsmaßnahmen	229
18.6. Rechtliche Regelungen zur Prävention (Auszug aus dem Jugenschutzgesetz)	231

19.1. Anzahl Suizide in Deutschland im Jahr 2022	237
20.1. Bestandteil der Risikoabschätzung	247
20.2. Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV)	251
21.1. Interpersonelles Modell der Suizidalität	256
22.1. Allgemeines Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität	258
24.1. Schematische Darstellung der verschiedenen Schritte bei der Gewinnung von Erkenntnissen	280
24.2. Design einer einfachen randomisierten kontrollierten Studie	283
24.3. Überblick über Studiendesigns	285
25.1. Relevante Dimensionen zur Verlaufsmessung bei Psychotherapien	291
25.2. Auszug aus der Reberchedokumentation der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression, S. 35	293
25.3. Empfehlung der NVL zur Behandlung von Patienten mit einer leichten depressiven Episode	294
26.1. Systematik und Qualität von Leitlinien: S-Klassifikation	297
26.2. Beispiel einer Leitlinienempfehlung mit Evidenzgrad und Zustimmung	299
26.3. Ausschnitt aus der Leitlinienübersicht der AWMF	302

Tabellenverzeichnis

2.1. Depressive und manische Symptome	34
3.1. Übersicht über häufig eingesetzte deutschsprachige Depressionsfragebögen	39
3.2. Übersicht über alle affektiven Störungen im ICD-10 Kapitel V	48
6.1. Kernmerkmale einer Schizophrenie	88
6.2. Positive und negative Symptome bei Patienten mit einer Schizophrenie	89
6.3. Beispielfragen für positive und negative Symptome bei Patienten mit einer Schizophrenie	90
7.1. Übersicht über "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)" in der ICD-10	95
7.2. Übersicht über die Leitsymptome der Schizophrenie laut ICD-10	96
7.3. Übersicht über die Diagnosekriterien einer Schizophrenie laut ICD-10	97
7.4. Übersicht über "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)" im ICD-10 (Dilling et al., 2015)	98
7.5. Übersicht die über "Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen" der ICD-11 (WHO, 2020)	103
7.6. Übersicht über "Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen" im ICD-11 (WHO, 2020)	104
7.7. Diagnostische für eine Schizophrenie aus dem DSM-5	108
7.8. Verlaufsangaben bei der Diagnose einer Schizophrenie	109
7.9. Zusätzliche zu kodierende Angaben bei der Diagnose einer Schizophrenie	110
7.10. Übersicht über häufig eingesetzte standardisierte Interviews	110
7.11. Brief Negative Symptom Scale (BNSS)	114
7.12. Ausgewählte neuropsychologische Testverfahren	118
10.1. Unterschiedliche Symptome bei Kinder und Erwachsenen mit einer ADHS	140
11.1. ADHS im ICD-11	147
11.2. Items der Connors Skala für Eltern	149
11.3. Utah-Kriterien für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter	153
16.1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im ICD-10	187

16.2. Psychische und körperliche Merkmale der Alkoholabhängigkeit	189
16.3. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	189
16.4. Störungen durch Substanzgebrauch (ICD-11)	191
16.5. Ausführliche Beschreibung der Störungen durch Substanzgebrauch im ICD-11	192
16.6. Definition der Abhängigkeit im ICD-10 und ICD-11	194
18.1. Unterscheidung zwischen körperlicher Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung und die Entwöhnungsbehandlung	215
18.2. Wichtige Begriffe der Prävention im Überblick	229
19.1. Typische Suizidgedanken	244
22.1. Vorurteile und Mythen beim Thema Suizidalität	262
23.1. Definitionen von Psychotherapie von verschiedenen Psychotherapie-Forscher	268
23.2. Meilensteine in der historischen Entwicklung der Psychotherapie	269
23.3. Allgemeine Unterscheidung zwischen Berufs- und Sozialrecht bei Ärzten und Psycho- therapeuten	270
23.4. Psychotherapie im ambulanten und stationären Setting	272
23.5. Historische Entwicklung bei der Anerkennung der Psychotherapie als Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung	272
23.6. Unterscheidung zwischen Psychotherapieverfahren und -methoden entsprechend der Definition in der Psychotherapie-Richtlinie	273
23.7. Spezifischen Merkmalen der anerkannten Psychotherapieverfahren	274
23.8. Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren in der Psy- chotherapie	275
23.9. Zusammenstellung der von Grawe postulierten fünf unspezifischen Wirkfaktoren	276
24.1. Übersicht über die historische Entwicklung der Psychotherapie-Forschung	278
24.2. Die verschiedenen Elemente des Forschungsprozesses	280
24.3. Unterschiede zwischen einer Efficacy- und einer Effectiveness-Studie	281
24.4. Merkmale randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)	282
24.5. Übersicht über verschiedene Forschungsdesigns	285
24.6. Überblick über die wichtigsten Faktoren, die bei der Auswahl und Anwendung eines Forschungsdesigns zu berücksichtigen sind	286
24.7. Übersicht über Fehler in kontrollierten Studien	287
26.1. Gründe für unterschiedliche Leitlinienempfehlungen	298
26.2. Selektive Übersicht über Fachgesellschaften, die Leitlinien herausgeben	299

26.3. Voraussetzung der Legalisierung therapeutischer Maßnahmen 300

Preface

Dieses Skript wurde mit Hilfe von **Quarto** erstellt. Quarto ist ein Open-Source-System für wissenschaftliche und technische Veröffentlichungen und basiert auf [Pandoc](#), einem universellen Dokumentenkonverter. Die sehr ausführliche und verständliche [Dokumentation von Quarto](#) ermöglicht eine schnelle Einarbeitung in das Open-Source-System.

Es gibt darüber hinaus auch noch zahlreiche hilfreiche Internetseiten und YouTube-Videos, in denen spezifische Quarto-Themen (z. B. Erstellen von Slides mit Quarto) behandelt bzw. vertieft werden. Für einen Einstieg ist der [Quarto-Workshop von Tom Mock](#) zu empfehlen, der auf YouTube angesehen werden kann.

Disclaimer

Es handelt sich um ein Skript für den Systemblock Psyche im Modellstudiengang Medizin. Das Skript wird kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt. Das Skript wurde so sorgfältig wie möglich erstellt. Trotzdem kann es möglich sein, dass Angaben fehlerhaft sind. Eine kritische Prüfung der Angaben ist daher unbedingt notwendig und erwünscht. Der Autor freut sich über Hinweise auf Fehler oder Ungenauigkeiten. Er freut sich aber auch über Verbesserungsvorschläge und weitere Anregungen zur Gestaltung des Arbeitsbuchs.

Beim Erstellen des Arbeitsbuchs wurden die verwendeten Literaturquellen (auch Internetseiten) kenntlich gemacht bzw. es wurden entsprechende Zitationen oder Verlinkungen eingefügt. Sollte entsprechende Angaben fehlen, freue ich mich über eine Rückmeldung.

Beim Schreiben des Arbeitsbuches habe ich auch an verschiedenen Stellen KI-Tools (insb. [ChatGPT](#)) verwendet. Das war meistens dann der Fall, wenn es um eine Begriffsklärung oder eine allgemeinverständliche Erläuterung ging. Entsprechend Angaben von ChatGPT wurden dann angepasst bzw. korrigiert in das Arbeitsbuch übernommen.

Abbildungen und Tabellen wurden neu entworfen und mit [Graphviz](#) gestaltet und erstellt. An einigen Stellen finden sich aber auch Abbildungen aus den berücksichtigten Literaturquellen. Diese wurden entsprechend zitiert.

Englische Texte wurden entweder von mir selbst und/oder wegen der Schnelligkeit mit Hilfe von [deepl](#) übersetzt.

Nutzung von ChatGPT

Bei der Nutzung von ChatGPT habe ich mich an folgenden Regeln orientiert:

- Ich habe die Ergebnisse der KI-Tools ganz oder teilweise verändert, verbessert und ggfs. erweitert.
- Ich habe die Ergebnisse der KI-Tools überprüft und fehlerhafte Ergebnisse mit bestem Wissen korrigiert.

- Ich habe, wann immer sinnvoll oder notwendig, Referenzen hinzugefügt, um von den KI-Tools generierten Aussagen zu belegen. Das Hinzufügen von Referenzen ist allerdings aufgrund des Umfangs des Workbooks und mit der Eile der Erstellung noch nicht abgeschlossen.
- Ich habe in diesem Kapitel angegeben, welche KI-Tools ich verwendet habe (siehe vorausgehender Abschnitt).
- Ich überprüfe kontinuierlich die mit ChatGPT generierten Textstellen, um Plagiate zu vermeiden.

Aktualisierungen

Die Internetseiten des Skripts werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Eine Aktualisierung erfolgt sobald neue Inhalte verfügbar sind oder Fehler behoben wurden. Zu Beginn eines jeden Kapitels findet sich eine Datumsangabe, die das Datum der letzten Aktualisierung anzeigt.

Rückmeldung

Wenn Sie auf Fehler stoßen oder Anmerkungen bzw. Verbesserungsvorschläge haben, können Sie an folgende E-Mail-Adresse eine Nachricht senden: **sgauggel@ukaachen.de**

1. Einführung in den SB Psyche

1.1. Organisatorisches zum SB

Alle Unterlagen zu den Vorlesungen und zu den Seminaren finden sich im Lernraum der RWTH. Relevant für die Vor- und Nachbereitung der Vorlesungen sowie für die Klausur sind:

- Vorlesungsfolien und Seminarunterlagen
- Skript: <https://sgauggel.quarto.pub/sb-psyche>

1.2. Überblick über die Inhalte des Systemblocks

In Abbildung 1.1 sind die verschiedenen Themenbereiche des Systemblocks dargestellt.

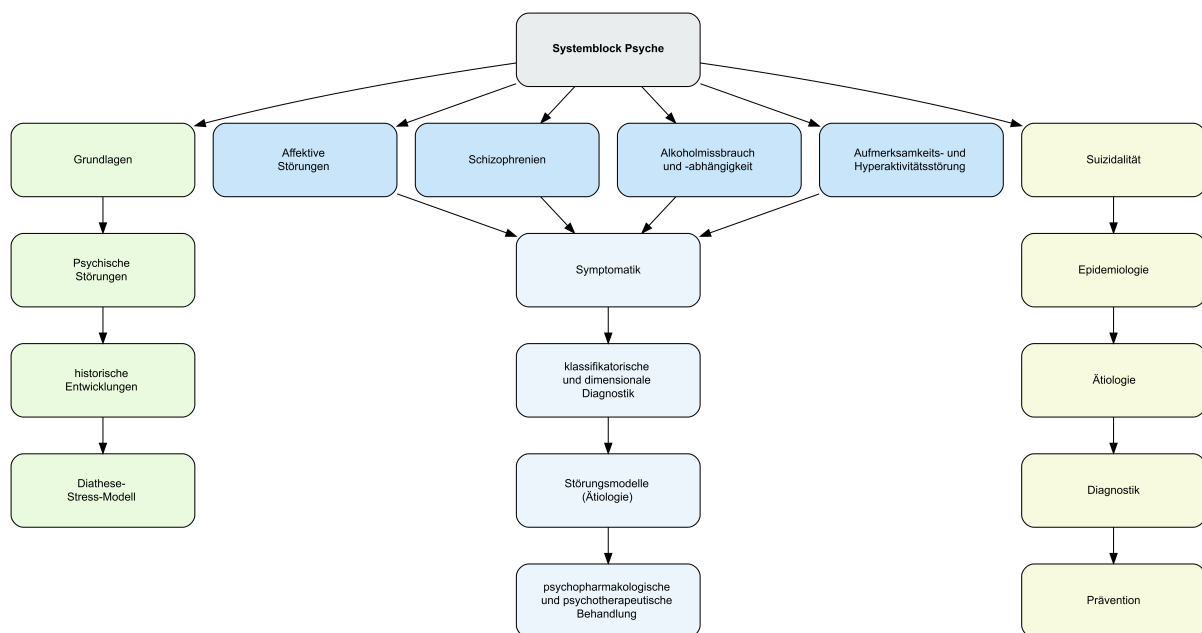


Abbildung 1.1.: Themen der Vorlesungen im Systemblock Psyche

Neben der Einführung (Grundlagen) und dem Thema Suizidalität (Thementag) werden vier wichtige psychische Störungen in den Vorlesungen behandelt. Bei jeder dieser psychischen Störung werden zuerst anhand von Fallbeispielen (Patientendemonstration, Video) die Symptomatik und die zentralen Merkmale der Psychopathologie der Patienten beschrieben. Danach geht es um

- das diagnostische Vorgehen (Welche diagnostischen Kriterien sind erfüllt? Wie kann die Diagnose gesichert werden?),
- ätiologische Überlegungen (Wie ist die psychische Störung entstanden? Wodurch wird sie aufrechterhalten?) und abschließend um

- psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten.

Aufgrund der begrenzten Zeit, die dem SB Psyche für die Lehre zur Verfügung steht, beschränken wir uns auf vier wichtige psychische Störungen. Es ist nicht möglich, einen Überblick über alle im ICD-10 aufgeführten psychischen Störungen (siehe Abbildung 1.3) zu geben. Anhand der ausgewählten psychischen Störungen soll exemplarisch ein Einblick in das Thema “Psychische Störungen” gegeben werden.

Eine weitere Vertiefung findet im Blockpraktikum und ggfs. nach dem Studium in der [Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt](#) für

- [Psychiatrie und Psychotherapie](#),
- [Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#) oder
- [Psychosomatische Medizin und Psychotherapie](#)

statt.

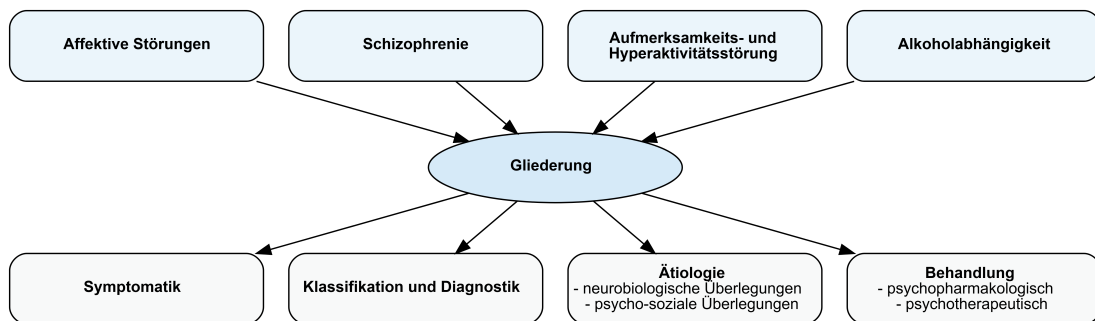


Abbildung 1.2.: Gliederung der Vorlesungen bei den verschiedenen psychischen Störungen

1.3. Prüfung

Um den Leistungsnachweis für den Systemblock Psyche zu erwerben, muss eine schriftliche Prüfung (Dauer 60 Minuten) erfolgreich (60% richtige Antworten) absolviert werden. In der Klausur werden 40 Fragen gestellt. Bei den Fragen handelt es sich überwiegend um MC-Fragen, wobei auch einige wenige offene bzw. Lückentextfragen vorkommen.

Hier einige MC-Beispielfragen:

Welcher genetische Faktor wird als bedeutender Risikofaktor für die Ätiologie der Schizophrenie betrachtet?

- Monosomie
- Trisomie
- X-Chromosom-Deletion
- Zwillingsstudien legen eine genetische Veranlagung nahe
- Epigenetische Mutationen

Was kann zur Verringerung der Stigmatisierung psychisch Kranker beitragen?

- Medienberichterstattung, die Sensationslust bedient
- Öffentliche Aufklärungskampagnen über psychische Gesundheit
- Beibehaltung von Stereotypen und Vorurteilen

- D. Reduzierung des Zugangs zu psychischer Gesundheitsversorgung
- E. Gezielte Diskriminierung am Arbeitsplatz

Welche Rolle spielt Bildung bei der Bekämpfung von Stigmatisierung psychisch Kranker?

- A. Bildung verstärkt Vorurteile
- B. Bildung kann das Bewusstsein schärfen und Stereotypen abbauen
- C. Bildung hat keinen Einfluss auf Stigmatisierung
- D. Nur formale Bildung wirkt stigmatisierungsmindernd
- E. Bildung fördert ausschließlich Stigmatisierung

Was ist ein häufiges Ergebnis der Stigmatisierung psychisch Kranker?

- A. Verbessertes Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten
- B. Erhöhtes Selbstwertgefühl bei den Betroffenen
- C. Verzögerter oder vermiedener Behandlungsbeginn
- D. Förderung sozialer Inklusion und Teilhabe
- E. Geringeres Risiko für soziale Isolation

Welcher Neurotransmitter ist bei der Ätiologie der Schizophrenie von besonderem Interesse?

- A. Serotonin
- B. Acetylcholin
- C. GABA (Gamma-Aminobuttersäure)
- D. Dopamin
- E. Noradrenalin

Welcher pränatale Faktor ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Schizophrenie verbunden?

- A. Mütterliche Rauchgewohnheiten
- B. Einnahme von Folsäure während der Schwangerschaft
- C. Fieber in der frühen Schwangerschaft
- D. Exzessiver Verzehr von Omega-3-Fettsäuren
- E. Vitamin-D-Mangel in der Schwangerschaft

Welcher psychosoziale Faktor ist mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden?

- A. Starke soziale Unterstützung
- B. Positive Selbstwahrnehmung
- C. Geringer Stress am Arbeitsplatz
- D. Frühe Kindheitstraumata
- E. Hohe finanzielle Stabilität

Welches sind am ehesten charakteristische Denkfehler nach dem kognitiven Modell der Depression von Beck? Wählen Sie 3 Antworten!

- (A) Alles-oder-Nichts-Denken
- (B) Alogie
- (C) Emotionale Beweisführung
- (D) Meta-Worrying
- (E) Reframing
- (F) Übergeneralisierung

In einer Untersuchung soll die Wirkung eines neuen Medikaments im Vergleich zu einem Placebo getestet werden. Dazu wird jedem Patienten sowohl das neue Medikament als auch das Placebo je eine Woche lang gegeben. Es wird ausgelost, ob erst das Placebo oder erst das Medikament gegeben wird. Zwischen beiden Behandlungen wird eine Pause von einer Woche gemacht. Am Ende jeder Behandlungswoche soll jeder Patient einen Fragebogen ausfüllen, auf dessen Basis der Behandlungserfolg ausgewertet werden soll. Um welche der folgenden Studientypen handelt es sich bei dieser Untersuchung am ehesten?

- A. Beobachtende prospektive Studie
- B. Experiment
- C. Kohortenstudie
- D. Longitudinalstudie
- E. Retrospektive Erhebung

Welches diagnostische Handbuch wird häufig von Fachleuten verwendet, um Kriterien für psychische Störungen zu definieren?

- A. Handbuch der Psychologie (HdP)
- B. Diagnostischer und Statistischer Leitfaden für psychische Störungen (DSM)
- C. Klassifikation psychischer Erkrankungen (KPE)
- D. ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
- E. Diagnostischer Handkommentar für Psychopathologien (DHfP)

Was ist ein häufig verwendetes Instrument für strukturierte klinische Interviews zur Diagnose psychischer Störungen?

- A. Beck-Depressions-Inventar (BDI)
- B. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)
- C. Zung-Depressions-Skala (ZDS)
- D. SCID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV)
- E. Hamilton-Depressions-Skala (HAMD)

Welcher antike griechische Arzt wird oft als einer der ersten betrachtet, der psychische Störungen als medizinische Krankheiten ansah?

- A. Galenos
- B. Avicenna
- C. Hippokrates
- D. Aristotle
- E. Herophilus

Welcher Ansatz zur Behandlung psychischer Störungen war im Mittelalter häufig verbreitet und beinhaltete religiöse Rituale und Exorzismen?

- A. Humoralpathologie
- B. Phrenologie
- C. Hexerei-Modell
- D. Besessenheitsmodell
- E. Animismus

Wer setzte sich im 19. Jahrhundert für die Reform des psychiatrischen Systems und die humanere Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen ein?

- A. Dorothea Dix

- B. Sigmund Freud
- C. Philippe Pinel
- D. William Tuke
- E. Emil Kraepelin

Hier noch einige Beispielfragen zur Vertiefung der Lehrinhalte:

- Was versteht man unter (experimenteller) Psychopathologie?
- Nennen Sie wichtige Etappen im Verständnis psychischer Störungen.
- Was versteht man unter einer operationalisierten klassifikatorischen Diagnostik psychischer Störungen?
- Nennen Sie vier Störungsgruppen des Kap. V des ICD-10.
- Nennen Sie je drei Argumente für und gegen eine klassifikatorische Diagnostik psychischer Störungen.
- Welche Gründe sprechen für den Einsatz von Fragebögen bei der Diagnostik psychischer Störungen?
- Welche psychische Störung hat die höchste 12-Monats-Prävalenzrate?
- Nennen Sie zwei mögliche Gründe für den Anstieg der Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen.
- Erklären Sie die Abkürzung DALYs und geben Sie an, in welchem Zusammenhang diese Abkürzung verwendet wird.
- Welchen Beitrag hat Wilhelm Griesinger (1817-1868) bei der Erforschung psychischer Störungen geleistet?
- Welche Auswirkungen hatte der Bericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zur Psychiatrie-Reform (1975) auf die Versorgung von Patienten mit einer psychischen Störung?

1.4. Lernziele

Mit den Vorlesungen und dem Seminar des SB Psyche werden folgende Lernziele verfolgt:

- Sie sollen die Bedeutung psycho-sozialer Faktoren bei Entstehung und Verlauf von psychischen Störungen erläutern können.
- Sie sollen ein Verständnis für Psychodiagnostik und Diagnostik psychischer Störungen erwerben und das praktische Vorgehen beschreiben können.
- Sie sollen Behandlungsmöglichkeiten (insb. Psychotherapie) für vier wichtige psychische Störungen kennen lernen und das therapeutische Vorgehen begründen und beschreiben können.
- Sie sollen Wissen über die Ätiologie von vier wichtigen psychische Störungen (Depression, Schizophrenie, ADHS, Alkoholabhängigkeit) erwerben und Angaben zur Ätiologie machen können.

1.5. Psychische Störungen

Eine psychische Störung, auch als psychische Erkrankung oder psychische Krankheit bezeichnet, ist ein Zustand, der durch signifikante Abweichungen im Denken, Fühlen, Verhalten oder einer Kombination dieser Bereiche gekennzeichnet ist.

Psychische Störungen beeinträchtigen das emotionale Wohlbefinden, das normale soziale Funktionieren und können das tägliche Leben erheblich beeinflussen. Man spricht dann von schwerwiegenden psychosozialen Funktionseinschränkungen.

! Definition einer psychischen Störung

- Normabweichung im Erleben und Verhalten
 - z. B. „seit vier Wochen täglich niedergeschlagen und traurig“ oder „wäscht sich ca. 35x am Tag die Hände“
- Psychosoziale Beeinträchtigung (inkl. Fremd- und Selbstgefährdung)
 - Die Normabweichung führt im Alltag der Betroffenen zu funktionellen und/oder sozialen Problemen (z. B. „mein Kinder nicht mehr versorgen“, „kommt zu spät zur Arbeit“, „hat viele und schnelle Beziehungsabbrüche“, „Schulverweis“).
- Leiden
 - Da nicht alle von einer psychischen Störung betroffenen Personen unter der Störung leiden, spielt das Leiden der Betroffenen nur eine „sekundäre“ bzw. ergänzende Rolle.

Bitte beachten Sie, dass nicht alle Personen mit einer psychischen Störung unter den Folgen einer solchen leiden. Beispielsweise fühlen sich Personen mit einer manischen Störung voller Energie und Tatendrang. Ihre Stimmung ist euphorisch und sie können in der akuten Phase der Erkrankung nicht erkennen, dass ihr Zustand „krankhaft“ ist. Dieses Phänomen des Nicht-Erkennens einer Krankheit und deren Folgen wird als Anosognosie bezeichnet.

In Abbildung 1.3 sind die aktuell im ICD-10 Kapitel V aufgeführten psychischen Störungen abgebildet.

Übersicht über die Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10 Kap. V (F)



Abbildung 1.3.: Übersicht über die im ICD-10 definierten psychischen Störungen

Die WHO, die für das ICD verantwortlich ist, hat Anfang 2020 die neue Version des ICD (d. h. das ICD-11) verabschiedet. Beim neuen ICD-11 Kapitel "Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen" ergeben sich gegenüber dem ICD-10 Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) eine ganze Reihe von Änderungen (Gaebel et al., 2020).

Beim ICD-10 und auch dem DSM-5 handelt es sich um eine **operationalisierte klassifikatorische Diagnostik** ("messbar gemachte Klasseneinteilung"). Diagnosen werden anhand von festgelegten Kriterien gestellt. Diese Kriterien umfassen eine genau festgelegte Anzahl und Kombination von Symptomen, die für eine bestimmte psychische Störung charakteristisch sind.

Kriterien sind die Art der Symptome, deren Dauer, Intensität und Ausprägung sowie die damit einhergehenden psychosozialen Funktionseinschränkungen. Hinzu kommt, dass jedes Symptom genau definiert ist, um sicherzustellen, dass verschiedene Kliniker zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen. Dies erfolgt durch detaillierte Beschreibungen von Verhaltensweisen, Emotionen, kognitiven und körperlichen Prozessen.

Diagnosen

Wird eine Diagnosen vergeben, gilt es zu beachten, dass das nur dann erfolgen sollte, wenn die Patientin/der Patient die diagnostischen Kriterien erfüllen. Ausserdem sollten wir uns bewusst sein, dass es eigentlich korrekter wäre, zu schreiben, dass die Patientin/der Patient **die Kriterien für eine bestimmte psychische Störung erfüllt**. Eine solche differenzierte Sicht soll verhindern, dass eine Diagnose automatisch als „Ding“ wahrgenommen (Reifikation) wird, obwohl sie eigentlich ein Bündel von Symptomen ist, das aus subjektiven Erfahrungen und Beobachtungen entsteht. Psychische Diagnosen haben keine objektive Realitäten, sondern stellen Konstrukte dar. Dies bedeutet, dass sie keine feststehenden, naturgegebenen Entitäten sind, sondern von Menschen entwickelt wurden, um bestimmte Muster von Verhaltensweisen, Emotionen oder Gedanken zu beschreiben und einzuordnen. Dies macht sie jedoch nicht weniger nützlich oder real für die klinische Praxis. Der Begriff „Konstrukt“ weist vielmehr darauf hin, dass diese Diagnosen auf Vereinbarungen und Interpretationen beruhen, die von wissenschaftlichen, kulturellen und historischen Kontexten beeinflusst werden. Obwohl Diagnosen Konstrukte sind, haben sie reale Auswirkungen. Die Erfahrungen, die sie beschreiben (wie Angst, Depression oder psychotische Episoden), sind tatsächlich vorhanden und können erhebliches Leiden verursachen.

Die operationalisierte klassifikatorische Diagnostik wird kontinuierlich weiterentwickelt (daher auch das jetzt verabschiedete ICD-11), um sowohl den Fortschritten in der Forschung als auch den Bedenken hinsichtlich der Reliabilität, Validität und Kultursensibilität gerecht zu werden. Sie bietet die Grundlage für eine einheitliche Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheitswesen, Forschern und anderen Akteuren im Bereich der psychischen Gesundheit.

ICD-11

Das ICD-11 wurde Anfang 2022 von der WHO verabschiedet. Die Staaten, die der WHO beigetreten sind, haben jetzt fünf Jahre Zeit, um das ICD-11 in nationales Recht zu verankern. Obwohl das aktuell in Deutschland noch nicht passiert ist, kann das ICD-11 schon jetzt benutzt werden.

1.6. Bedeutung psychischer Störungen

Psychische Störungen spielen eine bedeutende Rolle im Gesundheitswesen, da sie weitreichende Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden, die soziale Funktionsfähigkeit und die Gesellschaft insgesamt haben. Hier sind einige wichtige Aspekte, die die Bedeutung psychischer Störungen im Gesundheitswesen unterstreichen:

1. **Prävalenz:** Psychische Störungen sind weit verbreitet. Millionen von Menschen weltweit sind von verschiedenen psychischen Gesundheitsproblemen betroffen, von Angstzuständen und Depressionen bis hin zu schwerwiegenderen Erkrankungen wie bipolaren Störungen, Schizophrenie oder Demenz.
2. **Individuelles Leiden:** Psychische Störungen können erhebliches persönliches Leiden verursachen. Sie beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen, indem sie ihre Fähigkeit beeinträchtigen, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, Beziehungen aufrechtzuerhalten und am Arbeitsplatz erfolgreich zu sein.
3. **Gesellschaftliche Auswirkungen:** Psychische Störungen haben nicht nur individuelle Auswirkungen, sondern auch erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Konsequenzen. Sie können zu Arbeitsplatzproblemen, Frühberentung, sozialer Isolation und anderen gesellschaftlichen Herausforderungen führen.
4. **Kosten für das Gesundheitssystem:** Die Behandlung psychischer Störungen kann teuer sein, sowohl in Bezug auf medizinische Versorgung als auch durch die indirekten Kosten wie Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz und Rehabilitation.
5. **Komorbidität:** Psychische Störungen gehen oft mit anderen Gesundheitsproblemen einher, was die Behandlung komplexer macht. Zum Beispiel können Menschen mit Depressionen auch an chronischen körperlichen Erkrankungen leiden.
6. **Stigmatisierung:** Trotz Fortschritten im Verständnis psychischer Gesundheit gibt es immer noch Stigmatisierung und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen. Dies kann den Zugang zur Behandlung erschweren und die Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe zu suchen, beeinträchtigen.

Die Bedeutung psychischer Störungen kann anhand verschiedener Aspekte und Kennzahlen herausgestellt werden. Eine dieser Kennzahlen sind die **Disability Adjusted Life Years (DALYs)**:

DALYs ist eine Maßeinheit, die vor allem in der Gesundheitspolitik und Epidemiologie verwendet wird, um die gesundheitliche Belastung einer bestimmten Krankheit oder eines Gesundheitszustands auf die Bevölkerung zu quantifizieren. DALYs kombinieren Informationen über den Verlust an Lebensqualität aufgrund von Behinderungen (Years Lived with Disability, YLD) und den vorzeitigen Tod (Years of Life Lost, YLL) aufgrund der Krankheit oder des Gesundheitszustands.

Die Formel für die Berechnung von DALYs lautet:

$$\text{DALYs} = \text{YLD} + \text{YLL}$$

1. **Years Lived with Disability (YLD):** Hier werden die Jahre bestimmt, die Menschen aufgrund von Behinderungen oder Krankheiten leben, wobei die Behinderung den Grad der Beeinträchtigung berücksichtigt.
2. **Years of Life Lost (YLL):** Hier werden die Jahre bestimmt, die aufgrund von vorzeitigem Tod verloren gehen. Es berücksichtigt das Alter, in dem der Tod eingetreten ist, und vergleicht es mit der Lebenserwartung.

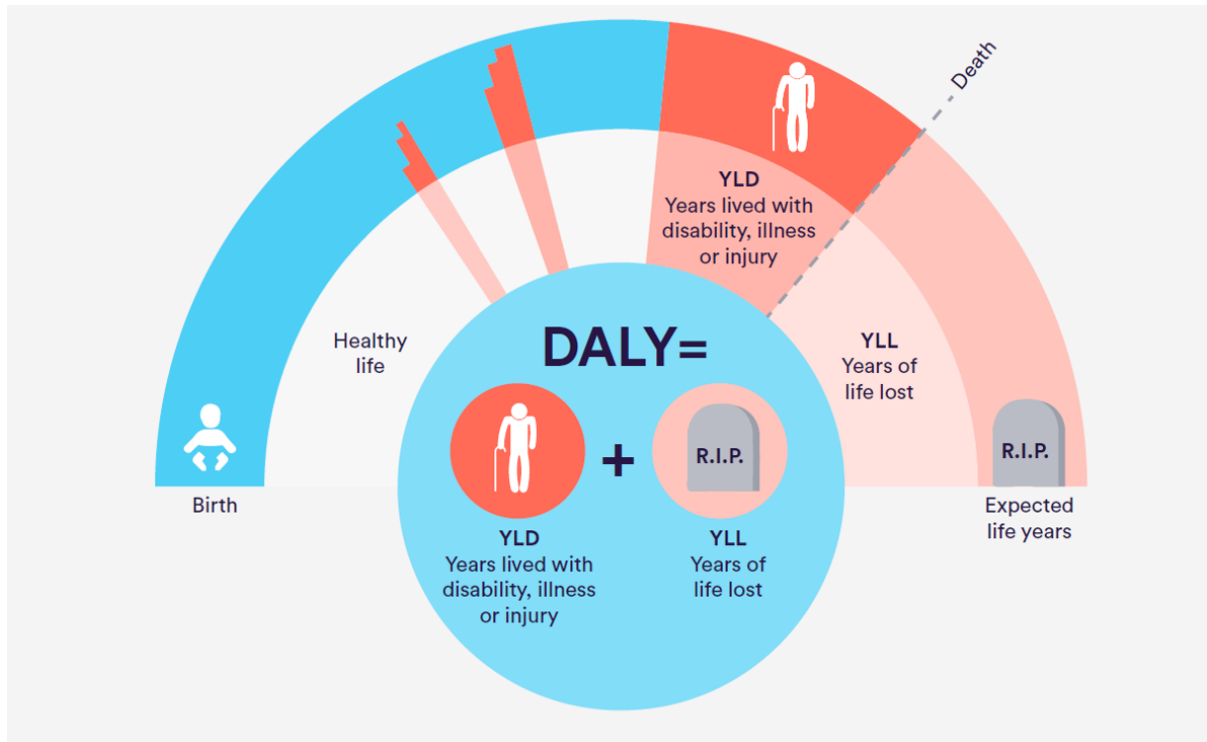


Abbildung 1.4.: Überblick über die Zusammensetzung der Disability-Adjusted Life Years (DALYs); aus Public Health England (2015); <https://assets.publishing.service.gov.uk>

DALYs bieten eine Möglichkeit, die Krankheitslast zu quantifizieren und verschiedene Gesundheitszustände oder Krankheiten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu vergleichen. Diese Maßeinheit wird oft verwendet, um Prioritäten für die öffentliche Gesundheit festzulegen, Ressourcen zuzuweisen und Gesundheitspolitik zu gestalten. Es ermöglicht eine vergleichende Bewertung der Belastung verschiedener Gesundheitsprobleme und erleichtert die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen.

In Abbildung 1.5 sind die DALYs der wichtigsten Erkrankungen aufgeführt. Mit der Depressive Störung, den Angststörungen, dem Drogen- und Alkoholmißbrauch, der Schizophrenie und der Bipolare Störung finden sich sechs psychische Störungen unter den 18 Erkrankungen mit den größten Auswirkungen auf die DALYs (Vos et al., 2012).

Die (ökonomische) Bedeutung psychischer Störungen kann über folgende Aspekte dokumentiert werden:

- **Direkte Kosten der Gesundheitsversorgung:** Dies umfasst Ausgaben für die Diagnose, Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen. Dazu gehören Arztkosten, Medikamente, stationäre Aufenthalte und ambulante Behandlungen.
- **Arbeitsplatzbezogene Kosten:** Psychische Störungen können zu erhöhtem Krankenstand, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung führen. Die damit verbundenen Kosten können durch den Produktivitätsverlust aufgrund von Fehlzeiten, verringerte Arbeitsleistung oder Ersatzkosten für temporäre oder neue Mitarbeiter entstehen.
- **Bildungs- und Schulungsressourcen:** Psychische Störungen können die Bildungs- und Schulungsressourcen beeinträchtigen, da Betroffene möglicherweise Schwierigkeiten haben, ihre beruflichen oder schulischen Verpflichtungen zu erfüllen. Hierbei können Kosten für spezielle Schulungsmaßnahmen oder Nachhilfe entstehen.

2010

Disorder	Mean rank (95% UI)	% change (95% UI)
1 Low back pain	1.1 (1 to 2)	43 (34 to 53)
2 Major depressive disorder	1.9 (1 to 3)	37 (25 to 50)
3 Iron-deficiency anaemia	3.3 (2 to 6)	-1 (-3 to 2)
4 Neck pain	4.3 (3 to 7)	41 (28 to 55)
5 COPD	5.8 (3 to 10)	46 (32 to 62)
6 Other musculoskeletal disorders	5.9 (4 to 8)	45 (38 to 51)
7 Anxiety disorders	6.4 (4 to 9)	37 (25 to 50)
8 Migraine	8.9 (6 to 15)	40 (31 to 51)
9 Diabetes	9.1 (6 to 13)	68 (56 to 81)
10 Falls	10.1 (7 to 14)	46 (30 to 64)
11 Osteoarthritis	12.3 (9 to 17)	64 (50 to 79)
12 Drug use disorders	12.5 (9 to 16)	40 (27 to 54)
13 Hearing loss	13.5 (7 to 20)	29 (22 to 36)
14 Asthma	15.3 (10 to 20)	28 (21 to 34)
15 Alcohol use disorders	15.8 (12 to 21)	32 (16 to 50)
16 Schizophrenia	16.0 (9 to 22)	48 (37 to 60)
17 Road injury	16.1 (12 to 20)	30 (13 to 49)
18 Bipolar disorder	16.6 (9 to 23)	41 (31 to 51)

Abbildung 1.5.: Übersicht über Erkrankungen und deren DALYs (aus Vos et al., 2012)

- **Soziale Dienstleistungen:** Die Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen erfordert oft soziale Dienstleistungen und Unterstützungssysteme, die finanzielle Ressourcen erfordern. Dazu gehören Rehabilitationsprogramme, psychosoziale Betreuung und Unterstützung für Angehörige.
- **Kriminalitätskosten:** Psychische Störungen können mit einem erhöhten Risiko für kriminelles Verhalten verbunden sein. Dies führt zu Kosten im Strafjustizsystem, einschließlich Festnahmen, Gerichtsverfahren und Inhaftierung.
- **Forschung und Entwicklung:** Investitionen in die Forschung und Entwicklung von Therapien, Medikamenten und Interventionen für psychische Störungen sind ebenfalls Teil der ökonomischen Bewertung.
- **Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen:** Psychische Störungen können auch auf volkswirtschaftlicher Ebene beträchtliche Auswirkungen haben. Ein gesünderes Arbeitskräftepotential kann zu höherer Produktivität und Wirtschaftswachstum führen.

Beispielhaft für die arbeitsplatzbezogenen Kosten psychischer Störungen sind in Abbildung 1.6 die Fehltage und Krankheitsfälle aufgrund psychischer Störungen von 1997 bis 2016 aufgeführt.

Entwicklung psychische Erkrankungen: Fehltage und Krankheitsfälle*

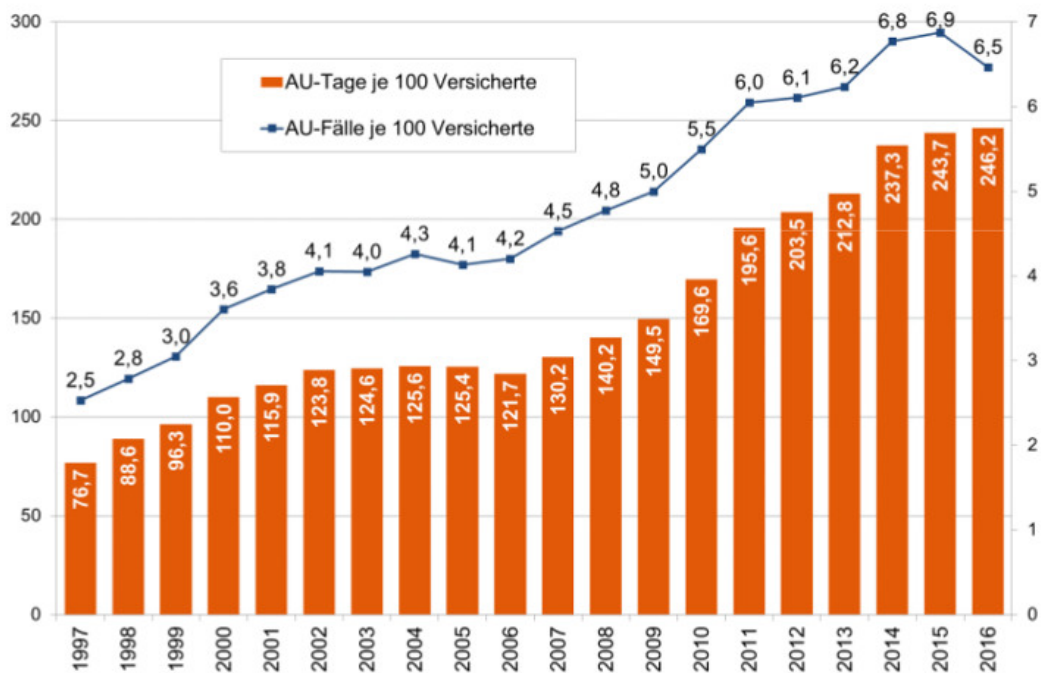


Abbildung 1.6.: Entwicklung der Anzahl der Fehltage und Krankheitsfälle aufgrund einer psychischen Störung von 1997 bis 2016 (siehe <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72732/Psychische-Erkrankungen-Fehltage-erreichen-Hoehchststand>)

Anhand der Abbildung 1.6 wird deutlich, dass es im Verlauf von 20 Jahren zu einer erheblichen Zunahme an AU-Tagen und AU-Fällen aufgrund psychischer Störungen gekommen ist. Entsprechend gestiegen sind die arbeitsplatzbezogenen Kosten aufgrund psychischer Störungen.

Laut einer [Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin](#) betragen die Produktions-

ausfallkosten und der Ausfall an Bruttowertschöpfung aufgrund von Arbeitsunfähigkeitstagen für psychische Störungen im Jahr 2021 ca. 123,3 Millionen Euro. Die Produktionsausfallkosten lagen bei 15,8 Milliarden. Bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, die Krankheitsgruppe mit den gravierenden Folgekosten, betragen die Kosten für die Arbeitsunfähigkeitstage 160,7 Millionen Euro und die Produktionsausfallkosten 20,5 Milliarden Euro.

1.7. Historisches

Es gibt viele wichtige Meilenstein im Umgang und Verständnis psychischer Störungen (Hoff, 2008). Nachfolgend sind einige ausgewählte Ereignisse und Entwicklungen aufgeführt:

1. **Humoralpathologie (5. Jahrhundert v. Chr.):** Hippokrates und Galen gelten als die ersten, die psychische Störungen als medizinische Krankheiten betrachteten. Hippocrates prägte den Begriff "Melancholie".
2. **Mittelalterliche Ansichten (5. bis 15. Jahrhundert):** Während des Mittelalters wurden psychische Störungen oft als Zeichen von Hexerei oder Besessenheit betrachtet. Die Behandlung umfasste oft religiöse Rituale und Exorzismen.
3. **Entwicklung der Psychiatrie im 18. Jahrhundert:** In der Aufklärung begannen einige Mediziner, psychische Störungen als medizinische Probleme zu betrachten. Philippe Pinel in Frankreich und William Tuke in England trugen zur humaneren Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in klinischen Einrichtungen bei. Einige Länder begannen Patienten mit psychischen Problemen von Kriminellen zu trennen. Dies führte zur Entstehung spezialisierter Einrichtungen für die Behandlung psychisch Kranker. Insgesamt entstand zunehmend ein differenzierteres Bewusstsein für die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker in der Gesellschaft.
4. **Klassifikationssysteme (spätes 19. und frühes 20. Jahrhundert):** Im späteren 19. und frühen 20. Jahrhundert entwickelte Kraepelin ein umfassendes Klassifikationssystem für psychische Störungen. Seine Arbeit legte den Grundstein für die moderne Klassifikation psychischer Störungen. Im gleichen Zeitraum entwickelte Freud die Psychoanalyse als theoretischen und therapeutischen Ansatz zur Erforschung des Unbewussten und zur Behandlung psychischer Störungen. Wichtige Personen, neben Emil Kraepelin (1856-1926), in der Gründungszeit der modernen Psychiatrie sind u.a.: Eugen Bleuler (1857-1939), Wilhelm Griesinger (1817-1868).
5. **Biologische Grundlagen (20. Jahrhundert):** Fortschritte in der Psychopharmakologie führten zu einem besseren Verständnis der biologischen Grundlagen psychischer Störungen. Die Einführung von Psychopharmaka wie Lithium, Antidepressiva und Antipsychotika revolutionierte die Behandlung von Patienten mit bestimmten psychischen Störung (Robinson, 2018).
6. **Einführung des DSM (1952):** Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) wurde erstmals vom [American Psychiatric Association](#) veröffentlicht und entwickelte sich zu einem international anerkannten diagnostischen Handbuch für psychische Störungen.
7. **Entstigmatisierung und Gemeindepsychiatrie (ab den 1960er Jahren):** Eine Bewegung zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und zur Förderung der Gemeindepsychiatrie entstand. Die Gemeindepsychiatrie betonte die Integration von Menschen mit psychischen Störungen in die Gemeinschaft und die Vermeidung von Institutionalisierung.
8. Der **Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete)** wurde 1975 fertiggestellt (Söhner et al., 2017). In dem Bericht wurden schwerwiegende Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker offenbart. In der Folgezeit kam es zu einer grundlegenden Verbesserung der Versorgung (z. B. ambulante vor stationärer Behandlung, Verkleinerung der Großkliniken, gemeindenahe Versorgung).

9. **Neurobiologische-neurowissenschaftliche Fortschritte (ab den 1990er Jahren):** Fortschritte in der neurobiologischen Forschung, einschließlich der Bildgebung wie fMRI und PET-Scans, ermöglichen tiefere Einblicke in die Funktionsweise des Gehirns, auch bei Patienten mit psychischen Störungen. Neben der Bildgebung entstand auch das Gebiet der Molekularen Psychiatrie, das sich mit der Identifizierung genetischer Faktoren bei psychischen Störungen, der Epigenetik, der Pharmakogenetik und der Neuroplastizität beschäftigt.
10. **DSM-5 (2013):** Die neueste Ausgabe des DSM, das DSM-5, wurde veröffentlicht und berücksichtigt Fortschritte in der Forschung und Klassifikation psychischer Störungen. Das DSM-5 betont jetzt u.a. stärker dimensionale Ansätze, die es ermöglichen, die Schwere und Ausprägung von Symptomen zu erfassen.
11. **ICD-11 (2024):** Die ICD-11 wurde von der WHO verabschiedet. Sie enthält eine verbesserte Klassifizierung psychischer Störungen und bietet substanzielle Aktualisierungen in Bezug auf psychische Gesundheit. Es gibt neue Kategorien und Unterkategorien, die auf aktueller Forschung und klinischer Praxis basieren. ICD-11 und DSM-5 nähern sich stärker an. Auch das ICD-11 verwendet vermehrt dimensionale diagnostische Ansätze (z. B. bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen).

1.8. Diathese-Stress-Modell

Das Diathese-Stress-Modell ist ein theoretisches Konzept, mit dem versucht wird, zu erklären, wie psychische Störungen entstehen (Zubin & Spring, 1977). Es postuliert, dass die Entwicklung psychischer Erkrankungen das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dispositionellen Anfälligkeiten (Diathese, Vulnerabilität) und belastenden Umweltfaktoren oder Stressoren ist.

Hier sind die grundlegenden Komponenten des Diathese-Stress-Modells:

- **Diathese (Anfälligkeit):** Diese Komponente bezieht sich auf Faktoren, die eine Person anfälliger für die Entwicklung einer psychischen Störung machen. Das können genetische Veranlagungen oder neurobiologische Merkmale sein, aber auch frühe Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsmerkmale (z. B. emotionale Labilität, Schüchternheit) und kognitive Verarbeitungsstile (z. B. negative Denkmuster, katastrophisierendes Denken).
- **Stressoren (Belastende Faktoren):** Die Stressoren repräsentieren die Umweltfaktoren oder Lebensereignisse, die auf eine Person im Laufe des Lebens einwirken und als Auslöser für die Manifestation einer psychischen Störung dienen können. Stressoren können unterschiedlicher Natur sein, darunter traumatische Ereignisse, Verluste/Trennungen, zwischenmenschliche Konflikte, Überforderung am Arbeitsplatz, Krankheiten/Gesundheitsprobleme, Diskriminierungen, Einsamkeit/soziale Isolation etc.
- **Wechselwirkung zwischen Diathese und Stress:** Das Modell betont, dass die Wechselwirkung zwischen der individuellen Anfälligkeit (Diathese) und den belastenden Umweltfaktoren (Stressoren) entscheidend ist. Eine Person mit einer höheren Diathese kann weniger Stress benötigen, um eine psychische Störung zu entwickeln, während jemand mit geringerer Anfälligkeit möglicherweise mehr belastende Ereignisse benötigt, um psychische Probleme zu bekommen.
- **Schwelle für das Auftreten einer psychischen Störung:** Das Diathese-Stress-Modell legt nahe, dass es eine (hypothetische) Schwelle gibt, die überschritten werden muss, damit eine psychische Störung manifest wird. Diese Schwelle kann individuell variieren. Einige Menschen können resilienter (widerstandsfähiger) gegenüber Stressoren sein und benötigen möglicherweise eine höhere Diathese, um eine psychische Störung zu entwickeln.

Das Diathese-Stress-Modell ist ein theoretisches Konzept, das biologische, genetische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt. Es erklärt, warum nicht alle Menschen, die belastenden Le-

bensereignissen ausgesetzt sind, zwangsläufig eine psychische Störung entwickeln. Die Variationen in der individuellen Anfälligkeit und die Art der erlebten Stressoren sind entscheidende Faktoren für die Entstehung von psychischen Störungen (siehe Abbildung 1.7).

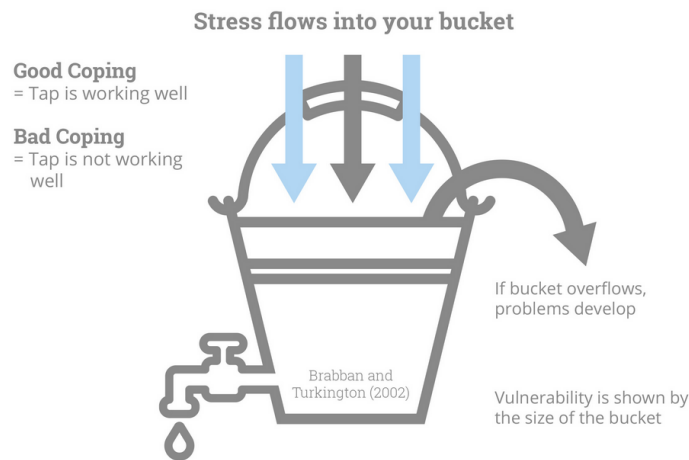


Abbildung 1.7.: Das Stress-Eimer-Modell

Das Stress-Eimer Modell von Brabban & Turkington (2002) veranschaulicht die Zusammenhänge der verschiedenen Elemente im Diathese-Stress-Modell.

Der "Eimer" steht für die Fähigkeit einer Person, mit Stress umzugehen. Genau wie ein physischer Eimer hat er ein begrenztes Fassungsvermögen. Diese Kapazität variiert von Person zu Person und wird durch Faktoren wie Widerstandsfähigkeit, Bewältigungsstrategien, Unterstützungssysteme und allgemeine psychische Gesundheit beeinflusst.

Das hereinfließende Wasser symbolisiert die verschiedenen Stressquellen im Leben einer Person. Stressoren können alles sein, was negative Emotionen verursacht (z. B. arbeitsbezogene Probleme, Beziehungsprobleme, finanzielle Sorgen, gesundheitliche Probleme). [Die Art und Weise, wie wir eine Situation interpretieren und bewerten, bestimmt unsere emotionale und physiologische Reaktion auf Stress.](#)

Das Abflussventil steht für externe und interne Ressourcen. Ressourcen sind die Mittel und Werkzeuge, die einer Person zur Verfügung stehen, um seine Ziel im Leben zu erreichen, aber auch um Stress (Distress) zu bewältigen. Dazu können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Optimismus), Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien), soziale Unterstützung, gesunde Gewohnheiten (z. B. Hobbies), Entspannungstechniken und Problemlösungsfähigkeiten gehören.

Wenn das Wasser (d. h. der Distress) im Eimer die Bewältigungsressourcen einer Person übersteigt, führt dies zu einem Überlaufen. Es wird eine "hypothetische Stressschwelle" überschritten. Dieser Überlauf äußert sich in verstärkter Angst, Depression, Reizbarkeit oder anderen psychischen Problemen. Es kann auch zu körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Verspannungen, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten etc. führen.

1.9. Arbeitsmodell der Psyche

In Abbildung 1.8 ist ein Arbeitsmodell der Psyche dargestellt (modifiziert nach Branch & Willson, 2023). Das Modell stellt die Verarbeitung von Informationen, die Bewertung dieser Informationen

durch vorhandenes Wissen (Konzepte, Schemata), die Emotionsentstehung und -regulation, menschliche Bedürfnisse und die Wechselwirkung mit der Umwelt in den Mittelpunkt (Stichwort: bio-psycho-sozial).

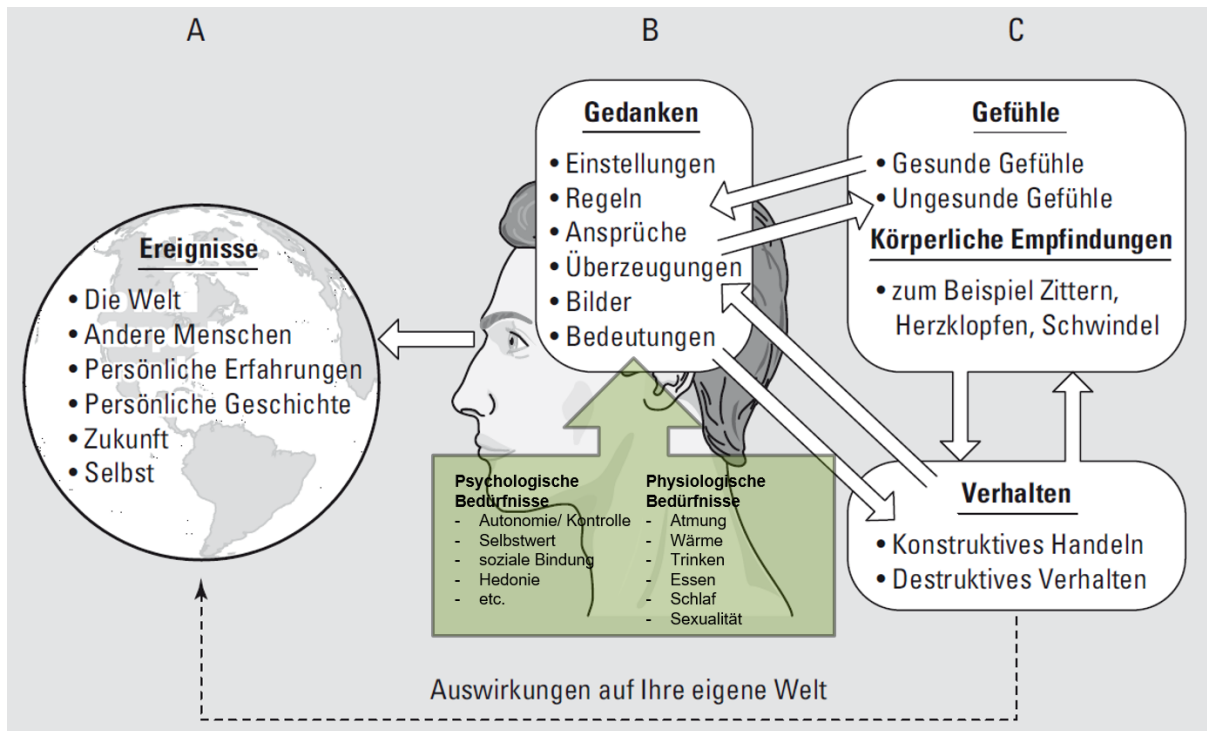


Abbildung 1.8.: Arbeitsmodell der Psyche: Die innere Welt in Abhängig von Auslösern (A), Bewertungen (B) und Konsequenzen (C)

Das vorgestellte Arbeitsmodell der Psyche ist vereinfacht und vernachlässigt die Vielzahl an psychischen Prozessen (z. B. Arbeitsgedächtnis, Handlungskontrolle, Aufmerksamkeit, Sprache, Selbstwahrnehmung, Emotionsregulation), sozialen, und kulturellen Aspekte, die für zielgerichtete Verhalten im Alltag notwendig sind. Auch werden neurobiologische Aspekte nicht berücksichtigt.

Nichtsdestotrotz ist das vorgestellte Arbeitsmodell eine gute erste Annäherung mit praktischem Nutzen zur Erklärung der Entstehung psychischer Probleme (z. B. soziale Ängste). Es betont vor allem die Bewertungsprozesse im menschlichen Denken, die entscheidend sind für die Art und Weise, wie wir Informationen verarbeiten, Entscheidungen treffen und auf unsere Umgebung reagieren. Diese Prozesse ermöglichen es uns, Werte, Bedeutungen und Relevanz den verschiedenen Informationen, Ereignisse oder Situationen zuzuweisen und zielgerichtet zu handeln. Natürlich spielen hier Emotionen und Motive noch eine wichtige Rolle.

1.10. Verständnisfragen

1. Definieren Sie "psychische Störung".
2. Wann gilt ein Verhalten als normabweichend? Welche Norm liegt hier zugrunde.
3. Warum ist Leiden bei der Definition einer psychischen Störung kein zentrales Kriterium?
4. Was würde es für Konsequenzen mit sich bringen, wenn Leiden zentral wäre.
5. Was versteht man unter dem Fachbegriff "Anosognosie"?
6. Was versteht man unter einer operationalisierten klassifikatorischen Diagnostik?

7. Welche Fakten bzw. Aspekte sprechen für die große Bedeutung psychischer Störungen im Gesundheitswesen?
8. Erklären Sie Disability Adjusted Life Years (DALYs).
9. Was gehört zu den direkten Kosten der Gesundheitsvorsorge?
10. Welche gesundheitspolitischen Konsequenzen ergeben sich aus den steigenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kosten, die durch psychische Störungen verursacht werden?
11. Wieviele AU-Tage gabe es seit 2016 laut DAK-Gesundheitsreport 2016?
12. Nennen Sie wichtige Meilensteine in der Historie psychischer Störungen. Wie haben sich die Konzepte und Definitionen von psychischen Störungen im 19. und 20. Jahrhundert im Kontext wissenschaftlicher Fortschritte und gesellschaftlicher Veränderungen entwickelt?
13. Welche Rolle spielten die Entwicklungen der Psychiatrie als eigenständige medizinische Disziplin im 19. Jahrhundert für die Behandlung und Wahrnehmung psychischer Störungen?
14. Wie trugen die Entwicklungen der Psychopharmakologie in der Mitte des 20. Jahrhunderts zur Entstigmatisierung und Behandlung psychischer Störungen bei?
15. Welchen Beitrag haben Kraepelin und Bleuler bei der Diagnostik psychischer Störungen geliefert? Welche Konsequenzen hatte der Bericht der Psychiatrie-Enquete (1975)?
16. Inwiefern haben gesetzliche und ethische Reformen im Bereich der Psychiatrie, wie die De-Institutionalisierung und die Etablierung von Patientenrechten, die Behandlung und das Verständnis psychischer Störungen im 20. Jahrhundert geprägt?
17. Wofür stehen die Abkürzungen ICD und DSM?
18. Erläutern Sie das Diathese-Stress-Modell an einem Beispiel.
19. In welcher Weise können unterschiedliche Arten von Stressoren (z. B. akuter Stress, chronischer Stress, traumatische Ereignisse) spezifische psychische Störungen hervorrufen oder verstärken?
20. Wie lässt sich erklären, dass einige Menschen trotz belastender Lebensereignisse keine psychischen Störungen entwickeln, während andere bei gleichen Umständen erkranken?
21. Wie könnte das Diathese-Stress-Modell helfen, personalisierte Behandlungsansätze für Patienten mit psychischen Störungen zu entwickeln? Welche methodischen Herausforderungen gibt es bei der Erforschung von Wechselwirkungen zwischen Diathese und Stress im Rahmen empirischer Studien?
22. Welche Implikationen ergeben sich aus dem Diathese-Stress-Modell für die Prävention psychischer Störungen, und wie könnten präventive Interventionen gestaltet sein?
23. Was wird in dem Stress-Eimer-Modell von Brabban & Turkington (2002) verdeutlicht?
24. Aufgrund welcher Faktoren wird in dem Arbeitsmodell der Psyche zielgerichtetes Verhalten initiiert?

Teil I.

Affektive Störungen

Affektive Störungen sind psychische Erkrankungen, die durch anhaltende Veränderungen in der Stimmung oder im Affekt gekennzeichnet sind. Diese Störungen beeinflussen die Art und Weise, wie Menschen Emotionen erleben und ausdrücken. Die beiden Haupttypen affektiver Störungen sind depressive Störungen und bipolare Störungen.

Affektive Störungen können das tägliche Leben, die Arbeitsfähigkeit und die zwischenmenschlichen Beziehungen erheblich beeinträchtigen. Die genauen Ursachen sind komplex und können genetische, neurobiologische, Umwelt- und psychosoziale Faktoren umfassen. Die Behandlung umfasst oft Psychotherapie, Medikamente oder eine Kombination beider Ansätze, abhängig von der Art und Schwere der Störung.

2. Affektive Störungen: Symptomatik

2.1. Einleitung

Affektive Störungen sind psychische Erkrankungen, die sich hauptsächlich durch Störungen der Stimmung oder des Affekts (emotionale Zustände) auszeichnen. Diese Störungen beeinflussen stark die Art und Weise, wie eine Person Emotionen erlebt, reguliert und ausdrückt.

2.2. Erfahrung mit Depression

Folgender [Erfahrungsbericht](#) macht deutlich, was in Menschen vorgeht, die unter einer Depression gelitten haben:

“Die ersten Anzeichen einer Depression liegen bei mir schon lange zurück. Da war ich 17 oder 18 Jahre alt. Jetzt bin ich 46 Jahre. Ich habe diese Anzeichen damals aber nicht mit einer Erkrankung in Verbindung gebracht.

Meine schulischen Leistungen wurden immer schlechter

Ich war in der Schule immer eine gute bis sehr gute Schülerin. Ab etwa der 10. Klasse habe ich aber gemerkt, dass es mir immer schwerer fiel zu lernen und mich zu konzentrieren. Ich bin leistungsmäßig stark abgesackt, habe mich überfordert gefühlt und konnte mir das überhaupt nicht erklären. In der anschließenden Ausbildung lief dann wieder alles ganz gut und ohne Probleme. Dann trat ich mein Studium an und die Anzeichen kamen wieder. Ich habe die Anforderungen meines Lebens damals nicht mehr auf die Reihe bekommen. Es wurde mir alles zu viel. Auch zu Hause. Manchmal habe ich ohne Grund angefangen zu weinen, richtig heftig zu weinen. Heute würde ich das als viele kleine Nervenzusammenbrüche bezeichnen. Nach einer gewissen Zeit habe ich mich aber immer wieder gefangen und konnte mein Studium abschließen.

Ich habe gedacht, dass ich mich nur zusammenreißen muss

Nach dem Studium musste ich mir eine Arbeitsstelle suchen. Ich saß jedoch monatelang bei mir zu Hause auf dem Sofa und habe Löcher in die Luft gestarrt. Ich habe es nicht geschafft, mich zu bewerben. Mein damaliger Freund hat gearbeitet und ich habe zu Hause gesessen. Ich habe damals nicht gedacht, dass ich krank sein könnte. Ich hatte eher den Eindruck, dass ich nicht richtig funktioniere, nicht so wie die anderen. Ich habe dann wieder irgendwann allein die Kurve gekriegt: Bin aus dem Loch rausgekommen, habe mich beworben, eine Stelle bekommen und war wieder im ganz normalen Leben. Aber auch in den guten Zeiten kam ich mir anders vor als Freunde und Kollegen, hatte vor allem weniger Energie. Und ich bin immer wieder in solche tiefen Löcher gefallen.

Einmal war der Freund einer Bekannten an einer schweren Depression erkrankt und war in Therapie. Ich habe diese Bekannte gefragt, ob ich so etwas auch haben könnte. Sie meinte dann nur: „Nee, du doch nicht. Du musst dich nur mal zusammenreißen.“ Das war für mich wie ein Schlag ins Gesicht. Aber ich habe ihr das geglaubt. Diese Erfahrung hat sich tief in mich eingegraben und hat es mir viele Jahre schwer gemacht, Hilfe zu holen.

Ich bin dann auch körperlich erkrankt. Ich bekam in Lebenskrisen immer eine Augenentzündung. Die Ärzte haben mich auf den Kopf gestellt und keine Ursache gefunden. Aber immer, wenn in meinem Leben etwas nicht stimmte, kam die Entzündung zurück.

Gute Phasen wechselten sich mit schlechten Phasen ab

Diese depressiven Phasen wechselten sich mit guten Phasen ab. Ich bin oft so zwei, drei Jahre gut zurechtgekommen. Und dann gab es Zeiten, wo ich über Monate nicht klarkam. Nach einer Trennung von meinem damaligen Partner bin ich dann tatsächlich zu einem Psychiater gegangen, nachdem ich in Heulkrämpfen zusammengebrochen bin und wie gelähmt war. Mir war klar, dass das kein normaler Trennungsschmerz mehr war. Der Arzt sprach zum ersten Mal von Depressionen und einer Therapie, aber ich bekam Angst, wollte das nicht und bin nicht mehr hingegangen. Ich saß zu Hause wie ein Häufchen Elend. Erinnerungen kamen hoch. Ich wusste, was in meiner Kindheit und Jugend schief gelaufen war und habe einen Deckel draufgehalten. Ich habe damals gedacht, wenn dieser Deckel ein klein wenig angehoben wird, dann läuft es über und überschwemmt mich. Ich wollte das damals nicht und habe beschlossen, alleine damit klarzukommen.

Einige Jahre später hatte ich bei der Arbeit einen großen Konflikt mit meinem Chef. Er übertrat eine Grenze und in mir zerbrach etwas. Ich bin nach diesem Konflikt immer wieder körperlich krank geworden, hatte zum Beispiel immer wieder Infekte. Ich war richtig von der Rolle. Zu Hause habe ich aber nicht gewusst, was ich machen soll und war nach Urlauben und Krankschreibungen froh, wieder arbeiten gehen zu können. Aber ich fing an, im Beruf Flüchtigkeitsfehler zu machen, habe Aufgaben nicht rechtzeitig fertigbekommen, habe mich total überfordert gefühlt und war sehr unkonzentriert.

Der Gedanke depressiv zu sein, fühlte sich jetzt „richtig“ an

Die Situation auf der Arbeit spitzte sich weiter zu. Ich bin dennoch die ganze Zeit zur Arbeit gegangen und habe ständig gedacht: „Ich muss funktionieren, kann doch die Kollegen nicht im Stich lassen!“ Ich bekam dann noch eine unberechtigte Abmahnung und hatte keine Kraft, mich dagegen zu wehren. In dieser Phase hat mich ein Freund angesprochen, ob ich eventuell Depressionen habe. Da hatte ich das Gefühl, dass er Recht haben könnte. Es fühlte sich „richtig“ an und ich habe mir gesagt, dass jetzt endlich etwas passieren muss und ich mir Hilfe holen muss.

Ich habe dann nach einem Therapeuten gesucht. Bei mir im Ort war das nicht so schwer. Im ersten Gespräch habe ich Rotz und Wasser geheult. Ich war völlig durch den Wind, da Dinge angesprochen wurden, die ich mein ganzes Leben zugedeckelt hatte. Ich habe gedacht, ich rutsche ab und bekomme das nicht bewältigt und hatte das Gefühl, dass es nicht für mich passt. Aber ich habe auch gedacht, eine Therapie muss so sein.

Ich hatte nach den ersten Gesprächen wieder einen Zusammenbruch und habe stundenlang geweint und gezittert, so schlimm, dass ich da nicht mehr rauskam. Mein Freund hat dafür gesorgt, dass ich zum Arzt gehe und ich wurde krankgeschrieben. Dann habe ich wie gelähmt und betäubt zu Hause gesessen. Jede Bewegung kostete unendlich viel Kraft. Ich habe wirklich auf dem Sofa gesessen und mich nicht bewegt. Jede Bewegung war unendlich anstrengend und hat sich angefühlt, als wenn ich durch eine zähe Suppe laufe. Da war mir manchmal der Weg in die Küche, um mir etwas zu trinken zu holen, zu weit. Einkaufen war ein Projekt für den ganzen Tag. Mehr habe ich nicht geschafft. Das ging mehrere Wochen so. In dieser Zeit kündigte mir auch mein Arbeitgeber, was im Grunde nur eine große Erleichterung war.

Ich habe die richtige Therapeutin für mich gefunden

Ich habe dann die Therapie bei meiner ersten Therapeutin abgebrochen und aufgrund der Empfehlung eines Freundes Kontakt zu einer anderen Therapeutin gesucht. Im Erstgespräch wusste ich sofort: Sie ist es. Ich hatte gleich Vertrauen zu ihr. Es ging mir aber inzwischen so schlecht, dass meine Hausärztin mich erstmal in eine Klinik eingewiesen hat. Ich war drei Monate in dieser Klinik. Dort

habe ich den Deckel aufgemacht und die ganzen Belastungen aus der Kindheit und Jugend rausgelassen. In der Klinik habe ich das erste Mal darüber gesprochen und es zugelassen. Mir wurde das erste Mal überhaupt klar, dass ich traumatisiert bin. Nach der Entlassung begann ich dann die ambulante Therapie.

Ich war später auch noch ein zweites Mal für zwei Monate stationär in einer Klinik. Es fing damals wieder mit den Symptomen an, dass ich mich fehl an meinem Platz gefühlt habe, unkonzentriert und überfordert war. Bei diesem zweiten Aufenthalt habe ich mich weiter intensiv mit meiner Geschichte auseinandergesetzt und bekam langsam wieder Boden unter den Füßen.

Ich war insgesamt sehr lange krankgeschrieben, die akute Krankheitsphase mit der Diagnose schwere Depression dauerte zwei Jahre. Dabei waren auch drei Monate in einer Tagesklinik, weil ich mit einer Therapiestunde pro Woche nicht zurechtkam.

Über die Tagesklinik wurde mir eine berufliche Rehabilitation vermittelt und nach zwei Jahren Krankenschreibung und zwei Jahren medizinisch-beruflicher Rehabilitation konnte ich wieder anfangen, zu arbeiten. Aber Vollzeit arbeiten geht nicht mehr, dazu fehlt mir einfach die Kraft. Ich arbeite seitdem in Teilzeit und bin teilberentet.

Ich bin wieder lebensfähig

Ich bin jetzt aus der akuten Depression schon länger heraus und wieder lebensfähig. Ich mache heute eine zweite, analytische Therapie mit einer Traumatherapie und lerne, mit meiner Familiengeschichte zu leben. Ein wichtiges Thema für mich ist, Grenzen zu setzen und auf mich zu achten. Wenn andere auf mich zukommen und nach Hilfe fragen, fällt es mir immer noch sehr schwer, das auch mal abzulehnen. Es ist auch nach wie vor eine Aufgabe für mich, zu akzeptieren, dass ich leistungseingeschränkt bin und viele Pausen brauche. Man vergleicht sich immer mit anderen, aber es ist wichtig, dass man „bei sich bleibt“.

Ich habe auch mal eine verhaltenstherapeutische Psychotherapie ausprobiert. Das war irgendwie nicht das Richtige für mich. Die tiefenpsychologische Therapie fühlte sich für mich und meine Lebensgeschichte besser, passender an. Ich musste mich schon an die Tiefe der Gespräche gewöhnen. Aber ich habe gemerkt, dass dies ein Weg ist, an den für mich wichtigen Lebensthemen und an meiner Lebensgeschichte zu arbeiten. Das ist ein langer Weg. Aber ich kann schon viel besser Grenzen setzen. Und wenn ich es schaffe, dann bin ich immer stolz auf mich!

Medikamente sind nach wie vor unverzichtbar für mich

Ich nehme auch Medikamente. Die Antidepressiva haben mich damals überhaupt erst in die Lage versetzt, eine Therapie machen zu können, gesprächsfähig zu sein. Ich brauche die Medikamente auch heute noch. Wenn ich mal vergesse, die Tabletten zu nehmen, spüre ich das. Ich ziehe mich dann immer mehr zurück und alles wird zu viel. Für mich ist klar: Ich brauche die Medikamente und muss sie regelmäßig nehmen. Ich habe keine schlechten Erfahrungen mit Nebenwirkungen, bis auf den Umstand, dass ich etwas zugenommen habe. Aber das ist für mich nicht wirklich schlimm.

Depressionen haben nichts mit Zusammenreißen zu tun

Depressionen haben nichts mit Zusammenreißen zu tun. Depressionen können jeden treffen. Es gibt keinen Grund, sich dafür zu schämen. Ich erzähle nicht jedem von meiner Erkrankung. Aber wenn es die Situation für mich erforderlich macht, dann stelle ich klar, warum ich etwas nicht machen kann. Das kann sicher auch mal nach hinten losgehen, aber bisher habe ich immer Glück gehabt. Es wurde bisher immer akzeptiert und dann war oft der Umgang miteinander leichter. Bei meiner aktuellen Arbeitsstelle habe ich ein Riesenglück mit meinem Chef und meinen Kollegen. Mir wird großes Verständnis entgegengebracht. Es ist zum Beispiel meist kein Problem, wenn ich kurzfristig ein paar Tage Urlaub brauche, weil ich merke, dass es zu viel wird.

Es gab Zeiten, da habe ich keine Zukunft für mich gesehen. Mein Leben bestand aus den nächsten drei Tagen, weiter zu denken hat mir Angst gemacht. Ich war nie akut suizidal, aber der Gedanke war schon da, oft auch täglich. Wenn die Gedanken, mir das Leben zu nehmen, stärker wurden, habe ich mir Hilfe gesucht. Zum Beispiel bin ich zu meiner Ärztin gegangen oder habe auch mal bei der Seelsorge angerufen. Diese Gespräche haben mir aus meinem Tunnel und den Gedankenkreislern herausgeholfen.

Die schönen Momente werden mehr, die Freude kommt wieder

Durch die Behandlung merke ich, wie es mir wieder besser geht und ich wieder Freude an Dingen spüre. Ich bin früher viel geritten. Und ich kümmere mich jetzt wieder um ein junges Pferd. Das macht mir richtig Freude. Und diese Freude hat in meinem Leben sehr lange gefehlt. Ich wusste gar nicht mehr, wie es sich anfühlt, wenn das Leben schön ist. Ich habe aber auch noch große Angst, dass es wieder so schlimm wird wie damals. Wenn es einem mal so extrem schlecht ging, vergisst man das nicht so leicht und es dauert lange, bis sich wieder Vertrauen in sich selbst aufbaut. Aber durch das in der Therapie Erlernte bin ich zuversichtlich.

Meine Diagnose lautete zuerst: wiederkehrende Depression. Mit der Zeit ist die Depression bei mir chronisch geworden. Aufgrund meiner Lebensgeschichte habe ich zusätzlich zur Depression auch eine posttraumatische Belastungsstörung und eine abhängige Persönlichkeitsstörung.

Ich finde es wichtig, dass sich Menschen trauen, Hilfe zu holen. Das kostet unendlich viel Kraft und Mut. Und Therapie ist auch richtig harte Arbeit. Wenn man zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten gehen möchte, dann hat man in der Regel etliche Wochen Wartezeit. Aber man darf da nicht aufgeben. Manchmal rutscht man irgendwo dazwischen. Notfalls kann man auch jemand anderen bitten, einen Termin für sich zu vereinbaren. Und man braucht manchmal etwas Zeit, bis man den Therapeuten findet, bei dem man sich aufgehoben fühlt. Es kann sein, dass man Geduld und einen langen Atem braucht, bis man den findet, der passt.

Eine Möglichkeit der zusätzlichen Unterstützung ist eine Selbsthilfegruppe. Eine Psychotherapie ist ja irgendwann zu Ende oder in der Zeit, in der man auf einen Therapieplatz oder einen Termin bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten wartet, tut manchen Menschen eine Selbsthilfegruppe gut. Es kann schon ein wenig Überwindung kosten, den ersten Kontakt zu einer solchen Gruppe aufzunehmen. Aber man ist da unter Menschen, die das Problem genau kennen und einen verstehen.

Wie offen man mit seiner Erkrankung umgeht, ist eine ganz individuelle Sache. Das muss jeder für sich entscheiden. Ich habe für mich den Weg der Offenheit gewählt und komme damit sehr gut zu recht.“

Auf der Internetseite gesundheitsinformation.de finden sich im Bereich Erfahrungsberichte noch zwei weitere eindrückliche Berichte. Auch auf der Internetseite der [Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention](http://www.stiftung-deutsche-depressionshilfe.de) kommen in kurzen Videos betroffene Menschen zu Wort.

2.3. Erfahrung mit Manie und Depression

Der nachfolgend abgedruckte Erfahrungsbericht stammt von der [Internetseite der taz](http://www.taz.de):

“In mir herrscht Krieg. Ich habe einen inneren Feind, gegen den ich immerzu kämpfe. Gegen diesen Feind schicke ich meine Heerscharen, aber die kommen geschlagen zurück. Noch habe ich nur Schlachten verloren. Den Krieg darf ich nicht verlieren.

Das Absurde aber ist: Mir ist gar nicht richtig klar, warum ich gegen diesen Feind überhaupt kämpfe. Der ist doch ein Teil von mir. Zwar ein Teil von mir, den ich nicht erklären kann, der auch gern den Schalter umlegt, mal in die, mal in die andere Richtung – aber eben ein Teil von mir. Ich muss

versuchen, eine halbwegs vernünftige Koexistenz herzustellen, wenn ich mit der Bipolaren Störung umgehen will. Aber befrieden kann ich den Zustand nicht. Der Krieg in mir wird den Rest meines Lebens weitergehen.

Was mit mir los ist, wurde richtig klar 2014, da war ich 44 Jahre alt. Das Jahr war eine Zäsur. Ich ging mit Freunden auf eine Reise, die gründlich schief ging. Geplant war ein Segeltörn von New York nach Deutschland. Schon New York hat mich gestresst, die Stadt war so laut und wahnsinnig heiß. Als wir dann aus New York raus gefahren sind, den Hudson hinunter, vorbei an der Freiheitsstatue, habe ich den Anker eingepackt – und mir wurde schlecht. Zuerst dachte ich noch: Ist ja normal, ich habe ja gerade nach unten geguckt. Oder ich bin seekrank. Aber das ging nicht mehr weg. Das war dann doch eine andere Nummer.

Mir war permanent komisch auf dieser Reise – außer, es ist gerade was passiert, es waren Wale da oder irgendeine Action, wie an dem Tag, an dem wir jemanden aus Seenot gerettet haben. Ansonsten habe ich in meiner Koje gelegen und trübe vor mich hingestarrt. Alles war schlimm und schrecklich. Die anderen haben irgendwann Angst bekommen, dass ich über die Reling hüpfte, und beschlossen, dass ich nach Hause muss. Also sind wir abgebogen zu den Bermudas. Von da aus bin ich dann zurückgefliegen, begleitet von einem meiner Freunde.

Über den Sommer habe ich mich erholt, hatte in der Freien Schule, in der ich damals als Geschäftsführer arbeitete, viel zu tun und dachte, mir geht's wieder gut. Bis mich die Kollegen eines Tages zum Teamgespräch geladen und mir gesagt haben: So, Jens, du packst jetzt deine Sachen, gehst nach Hause, lässt dich krankschreiben und kommst mindestens zwei Wochen nicht wieder.

Ich habe gar nicht verstanden, was die meinen, was die von mir wollen. Die sagten: Du bist unerträglich, ein völliger Kontrollfreak. Du bist unfassbar nervig und gereizt. Okay, hab ich mir da gesagt, geh ich morgen halt mal zu meiner Hausärztin. Und die hat mich dann direkt einweisen wollen. Das war noch komischer, das habe ich erst recht nicht verstanden, mich aber trotzdem krankschreiben lassen.

Also habe ich zu Hause rumgehangen, und mich mit meiner Frau so schwer gestritten, so existenziell, das sie mir nach 19 Jahren Ehe mit Trennung gedroht hat. Am darauf folgenden Tag bin ich völlig zusammengeklappt: Ich habe nur noch geheult, ich konnte mich nicht mehr bewegen, ich war tief verzweifelt. Ein Freund hat mich in die Klinik gebracht, da haben sie mich erst einmal zwei Wochen ruhiggestellt.

Dann ging die Diagnostik los, aber das ist nicht ganz einfach. Schon weil die Bipolare Störung so ein breites Spektrum hat. Man kann nicht sagen: Die Störung beginnt hier und endet dort. In meiner Selbsthilfegruppe erzählt keiner dieselbe Geschichte, die Krankheitsverläufe sind immer anders. Bei den einen geht das im Wochentakt oder sogar täglich hoch und runter, das nennt man Rapid Cycling. Bei anderen baut es sich ganz langsam auf, da können die Perioden anderthalb Jahre dauern. Andere fliegen ein paar Tage ab, wie man das aus dem Kino kennt.

Bei mir war das zudem noch schwieriger zu diagnostizieren, weil ich ein Hypomaniker bin. Das heißt, man merkt nicht so richtig, dass ich manisch werde. Es steigert sich langsam über Wochen, manchmal Monate, und ich funktioniere auch in der Manie noch ganz gut. Während schwere Maniker Haus und Hof versetzen, laufe ich zur Hochform auf, bin unheimlich kreativ, schaffe viel weg, fange aber auch irrsinnig viel an und bringe es nicht zu Ende.

Ich war bei einer Reha, aber da hatten sie nicht wirklich eine Ahnung, was bipolar bedeutet, und haben mich machen lassen: In den sechs Wochen habe ich ein Buch gemacht, einen dicken Folianten mit Gedichten und Zeichnungen, dazu noch eine ganze Serie mit anderen Arbeiten, ich hab für meine Frau eine Isländer-Strickjacke gestrickt und mich nebenbei noch in eine Mitpatientin verliebt, die gar nichts von mir wollte. Aber da steckte ich eben schon mitten im Wahn, ohne es zu merken. Mit Anfang 20 habe ich mal ein Theaterstück geschrieben und wollte das dann nicht nur inszenieren, sondern

auch gleich die Hauptrolle übernehmen, die Kostüme, alles. Am Schluss war ich fest überzeugt: Ich bin ein großer Künstler! Ich kann alles!

Der Wahn ist gigantisch. Plötzlich ist der Himmel offen, und ich habe das Gefühl, alles schaffen zu können. Aber man kriegt dann eben auch sein Leben nicht mehr geregelt, der Alltag ist einem egal. In solchen Phasen würde ich am liebsten alles hinschmeißen, den Job, die Beziehung, und nur noch Kunst machen. Aber das hält eben nur eine Weile an, und dann macht es puff, und alles ist vorbei, und man fällt in die Depression.

Die Depression ist dann, als würde mir jemand Tropfen für Tropfen Blei ins Hirn gießen. In letzter Konsequenz ist es wie eine Starre, aus der ich nicht mehr herauskomme. Außerdem tut mir auch körperlich alles weh, der ganze Körper schmerzt. Und mir ist ständig kalt, ich lege mich jeden Tag in die Badewanne. In solchen Augenblicken denke ich, ich habe keine Haut mehr.

Und dann kommen natürlich die Suizidgedanken. Ich stand schon mal an einer der meist befahrenen Bahnstrecken Europas, da kommt alle paar Minuten ein Zug lang. Aber ich konnte mich nicht vor einen werfen, weil mir der Lokführer leid tat. Letztes Jahr wollte ich auf die Autobahn rennen, aber ich machte mir Sorgen um den Lkw-Fahrer. Tatsächlich sind es solche Gedanken, die mich schon ein paarmal gerettet haben.

2014 in der Klinik sollte ich mein Leben aufschreiben, meine Stimmungsbrüche protokollieren. Da habe ich zwei Tage drüber gesessen – und dann haben wir festgestellt, dass es immer schon so war. Spätestens mit 17 hatte ich die erste heftige manische Episode, gefolgt von einer schweren Depression. Da erst wurde mir klar, dass über Jahre in Abständen immer wieder dasselbe passierte: Auf Phasen extremer Aktivität folgte ein Zusammenbruch, einmal auch mitten auf der Straße. Doch da wurde gesagt: Das ist ja normal, der hat zu viel gearbeitet, und jetzt ist er halt schlapp. Das hieß mal Überlastungssyndrom, später Burnout. Da macht man eine Pause, vielleicht eine Therapie, und dann geht es wieder.

Nach acht Wochen in der Klinik stand die Diagnose fest: Bipolare Störung. Seitdem werde ich mit Medikamenten eingestellt.

In der Zeit danach war ich erst einmal sehr wütend, weil mir bewusst wurde, um was es ging: Der Jens, der ich bin, wurde von allen und auch von mir selbst zum Kranken erklärt. Der sollte jetzt ein Medikament wie Lithium nehmen, das ihn unter eine Käseglocke verbannt, ihn gefühllos macht.

Vor unserem Haus steht eine Kletterrose. Ein irres Ding, das quasi explodiert, wenn sie blüht. Das sind Gerüche und Farben, Wahnsinn. Wenn ich unter Lithium bin, dann weiß ich nur, dass die Rose schön ist. Aber ich spüre es nicht mehr.

Noch schlimmer: Die Medikamente produzieren einen Jens, der angeblich normal ist, den ich aber gar nicht kenne. Dagegen habe ich mich lange gewehrt. Ich wollte das nicht wahrhaben und habe gesagt: Leckt mich doch, ich bin eben so. Geht doch selber damit um! Von angeblich normalen Menschen wird doch auch nicht erwartet, anders zu sein als sie sind. Von mir aber wird etwas verlangt, was ich nicht leisten kann. Was ich nur unter dem Einfluss von Medikamenten leisten kann.

Von außen kommt ganz viel Unverständnis. Denn es gibt ein großes Missverständnis zwischen den Bipolaren und ihrer Umwelt: Ich kann niemandem, absolut niemandem beschreiben, wie ich mich fühle. Jemand, der keine Depressionen hat, dem kann man nicht vermitteln, was eine Depression ist. Ich kann umschreiben, immer neue Adjektive finden. Aber die anderen können nicht wissen, wie man sich fühlt.

Mir ging das ja selbst so: Ich habe vorher ja auch gehört, was andere über Depressionen oder die Manie berichten, ich habe Bücher gelesen. Trotzdem wusste ich nicht, dass ich krank war, weil es bei mir ganz anders war.

Vielleicht kann man es so erklären: Ich sitze in einem Rollstuhl, nur sieht ihn keiner. Ich bin wie ein Rollstuhlfahrer, der nach dem Unfall versuchen muss, sein Leben im Rollstuhl zu leben, der sich damit arrangieren muss. Ich hoffe, ich lerne mit dem Rollstuhl zu leben. Aber ich weiß, ich werde nie wieder aus dem Rollstuhl rauskommen.

Bloß verlangt niemand von einem Rollstuhlfahrer, dass er aufsteht und geht. Von Bipolaren wird das verlangt. Wir müssen diese mehr oder weniger schrecklichen Medikamente nehmen, damit wir normal werden – was immer das ist. Das heißt aber, dass ich meine innere Normalität verleugnen muss, und das verletzt mich: Ich darf nicht mehr der sein, der ich eigentlich bin.

Ich verstehe dieses Ansinnen total, denn wir sind zeitweise schlimm anstrengend. Aber ich empfinde es auch als extrem verletzend, dass ich mich mit Medikamenten kastrieren soll. Dass ich ständig auf mich selbst achten muss. Andere dürfen doch auch einfach sie selbst sein.

Schließlich habe ich doch jahrelang wie jeder andere daran geglaubt, dass ich der bin, der ich bin. Jemand, der kreativ ist, der viel schafft. Ich habe immer Kunst gemacht, gemalt und gebildhauert, ich war Meisterschüler an der Hochschule der Künste in Berlin, ich habe ausgestellt. Wir haben in der Prignitz ein Haus gekauft und ausgebaut, eine kleine Firma aufgebaut, wir haben Kräutertee hergestellt und verkauft, nebenbei habe ich mitgeholfen, dort in der Einöde eine freie Schule aufzubauen. Nachdem wir in die Nähe von Dresden umgezogen sind, haben wir einen zweiten Hof renoviert, und die Freie Schule Dresden wurde mit mir als Geschäftsführer immer größer, Schulneubau inklusive. Und das alles, während wir vier Kinder großgezogen haben.

Im Nachhinein betrachtet klingt das auch für mich irre und überfordernd, aber damals war das völlig normal. Ich war so. Ich habe Sachen in meinem Leben geschafft, auf die ich stolz bin. Sachen, die manch anderer nicht geschafft hätte. Sachen, die ich aber eben ohne die Störung vielleicht nie angegangen hätte, vielleicht nie geschafft hätte.

Aber jetzt soll ich etwas ganz anderes sein. Der Jens, den ich kenne, der ist seit der Diagnose krank. Der Jens ist jetzt bipolar, und das geht nicht. Ich soll jetzt ein anderer Jens sein, ich soll der normale Jens sein. Aber dieser Jens will ich eigentlich nicht sein.

Es ist nur die Vernunft, die mir sagt: Versuche dieser normale Jens zu sein. Denn mittlerweile habe ich verstanden und akzeptiert, dass ich die Krankheit in den Griff bekommen muss, weil sie selbstzerstörerisch ist. Weil mein Rücken, mein ganzer Körper die manischen Phasen auf Dauer nicht mitmachen würde, weil ich meine Frau nicht verlieren will, nicht verlieren kann, weil ich meine sozialen Beziehungen nicht zerstören will, weil ich mich irgendwann umbringen würde. Also nehme ich meine Medikamente.

Das Lithium, das ich früher nehmen musste, war schrecklich. Das hat mich lahmgelegt und dafür gesorgt, dass die Phasen sich zum Teil täglich abgewechselt haben. Mittlerweile nehme ich ein neues Medikament, das heißt Quetiapin und ist zwar sehr viel besser, aber auch das hat Nebenwirkungen. Ich muss genau planen, wann ich es einnehme, weil ich manchmal eine Stunde später einfach ausgeschaltet werde und einschlafe.

Eine andere Nebenwirkung ist, dass ich mich an fast jeden Traum erinnern kann. Ich wache morgens auf und statt die Träume zu vergessen wie andere, verfolgen sie mich den ganzen Tag lang. Einige sind so präsent, die muss ich aufschreiben, sonst werde ich sie nicht mehr los. Letzte Nacht habe ich zum Beispiel geträumt, ich bin Regaleinräumer in einem Großmarkt. Aber ich mache alles falsch, was man falsch machen kann. Und jedes Mal, wenn ich etwas falsch mache, wird mir nach einem komischen Punktesystem etwas vom Lohn abgezogen, so dass ich am Schluss gar nichts mehr verdiene. So was ist noch kein echter Albtraum, aber wenn man das dann den ganzen Tag mit sich rumschleppt, ist das auch scheiße.

Es gibt auch richtige Alpträume, wo ich nachts schreiend aufwache, weil ich ermordet werde. Oft haben sie mit meiner Familie zu tun, zum Beispiel: Vater fliegt ein Flugzeug. Mutter steigt auf die Tragfläche, redet die ganze Zeit, bindet sich fest und stellt sich wie ein Artist vor das Cockpit. Ich klammere mich an auf der Tragfläche liegende Seile und habe furchtbare Höhenangst. Vater sitzt jetzt am Ende der Tragfläche und lacht. Später beschimpfe ich ihn wegen seiner Ignoranz und werfe Meißner Teller mit Zwiebelmuster, von denen nur der Rand etwas angeschlagen ist.

Ich weiß, ich werde nie gesund werden. Die Bipolare Störung heißt nicht umsonst Störung und nicht Krankheit, weil das suggerieren würde, sie wäre heilbar. Ich bin nicht krank, ich bin so. Das ist das Problem.

Man kann nur versuchen, mit den Medikamenten die höchsten Spitzen und die tiefsten Tiefen zu kappen. Jemand, der nicht bipolar ist, kann sich das wahrscheinlich nicht vorstellen: Ich kapiere nicht, dass ich in einer Notsituation stecke. Ich registriere schon, dass alles schräg ist, dass Menschen auf mich seltsam reagieren, aber ich denke dann nicht daran, mir helfen zu lassen.

Es gibt beispielsweise gemischte Episoden, in denen man gleichzeitig manisch und depressiv ist. Das sind eigentlich die gefährlichsten Situationen. Mitten in so einer Episode bin ich einmal losgelaufen und meinte, Deutschland zu Fuß durchqueren zu müssen. Ich bin kreuz und quer durch die Gegend gewandert. Von Dresden nach Leipzig, mit dem Zug nach Prenzlau, von dort an die Ostsee, die ganze Küste lang und das Grüne Band, also die ehemalige innerdeutsche Grenze, bis zum Brocken, durch den Südharz und das Saaletal.

Insgesamt waren es 1.300 Kilometer in sechs Wochen, manchmal bin ich mehr als 50 Kilometer am Tag gelaufen. Ich hatte so viel Druck im Kopf, so viel Druck auf den Schultern, ich wusste, dass etwas Blödes passieren würde, wenn ich nicht weiterlaufe. Kurz vorm Saaletal war der Druck dann so groß, dass ich das Bedürfnis hatte, mich umzubringen. Dann bin ich von da aus nach Bad Kösen in eine Reha-Klinik gelaufen, die ich schon kannte, damit die mich auffangen.

Deshalb ist es wahnsinnig wichtig, dass man ein funktionierendes soziales Umfeld hat. Menschen, die einen auffangen und notfalls eben einweisen. Denn eine schwere Depression bedeutet: Wenn ich jetzt nicht in die Klinik komme, bringe ich mich wahrscheinlich um.

Viele Bipolare haben aber kein funktionierendes soziales Umfeld mehr, weil sie es im Wahn zerstört haben. Ich habe meine Frau, ich habe einen Freundeskreis, eine Arbeit. Meine Frau und unsere beiden besten Freunde haben sich schon zwei-, dreimal zusammengesetzt und mir anschließend die Pistole auf die Brust gesetzt: Du musst jetzt in die Klinik.

Doch wird das Umfeld koabhängig von meiner Störung, vor allem meine Frau natürlich. Die hat den ganzen Scheiß dann allein an der Backe, muss sich nicht nur um mich kümmern, sondern auch um die Kinder, um den Hof, um alles, was liegen bleibt, weil ich depressiv in der Ecke hänge oder in der Klinik bin. Ihr Leben und zum Teil auch das meiner Kinder muss sich während der Episoden nach mir ausrichten: Der Kranke mit seinen Höhen und Tiefen bestimmt das Leben aller anderen. Dass meine Frau trotzdem bei mir bleibt, ist auch der Beweis, wie sehr sie mich liebt.

Deswegen trage ich aber auch immer eine Schuld mit mir herum. Es sagt zwar niemand zu mir: Du bist doch wieder manisch! Du bist doch wieder depressiv! Aber ich hinterfrage das andauernd. Ich beobachte mich ständig selbst. Das ist eine permanente unfreiwillige Selbstkontrolle. Immerzu frage ich mich: Bin ich normal? Oder schon manisch? Oder depressiv? Heute, wenn ich auf Arbeit einen Fehler mache, dann sage ich mir nicht: Jeder macht mal einen Fehler. Stattdessen frage ich mich: War das jetzt die Krankheit?

Ich darf nicht einfach leben wie andere, ich muss immerzu mich selbst reflektieren und jede meiner Handlungen hinterfragen. Das nervt, das ist wahnsinnig anstrengend. Diese ständige Schuld werde ich nicht los.

Auf der anderen Seite hilft einem die Gesellschaft nicht. Es ist klar, dass ich keine 40 Stunden die Woche arbeiten kann, weil mich der Stress so antriggern würde, dass eine manische oder depressive Periode ausgelöst werden würde. Und so ein Aufenthalt in der Psychiatrie ist kein Spaß, das ist großer Scheiß. Weggesperrt zu werden, weil du dich im Ernstfall umbringen könntest.

Also habe ich einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt. Es ist klar, ich habe diese Störung. Es ist klar, dass ist eine der zehn schlimmsten psychischen Störungen, die es gibt. Es ist klar, bis zu 30 Prozent der Bipolaren bringen sich um. Aber ich kriege keine Erwerbsminderungsrente, weil ich nicht vor 1961 geboren wurde. Das ist die Begründung. Es gibt einen Stichtag, ab dem kriegt man die Rente nicht mehr. Stattdessen sagen Rentenversicherung und Arbeitsamt: Wenn ich den Job, den ich mache, nicht mehr machen kann, soll ich mir einen neuen suchen. Aber das ist totaler Quatsch: Dieser Job ist ja gerade ein wichtiger Teil meines sozialen Umfelds, das ich brauche, um mit der Störung leben zu können, weil es akzeptiert, dass ich jederzeit ausfallen kann.

Das Amt will das nicht verstehen. Da ist man verzweifelt. Ich sage mir dann selber: Steh doch einfach auf aus deinem Rollstuhl und fang an zu laufen. Das ist so entwürdigend: Ich bin krank, hab diese scheiß Kiste an der Backe, die Gesellschaft erwartet von mir, ihre Normen einzuhalten, aber weil man es mir nicht ansieht, habe ich nichts zu erwarten. Darunter leide ich sehr.

Wenn ich in meine Familiengeschichte blicke, dann ist das alles keine Überraschung: Eine Großmutter und wahrscheinlich auch ein Großvater haben Selbstmord begangen. Mein Vater hat sich in Raten umgebracht mit Alkohol, Nikotin und Kaffee. Auch meine Mutter hat versucht, sich umzubringen, und außerdem ist sie möglicherweise eine Borderlinerin: Man konnte nie sicher sein, ob man sich eine einfing oder ob sie im nächsten Moment mit einem durchs Zimmer tanzte.

Ich bin nicht wütend auf meine Eltern, jedenfalls nicht, weil sie selbst irgendetwas in sich getragen haben. Aber weil sie sich nicht gekümmert haben. Ich finde nicht, sie hätten unbedingt eine Therapie machen müssen. Aber sie hätten sich um sich – und damit auch um mich und meine Brüder – kümmern müssen. Stattdessen haben sie mir das alles unreflektiert mitgegeben. Vielleicht konnten sie das damals nicht anders.

Ich habe mit meinen Kindern gesprochen. Ich beobachte meine Kinder sehr genau, ob ich Symptome an ihnen erkennen kann. Und ich habe ihnen gesagt, dass sie auf sich achten sollen. Zum Glück ist bislang kaum etwas zu sehen, ich hoffe natürlich, das bleibt so. Natürlich tut mir leid, dass ich ihnen womöglich etwas mitgegeben habe, zumindest die Veranlagung dazu, aber was soll ich tun? Ich kümmer mich wenigstens. Ich habe drei Psychotherapien hinter mir und in den letzten fünf Jahren etwa acht Monate in Kliniken verbracht.

Mit dem neuen Medikament komme ich besser klar. Zu Beginn der depressiven Phase, in der ich gerade bin, hatte ich das erste Mal das Gefühl: Ja, jetzt beginnt eine Depression, aber ich komme aus der auch wieder raus. Das ist schon eine Verbesserung. Das Loch ist immer noch genauso schwarz. Zumindest glaube ich daran, dass ich es wieder verlassen werde."

Weitere Erfahrungsberichte

Eine weiterer sehr eindrucksvoller Lebensbericht stammt von dem Schriftsteller Thomas Melle (Melle, 2016). In seinem Buch "Welt im Rücken" erzählt er von seinem Umgang mit der Krankheit, von persönlichen Dramen und langsamer Besserung – und gibt so einen außergewöhnlichen Einblick in das, was in einem Erkrankten vorgeht.

Ebenfalls sehr lesenswert ist die Autobiographie von Kay Redfield Jamison, die auch von einer bipolaren Störung betroffen und gleichzeitig eine führende Forscherin in diesem Fachgebiet ist (Jamison, 2014).

Weitere Erfahrungsberichte finden sich auf der [Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.](#)

2.4. Depression vs Manie

In der Tabelle 2.1 sind die zentralen Symptome einer Depression und einer Manie aufgeführt.

Tabelle 2.1.: Depressive und manische Symptome

Depression	Manie
Schwermut oder Niedergeschlagenheit oder Verzweiflung	Gehobene, expansive oder gereizte Stimmung
Interessenlosigkeit	Erhöhtes Erregungsniveau (teilweise aggressive Erregung)
Antriebsminderung	Antriebssteigerung
Selbstwertverlust	Rededrang (Logorrhoe)
exzessive oder unangemessene Schuldgefühle	Ideenflucht
Wiederkehrende Gedanken an den Tod (Suizidalität)	erhöhte Ablenkbarkeit
Kognitive Defizite (z. B. Konzentrations- und Gedächtnisprobleme)	Vermindertes bzw. reduziertes Schlafbedürfnis
Psychomotorische Veränderungen (z. B. Unruhe, Agitiertheit, Verlangsamung)	Gesteigerte Libido
Schlafstörungen (Ein- und/oder Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen)	Reduzierte soziale Hemmungen
Appetitstörungen	Riskantes Verhalten
Unfähigkeit Freude empfinden zu können (Anhedonie)	Selbstüberschätzung
	verminderte Krankheitseinsicht

Abbildung 2.1 verdeutlicht nochmals die beiden potentiellen Ausprägungen (Pole) einer affektiven Störung.

Gehobene Stimmung, gesteigertes Selbstbewusstsein, Größenideen, Euphorie oder Dysphorie, Antriebssteigerung, Vermindertes Schlafbedürfnis, verstärktes Kontaktbedürfnis, verringerte Verhaltenshemmung, spontanenüberlegtes Verhalten etc.

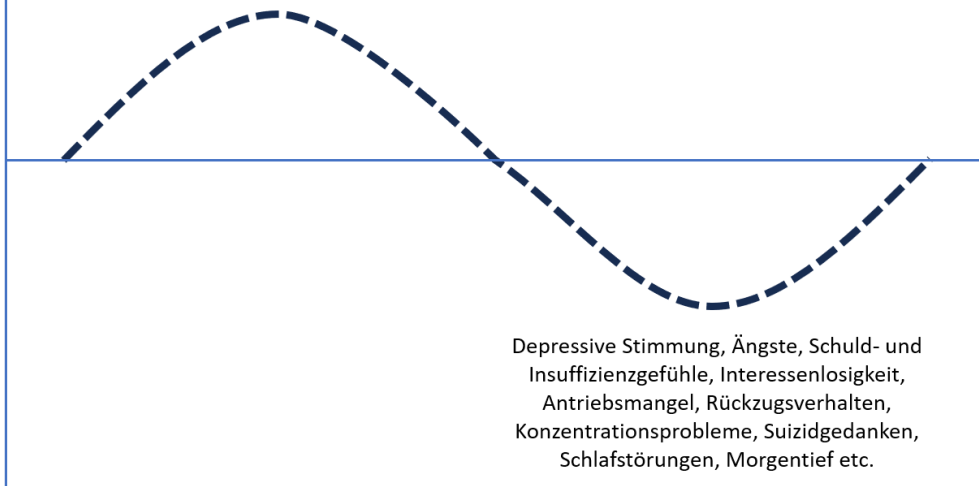


Abbildung 2.1.: Manie und Depression

3. Affektive Störungen: Diagnostik

3.1. Einleitung

In diesem Kapitel wird beschrieben, ob und wie die Diagnose einer affektiven Störung gestellt werden kann. Generell gilt, dass zur Klärung der Frage, ob eine psychische und insb. eine affektive Störung vorliegt, eine Reihe von Informationen erhoben werden müssen.

Der Umfang des diagnostischen Vorgehens ist dabei abhängig vom Anlaß (z. B. Suchtberatung, ambulante Psychotherapie) und dem Setting (z. B. Klinik). In Abbildung 3.1 sind die allgemeinen Schritte aufgeführt, die nicht nur für die Diagnostik einer affektiven Störung, sondern auch bei anderen psychischen Störungen relevant sind.

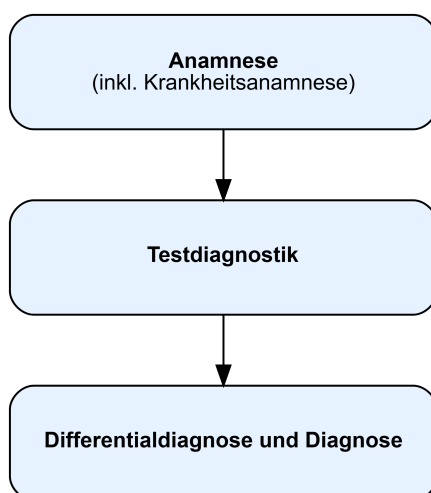


Abbildung 3.1.: Ablauf (Schritte) bei der Diagnostik psychischer Störungen

In der nachfolgenden Auflistung sind die wichtigsten Bestandteile der verschiedenen Schritte aufgeführt:

- **Anamnese**

- Beschwerden: Anlaß der Vorstellung, aktuelle Beschwerden und Probleme sowie explizite und implizite Anliegen
- Patientenbiografie
- Psychosoziale Faktoren: Stressfaktoren, Lebensereignisse und soziale Umstände
- Krankheitsanamnese: Verlauf der Symptome, frühere Episoden, vorausgehende Behandlungen, familiäre Vorbelastungen
- Medikation: aktuelle Medikamente, Drogenkonsum

- **Testdiagnostik**

- Strukturierte Interviews: z. B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5-Störungen (SCID-5), Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)

- Checklisten (Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10)
- Standardisierte Fragebögen: z. B. Beck-Depressionsinventar (BDI), Hamilton-Depressionsrating-Scale (HAM-D)
- **Differentialdiagnose und Diagnose**
 - Ausschluss anderer psychischer Störungen: Abgrenzung der affektiven Störungen von anderen psychischen Erkrankungen
 - Berücksichtigung von Komorbiditäten: Vorhandensein von begleitenden Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen)
 - Ausschluss körperlicher Erkrankungen: Ausschluss von organischen Ursachen oder Begleiterkrankungen, die ähnliche Symptome verursachen können.
 - Psychischer Befund
 - Diagnose(n): Aufgrund der gesammelten Informationen und unter Berücksichtigung diagnostischer Kriterien wird eine oder mehrere Diagnosen gestellt.

Tests und Testdiagnostik im klinischen Alltag

Im klinischen Alltag werden strukturierte klinische Interviews nicht immer routinemässig durchgeführt. Die Durchführung eines klinischen Interviews ist zeitaufwändig und nicht zwingend notwendig, insb. wenn die Symptomatik relativ eindeutig ist. Auch die Durchführung von Test- und Ratingsverfahren hängt sehr vom Setting und der Zielsetzung ab.

3.2. Anamnese

Eine Anamnese („gründlicher Rückblick“, „In-Worte-Fassen von Vergangenen“) beinhaltet die systematische Erfassung der Krankengeschichte eines Patienten. Es werden Informationen über die gegenwärtigen Beschwerden, vergangene und aktuelle Krankheiten, Medikamenteneinnahme, familiäre Krankheitsgeschichte, Lebensgewohnheiten sowie psychosoziale Faktoren gesammelt. Für die Durchführung einer Psychotherapie ist auch noch das Erfragen der subjektiven Störungs- und Behandlungstheorien sehr wichtig. Unterschieden werden eine Eigen- und Fremdanamnese.

Folgende Fragen sind hilfreich bei der Anamnese:

- Warum sind Sie zu uns gekommen? Beschreiben Sie die Probleme, weswegen Sie gekommen sind. Unter welchem der aufgeführten Probleme/Beschwerden leiden Sie am meisten? Wie häufig treten diese Probleme/Beschwerden auf? Was sind Ihre größten Sorgen/Ängste im Leben? Welche Probleme benennen andere Personen? Wann haben die Probleme/Beschwerden begonnen?
- Haben sich bei Ihnen durch die Probleme/Symptome private oder berufliche Probleme ergeben? Wenn ja: Welche?
- Welche Ursachen sehen Sie für ihr(e) Problem(e)? Haben Sie Vermutungen, wie Ihre Probleme entstanden sein könnten und womit sie zusammenhängen? Was sagen andere Personen?
- Wie haben Sie bisher versucht Ihre Probleme zu bewältigen? Was hat gut funktioniert/geholfen? Was weniger? Welche Personen könnten Ihnen bei der Bewältigung der Probleme behilflich sein und ggf. in die Therapie mit einbezogen werden? Befanden Sie sich bereits wegen dieser oder anderer Probleme in stationärer oder ambulanter Behandlung? Wenn ja, wo? Was wurde gemacht? Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Was sagen andere Personen, wie Ihre Probleme/Beschwerden bewältigt werden können?
- Was an Ihrem augenblicklichen Verhalten würden Sie gerne ändern? Was erhoffen Sie sich von der Therapie? Was ist das Beste was durch die Therapie passieren könnte?

- Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, welche Sie bei der Bewältigung Ihrer Belastungen helfen könnten?

Exploration

Die Exploration ist ein Begriff, der sich auf die systematische Untersuchung des Patienten bezieht, um Informationen über den Gesundheitszustand zu sammeln. Eine Exploration kann verschiedene Aspekte umfassen, einschließlich körperlicher, psychischer und sozialer Untersuchungen. Während die Anamnese auf die Sammlung von Informationen über die Lebens- und Krankheitsgeschichte abzielt, geht die Exploration über reine Selbst- und/oder Fremdb Berichte hinaus und kann spezielle Untersuchungen oder tiefere Gespräche beinhalten, um den Gesundheitszustand des Patienten besser zu verstehen.

3.3. Testdiagnostik

Die Testdiagnostik bezieht sich auf den Einsatz von standardisierten Messinstrumenten (Tests, Ratingsskalen, Fragebögen, standardisierten Interview), um möglichst objektive, reliable und valide Informationen über den Gesundheitszustand eines Patienten zu sammeln, Symptome zu bewerten oder bestimmte Fähigkeiten oder Merkmale zu messen (Möller, 2015).

Medizinische Tests: Hierzu gehören Labortests wie Blutuntersuchungen, Urinalysen, bildgebende Verfahren wie Röntgenaufnahmen, CT- oder MRT-Scans sowie spezialisierte Tests wie EKGs oder EEGs. Diese Tests dienen dazu, körperliche Erkrankungen oder Anomalien zu identifizieren.

Psychologische und neuropsychologische Tests: Psychologische Tests werden eingesetzt, um die kognitive Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale, psychische Störungen oder Verhaltensmuster zu erfassen. Beispiele sind IQ-Tests, Persönlichkeitstests, Projektive Tests und Leistungstests. *Neuropsychologische Tests* sind eine Untergruppe psychologischer Tests und fokussieren auf die Erfassung und Beurteilung kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache, räumliches Denken usw. Viele (neuro-)psychologische Tests sind normiert, so dass der Testwert einer Person mit den Normwerten verglichen werden kann (Abbildung 3.2).

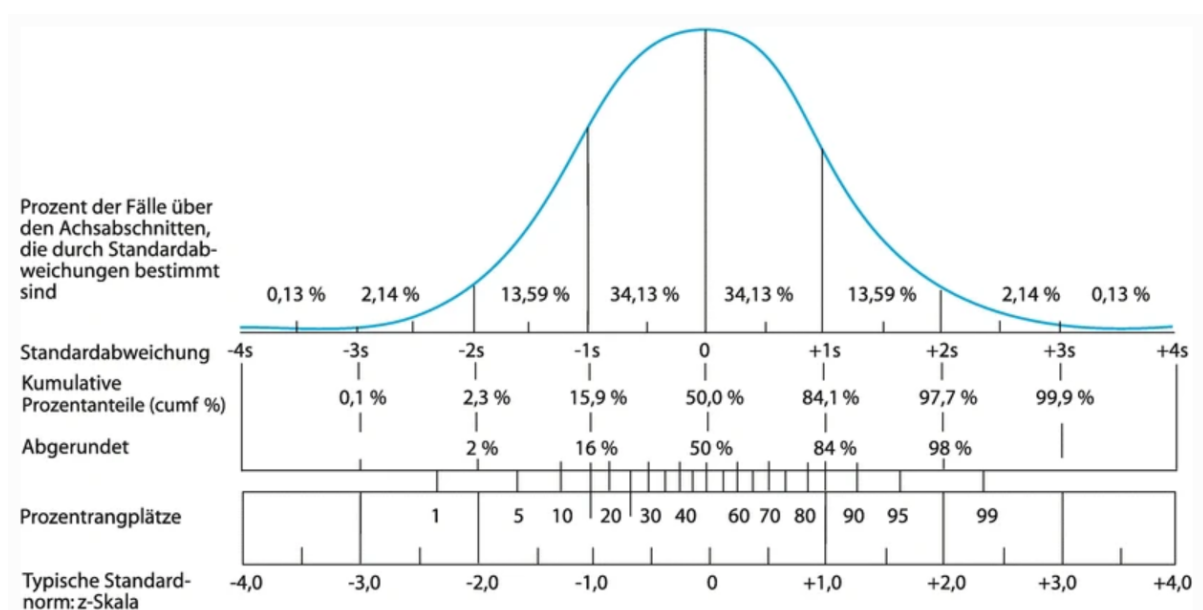


Abbildung 3.2.: Normwerte und Normalverteilung

Normwerte repräsentieren den Durchschnitt und die Streuung von Messungen in einer Population. Sie dienen als Referenzpunkte, um individuelle Ergebnisse oder Leistungen zu vergleichen und zu interpretieren.

Screening-Tests: Screening-Tests sind Kurzskalen, die verwendet werden, um eine große Personen- gruppe (Population) oder um einzelne Patienten schnell auf das Vorhandensein einer bestimmten Krankheit oder eines Risikofaktors zu überprüfen.

Keine Diagnosestellung anhand von Testergebnissen

Anhand von Tests und Testergebnissen werden keine Diagnosen gestellt. Testergebnisse liefern "nur" Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung. Eine Diagnosestellung basiert auf einer Kombi- nation von verschiedenen Informationen und -quellen. Sie beinhaltet auch differentialdiagnostische Überlegungen, also die Unterscheidung eines bestimmten Gesundheitszustands oder einer bestimm- ten Krankheit von anderen, die ähnliche Symptome aufweisen können.

Selbstbeurteilung bezieht sich auf die Einschätzung und Bewertung einer Person über sich selbst. Dies geschieht durch Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung. Zum Beispiel kann eine Person ihre ei- genen Fähigkeiten, Emotionen, Verhaltensweisen und Gedanken bewerten. Selbstbeurteilung kann subjektiv sein und von persönlichen Einstellungen, Erfahrungen und Überzeugungen beeinflusst wer- den. Es ist das, was eine Person über sich selbst denkt und wie sie sich selbst einschätzt.

Selbst- und Fremdbeurteilungen

Fremdbeurteilung können genauso wie Selbstbeurteilungen subjektiv sein, da sie von den Wahrneh- mungen, Meinungen und Erfahrungen der Beurteilenden beeinflusst wird. Entsprechend können An- gaben auch hier verzerrt bzw. fehlerbehaftet sein. Man spricht dann allgemein von einem "Bias".

Fremdbeurteilung hingegen ist die Einschätzung und Bewertung einer Person durch andere. Sie ba- siert auf der Wahrnehmung, die andere Personen über das Verhalten, die Fähigkeiten oder die Per- sönlichkeit einer Person haben. Diese Einschätzungen können von verschiedenen Personen erhoben werden, wie z. B. Freunden, Familie, Kollegen oder Experten.

In Tabelle 3.1 sind häufig verwendete Depressionsfragebögen aufgeführt.

Tabelle 3.1.: Übersicht über häufig eingesetzte deutschsprachige Depressionsfragebögen

Name des Fragebogens	Beschreibung	Autoren	Datum der Ver- öffentlichung	Anzahl der Items
Beck-Depressions- Inventar (BDI)	Ein häufig verwendetes Instrument zur Beurteilung der Schwere von Depressionssymptomen. Es besteht aus 21 Fragen, die die kognitive, emotionale und körperliche Ebene der Depression messen.	Beck AT, Steer RA, Brown GK	1996	21
Allgemeine Depressionskala (ADS)	Ein Instrument zur Messung von depressiven Symptomen bei Erwachsenen. Der Fragebogen umfasst verschiedene Dimensionen der Depression und wird im klinischen Kontext verwendet.	Hautzinger M, Bailer M, Hofmeister D, Keller F	2012	20

Name des Fragebogens	Beschreibung	Autoren	Datum der Veröffentlichung	Anzahl der Items
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depression bei klinischen Patienten. Es umfasst 7 Fragen zur Depression und wird oft in medizinischen Settings eingesetzt.	Herrmann C	1995	7
Deutsche Version der CES-D (D-CES-D)	Eine übersetzte und angepasste Version der CES-D zur Erfassung von depressiven Symptomen in der Allgemeinbevölkerung. Der Fragebogen umfasst 20 Fragen.	Hautzinger M, Bailer M	1994	20
Rasch-basiertes Depressions-Screening (DESC)	Ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit zwei Parallelversionen für Depression, das sowohl zur Beurteilung der Schwere einer Depression als auch zum Depressions-Screening eingesetzt werden kann. Es ist besonders geeignet für die Diagnostik von Depression bei körperlich erkrankten Menschen sowie für wiederholte Testungen und Verlaufsmessungen.	Forkmann T, Böcker M, Wirtz M, Norra C, Gauggel S	2020	22
Fragebogen zur Depressionsdiagnostik für Kinder und Jugendliche (DIKJ)	Ein Instrument zur Erfassung von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen. Es wurde für die Altersgruppe angepasst und umfasst verschiedene Aspekte der Depression.	Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M	2007	26
Kinder- und Jugend-Diagnose-Checkliste (KJDC)	Ein Fragebogen zur Diagnose von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Er beinhaltet auch Items zur Erfassung von depressiven Symptomen bei dieser Altersgruppe.	Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G	2017	47
Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)	Ein spezifischer Fragebogen zur Erfassung von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen. Er umfasst verschiedene Aspekte der Depression in dieser Altersgruppe.	Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M	2000	26

In Abbildung 3.3 ist beispielhaft ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung depressiver Symptome abgebildet:

BDI II	<p>Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderung der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderung des Appetits).</p>
---------------	--

1. Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig
- 1 Ich bin oft traurig
- 2 Ich bin ständig traurig
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte

2. Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird

3. Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

6. Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

7. Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
- 2 Ich bin von mir enttäuscht
- 3 Ich lehne mich völlig ab

8. Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert

Abbildung 3.3.: Teilansicht des Beck Depressioninventar II (BDI-II)

In Abbildung 3.4 ist beispielhaft ein Fremdbeurteilungsfragebogen zur Erfassung depressiver Symptome abgebildet:

Anleitung Bitte jeweils nur die zutreffende Ziffer ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!	
1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)	7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten
Keine	Keine Beeinträchtigung
Nur auf Befragen geäußert	Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies) oder fühlt sich entsprechend.
Vom Patienten spontan geäußert	Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies), muß sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlußänderungen erkennen.
Aus dem Verhalten zu erkennen (z. B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)	Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station.
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus	Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann.
2. Schuldgefühle	8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)
Keine	Sprache und Denken normal
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben	Geringe Verlangsamung bei der Exploration
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn	Exploration schwierig
Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen	Ausgeprägter Stupor
3. Suizid	9. Erregung
Keiner	Keine
Lebensüberdruß	Zappeligkeit
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod	Spielen mit den Fingern, Haaren usw.
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten	Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können
Suizidversuche (jeder ernste Versuch $\hat{=}$ 4)	Händeringen, Nägelbeißen, Haarerufen, Lippenbeißen usw.
4. Einschlafstörung	10. Angst – psychisch
Keine	Keine Schwierigkeit
Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als 1/2 Stunde)	Subjektive Spannung und Reizbarkeit
Regelmäßige Einschlafstörung	Sorgt sich um Nichtigkeiten
5. Durchschlafstörung	Reizbarkeit, die sich im Gesichtsausdruck und

Abbildung 3.4.: Teilansicht der Hamilton Depression Rating Skala (HAMD)

Das Beck Depressionsinventar wird der Patientin/dem Patienten zur Beantwortung vorgelegt. Die Hamilton Depression Rating Skala wird nach einem ausführlichen Gespräch von einem erfahrenen Therapeuten ausgefüllt.

In Abbildung 3.5 findet sich ein Auszug aus dem Fragebogen zu Bipolaren Störungen. Bei der Anwendung dieses Fragebogens gilt es zu beachten, dass Patienten in einer manischen Episode keine oder eine deutlich verminderte Krankheitseinsicht haben. In einer solchen Episode können die betroffenen Patienten keine reliablen und validen Angaben machen. Der Einsatz eines Fragebogens macht daher zu diesem Zeitpunkt wenig Sinn. Alle Selbstbeurteilungen

3.4. Psychischer Befund

Der psychische Befund ist eine systematische und globale Beschreibung des psychischen Zustands einer Person. Er wird auf der Basis aller gewonnenen Informationen (Fremd- und Selbstberichte, Test- und Ratingverfahren, Interviews, Verhaltensbeobachtung etc.) erstellt und umfasst verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit.

Kern des psychischen Befundes ist die Psychopathologie des Patienten, die anhand der Gliederung der [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie](#) (AMDP) erstellt wird:

I. Gab es einmal einen Zeitabschnitt in Ihrem Leben, in dem Sie anders fühlten und handelten als sonst und in dem...

1. ... Sie so gehobener Stimmung waren, dass Ihre Mitmenschen den Eindruck hatten, Sie seien anders als sonst, ... oder Sie aufgrund der gehobenen Stimmung Schwierigkeiten mit Ihren Mitmenschen bekamen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. ... Sie sich so gereizt fühlten, dass Sie Mitmenschen anschrieten oder in Streitigkeiten oder Handgreiflichkeiten verwickelt wurden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. ... Sie sich sehr viel selbstbewusster fühlten als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. ... Sie weniger Schlafbedürfnis hatten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. ... Sie mehr Rededrang verspürten oder schneller sprachen als sonst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. ... Ihre Gedanken zu rasen begannen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. ... Sie so schnell abgelenkt wurden von äußeren Ereignissen, dass Sie sich nicht mehr konzentrieren konnten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. ... Sie viel mehr Energie hatten als sonst und sich leistungsfähiger fühlten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. .. Sie deutlich mehr Aktivitäten durchführten als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. ... Sie geselliger waren als sonst oder Sie weniger soziale Hemmungen hatten (z.B. mitten in der Nacht einen Freund anriefen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. ... Sie mehr Interesse an Sex hatten als sonst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12. ... Sie Dinge taten, die für Sie untypisch sind bzw. von denen Mitmenschen sagten, sie seien übertrieben, leichtsinnig oder riskant?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. ... Sie so viel Geld ausgaben, dass Sie sich selbst oder Ihre Familie in finanzielle Schwierigkeiten brachten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Abbildung 3.5.: Auszug aus dem Fragebogen zu Bipolaren Störungen (Selbsteinschätzung)

1. Äußeres Erscheinungsbild, Verhalten, Ausdruck
2. Bewusstseinslage (z. B. wach, somnolent)
3. Orientierung (Person, Ort, Situation, Zeit)
4. Verhalten in der Gesprächssituation (z. B. kooperativ, Hilfe suchend, ablehnend, misstrauisch)
5. Gedächtnis (Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit)
6. Intelligenz
7. Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Konzentrationsbereitschaft
8. Auffassungsgabe
9. Veränderungen von Sprache und Sprachproduktion (z. B. Wortkargheit, Mutismus, Rededrang, Verbalisation)
10. Formales Denken (z. B. inkohärent, verlangsamt, verarmt, gehemmt)
11. Inhaltliches Denken (z. B. Wahn, fixe und überwertige Ideen)
12. Störungen der Wahrnehmung (z. B. Sinnestäuschungen, Halluzinationen)
13. Ich-Störungen (z.B. Gedankeneingebung, -ausbreitung, -entzug, Depersonalisation)
14. Affektivität (z. B. euphorisch, traurig, gereizt, verflacht)
15. Antrieb (z. B. gesteigert bzw. herabgesetzt)
16. Psychomotorik (z. B. reduziert, kateleptisch)
17. Somatoforme" Phänomene (z. B. Vitalstörungen, Konversionserscheinungen)
18. Zirkadiane Besonderheiten (z. B. Ein- und Durchschlafstörungen)
19. Persönlichkeit
20. Sexualverhalten (z. B. Erektionsprobleme, nichtorganischer Vaginismus)
21. Eigen- oder Fremdgefährdung (u.a. Suizidalität)
22. Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl (z. B. Anosognosie)

Eine ausführliche Beschreibung der Psychopathologie und der Einbettung des Psychischen Befundes in den diagnostischen Prozess findet sich bei Linden (2003).

Psychischer Befund bei Patienten mit affektiven Störungen

Wenn die Diagnose einer affektiven Störung gestellt wird, muss im Psychischen Befund eine entsprechend Psychopathologie beschrieben werden.

Für einen Patienten mit der Diagnose **“mittelgradige depressive Episode”** können das folgende mögliche Symptombereiche und Symptome sein:

- **Affektive Symptome:** Der Patient zeigt eine anhaltende Niedergeschlagenheit und Traurigkeit. Interessenverlust und Freudeaminderung in alltäglichen Aktivitäten. Häufige emotionale Erschöpfung und Freudlosigkeit.
- **Kognitive Symptome:** Negative Denkmuster, insbesondere über die eigene Person (z. B. Gefühle von Wertlosigkeit, Schuldgefühle). Pessimistische Zukunftsperspektiven und das Gefühl, dass sich nichts bessern wird. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme.
- **Psychomotorische Aspekte:** Der Patient zeigt eine gewisse psychomotorische Verlangsamung. Möglicherweise auch Agitiertheit oder Rastlosigkeit in Stresssituationen.
- **Somatische Symptome:** Schlafstörungen, wie Ein- oder Durchschlafprobleme oder vermehrtes Schlafbedürfnis. Veränderungen im Essverhalten, wie verminderter oder gesteigerter Appetit. Müdigkeit und allgemeine Erschöpfung.
- **Soziale und Interpersonelle Aspekte:** Rückzug von sozialen Aktivitäten und Isolation. Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, möglicherweise aufgrund von Reizbarkeit oder emotionaler Taubheit.
- **Selbstwahrnehmung:** Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Übermäßige Selbstkritik und negative Selbstbewertung.
- **Suizidgedanken und -verhalten:** Gelegentlich Suizidgedanken seit ca. 3 Monaten. Aktuell keine Vorbereitung entsprechender Handlungen. Patient distanziert sich glaubhaft von diesen und kann verschiedene Gründe nennen, warum ein Suizid für sie/ihn nicht in Frage kommt.

Für einen Patienten mit der Diagnose **“manische Episode”** können das folgende mögliche Symptombereiche und Symptome sein:

- **Affektive Symptome:** Übersteigerte Stimmung, die über einen längeren Zeitraum anhält. Unangemessene Euphorie oder Reizbarkeit. Erhöhte Aktivität und gesteigerte Energie.
- **Kognitive Symptome:** Rasante Gedanken, schnelles Sprechen und Schwierigkeiten, den Faden zu halten. Überhöhtes Selbstwertgefühl und Größenideen. Vermindertes Schlafbedürfnis ohne spürbare Beeinträchtigung.
- **Psychomotorische Aspekte:** Zunahme psychomotorischer Aktivität, z. B. unruhiges Umhergehen, impulsives Handeln. Vermehrte Beteiligung an riskanten Aktivitäten ohne angemessene Einschätzung der Konsequenzen.
- **Soziale und Interpersonelle Aspekte:** Vermehrte soziale Aktivitäten und Kontaktfreudigkeit. Mögliche Konflikte aufgrund von Reizbarkeit und Impulsivität. Eingeschränktes Urteilsvermögen in sozialen Situationen.
- **Kreativität und Ideenflucht:** Übermäßige Kreativität und Ideenflucht. Schwierigkeiten, sich auf eine einzige Idee oder Aufgabe zu konzentrieren.
- **Risikoverhalten:** Neigung zu riskantem Verhalten, wie übermäßigem Geldausgeben oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Möglicherweise erhöhte Alkohol- oder Drogenkonsum.
- **Funktionsbeeinträchtigung:** Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen aufgrund der manischen Symptome.

Nachfolgend findet sich noch ein Beispiele eines psychischen Befundes, in dem nicht nur die affektive Symptomatik dokumentiert wird:

- “Wache, ansprechbare Patientin, vollständig orientiert zu Ort, Zeit und Situation. Es besteht anamnestisch ein zirkadianer Rhythmus. Die Patientin berichtet offen über ihre Krankheit und zeigt hierbei große Krankheitseinsicht. Auch die stationäre Aufnahme erfolgte auf Eigeninitiative der Patientin mit Unterstützung durch die Tochter. Konzentrationsstörungen bestehen grob orientierend nicht. Das Kurzzeitgedächtnis scheint intakt, bzgl. des Langzeitgedächtnis sind zwar viele Dinge aus der eigenen Vergangenheit erinnerlich, allerdings können die 3 vorgegebenen Wörter nach 10 Minuten nicht bzw. nur eines der Wörter wiedergegeben werden (die anderen beiden auch mit hinführender Hilfe nicht). Auffällig ist auch das die Patientin bzgl. der Krankheitsgeschichte eigene Aufzeichnungen zur Wiedergabe des Geschehenen nutzt (erzählt nicht rein aus der Erinnerung). Das formale und inhaltliche Denken scheint Intakt. Die Patientin erwähnt hierbei von sich aus ein Sprichwort, welches sie mit sich selber verbindet: „Am Ende des Tunnels ist ein Licht“ und berichtet, dass dies auch zu ihrem Leitspruch bzgl. ihres Lebens und ihrer Erkrankung geworden wäre. Halluzinationen und Wahnvorstellungen, -gedanken, -eingebungen, usw. werden verneint. Ich-Störungen sind ebenso nicht erkennbar. Die Stimmung erscheint ausgeglichen und ruhig und wird auch von der Patientin so empfunden. Sie berichtet aber, dass dies erst seit kurzem so sei und vorher Unruhe und Traurigkeit vorherrschend gewesen sein. Auch berichtet die Patientin selbst, dass es ihr nun wieder möglich sei, sich die Tage einzuteilen. Dies sei vor der Einweisung nur noch schwierig möglich gewesen. Bzgl. der Affektivität zeigt sich eine Schwingungsfähigkeit. Während vom Tod des Lebensgefährten traurig berichtet wird, strahlt die Patientin bei Erzählungen über die Enkelkinder. Eine Suizidalität besteht zum Zeitpunkt des Gespräches nicht. Die Patientin gibt an das sie Strategien entwickelt habe, sich aus negativen Gedanken zu befreien und auch die Enkelkinder sie halten würden. Zu früheren Zeitpunkten auch im Laufe der Zeit des stationären Aufenthalts haben aber suizidale Gedanken bestanden. Diese seine allerdings nicht konkretisiert worden. Es haben jedoch bereits zwei schwere Suizidversuche mit Tabletten in der Vergangenheit stattgefunden, weshalb eine erhöhte Gefahr grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden kann. Fremdgefährdungen bestehen aus meiner Sicht nicht.” (Quelle aktuell unbekannt)

Psychischer vs. psychopathologischer Befund

Der psychische Befund beinhaltet eine umfassende Beschreibung des psychischen Zustands einer Person, unabhängig davon, ob psychopathologische Symptome vorliegen oder nicht. Der psychopathologische Befund konzentriert sich dagegen auf das Vorhandensein, die Art und den Umfang von Anzeichen und Symptomen, die auf eine psychische Störung oder ein psychisches Problem hinweisen. Er beinhaltet eine systematische Beschreibung und Bewertung von Symptomen, die potenziell klinisch bedeutsam sind, wie Denkstörungen, emotionale Instabilität, ungewöhnliches Verhalten oder Halluzinationen (siehe AMDP-System). Ein psychischer Befund ist also umfangreicher und enthält auch funktionale Aspekte einer Person, nicht nur die Psychopathologie.

3.5. Diagnosestellung (Klassifikatorische Diagnostik)

Bei der **operationalisierten klassifikatorischen Diagnostik** (umgangssprachlich: messbare Klasseneinteilung) wird auf der Grundlage des jeweils gültigen Diagnosesystems (d. h. ICD-10, DSM-5) geprüft, ob bei der Patientin/dem Patient hinsichtlich der Art, Dauer, Schwere und Intensität der Symptome sowie dem damit verbundenen Ausmaß an psychosozialen Funktionseinschränkungen eine affektive oder evtl. eine andere psychische Störung vorliegt. Basierend auf den erhobenen diagnostischen Kriterien wird dann eine Diagnose gestellt (siehe Abbildung 3.6).

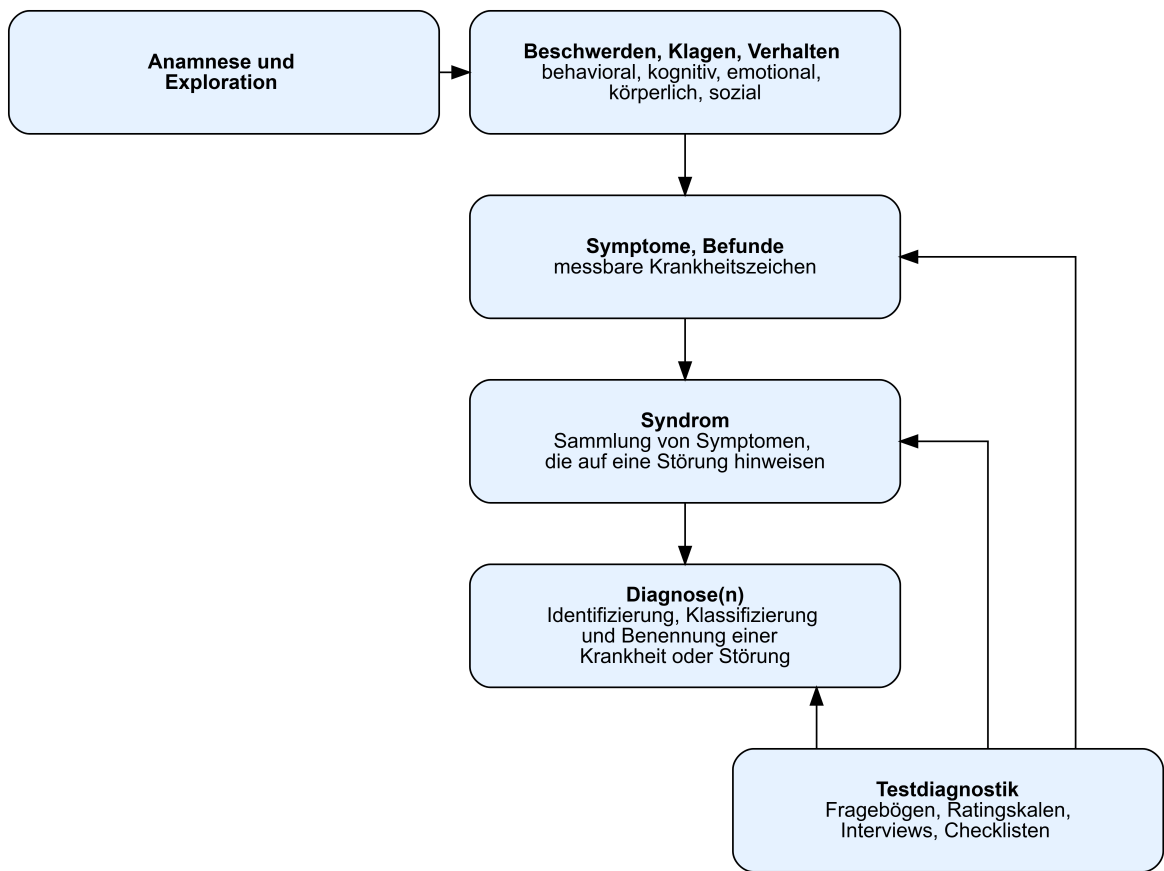


Abbildung 3.6.: Schematische Darstellung des Ablaufs einer Diagnosestellung

Die klassifikatorische Diagnostik wird unterstützt und ergänzt durch die Testdiagnostik (dimensionale Diagnostik). Im Gegensatz zur klassifikatorischen Diagnostik werden bei der dimensional Diagnostik psychische Merkmale oder Symptome (z. B. Stimmung, Ängste, Gedächtnisleistung) nicht in diskrete Kategorien eingeordnet, sondern entlang verschiedener Dimensionen oder Kontinua betrachtet.

Die dimensionale Diagnostik geht von psychischen Merkmalen und deren Kontinuität (Merkmalsausprägung) aus und erlaubt es, verschiedene Ausprägungen von Symptomen oder Eigenschaften zu erfassen, ohne sie in diskrete Kategorien ("Schubladen") zu zwingen.

Das erlaubt eine nuanciertere Erfassung von Symptomen und Eigenschaften, die über das Spektrum psychischer Gesundheit variieren. Somit wird auch eine bessere Erfassung von Veränderungen im Verlauf der psychischen Störung und auch im Verlauf von Behandlungen möglich.

Die Zukunft der klassifikatorischen Diagnostik

Die Klassifikation psychischer Störungen wird aus verschiedenen Gründen kontrovers diskutiert (Kapadia et al., 2020). Trotzdem ist dieses Vorgehen aktuell der klinische Standard. Allerdings zeichnet sich ab, dass dimensionale Ansätze in der Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen und stärker mit der Klassifikation kombiniert werden (Stieglitz & Jäger, 2019).

Beispielsweise erfolgt im neuen ICD-11 eine dimensionale Einschätzung der Psychopathologie der Persönlichkeit. Persönlichkeitsmerkmale werden im ICD-11 auf den Domänen "Negative Affektivität", "Distanziertheit", "Dissozialität", "Enthemmtheit" und "Zwanghaftigkeit" beurteilt (Mitmansgruber, 2020).

3.6. Affektive Störungen (F30-F39)

Die Gruppe der **Affektiven Störungen (F30-F39)** enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

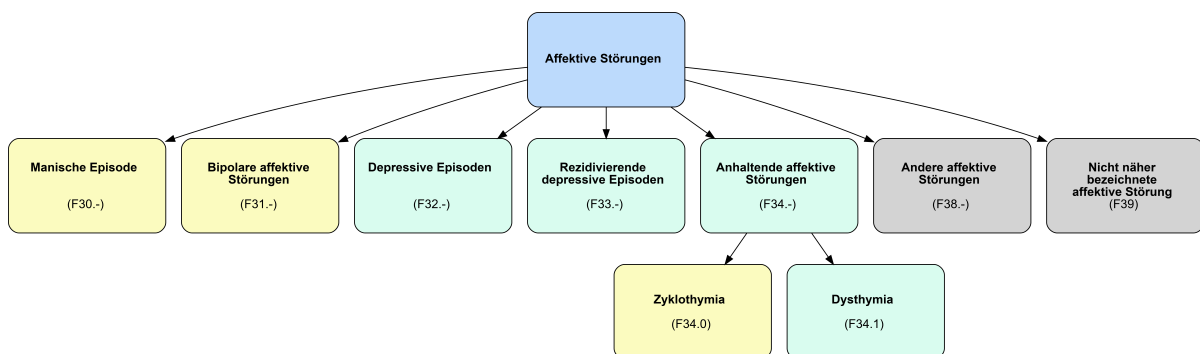


Abbildung 3.7.: Übersicht über die im ICD-10 aufgeführten affektiven Störungen

Bei der Gruppe der Affektiven Störungen werden im ICD-10 insg. sieben Subkategorien unterschieden. Bei den Unterkategorie F38 und insbesondere bei F39 handelt es sich um "Platzhalter", falls die

Zuordnung zu einer der anderen Subkategorien nicht möglich ist. Nachfolgend sind alle affektiven Störungen des ICD-10 nochmals aufgeführt:

Tabelle 3.2.: Übersicht über alle affektiven Störungen im ICD-10 Kapitel V

Kategorie	Diagnosen
Manische Episode (F30.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Hypomanie (F30.0) • Manie ohne psychotische Symptome (F30.1) • Manie mit psychotischen Symptome (F30.2) • Sonstige manische Episoden (F30.8)
Bipolare affektive Störung (F31.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Manische Episoden, nicht näher bezeichnet (F30.9) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (F31.0) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.1) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode, schwer (F31.2) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode, leicht (F31.3) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode, mittelgradig (F31.4) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode, schwer, ohne psychotische Symptome (F31.5) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode (F31.6) • Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert • Sonstige bipolare affektive Störungen (F31.8) • Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet (F31.9)
Depressive Episode (F32.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Leichte depressive Episode (F32.0) • Mittelgradige depressive Episode (F32.1) • Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) • Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) • Sonstige depressive Episoden (F32.8) • Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)
Rezidivierende depressive Störung (F33.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig Symptome nicht näher bezeichnet (F33.8) • Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig nicht näher bezeichnet (F33.9)
Anhaltende affektive Störungen (F34.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Zyklotyme Störung (F34.0) • Dysthymia (anhaltende affektive Störung) (F34.1) • Andere spezifizierte affektive Störungen (F34.8) • Nicht näher bezeichnete affektive Störung (F34.9)
Andere affektive Störungen (F38.-)	<ul style="list-style-type: none"> • Andere einzelne affektive Störungen (F38.0) • Andere rezidivierende affektive Störungen (F38.1) • Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen (F38.8)

Kategorie	Diagnosen
Nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39)	<ul style="list-style-type: none"> • keine weiteren Angaben

Hinweis: Im Systemblock müssen Sie nicht alle Unterkategorien affektiver Störungen lernen. Wichtig ist, dass Sie die Diagnosen F30, F31, F32 und F33 beschreiben können.

Bedeutung der Kategorie “Nicht näher bezeichnete psychische Störung”

Die Kategorie “Nicht näher bezeichnete psychische Störungen” im ICD-10 Kapitel V existiert aus folgenden Gründen:

1. **Komplexität der Diagnose:** Manchmal ist es schwierig, eine genaue Diagnose für eine psychische Störung zu stellen. Es kann Situationen geben, in denen die Symptome nicht eindeutig einer spezifischen diagnostischen Kategorie zugeordnet werden können oder die Informationen für eine präzise Diagnose fehlen.
2. **Variabilität der Symptome:** Psychische Gesundheitszustände können äußerst vielfältig sein und sich in ihren Symptomen und Verläufen stark unterscheiden. Manchmal können Symptome auch nicht vollständig der Definition einer bestimmten Störung entsprechen.
3. **Unzureichende Informationen:** In einigen Fällen kann die Diagnosestellung durch begrenzte Informationen eingeschränkt sein. Dies könnte durch unvollständige medizinische Aufzeichnungen, mangelnde Informationen über die Symptomatik oder die Notwendigkeit weiterer Bewertungen bedingt sein.

Die Kategorie “Nicht näher bezeichnete psychische Störungen” ermöglicht es, einen Zustand zu kodieren, der eine behandlungsbedürftige psychische Störung darstellt, für den jedoch keine ausreichenden Informationen vorliegen, um eine genauere Diagnose zu stellen. Sie dient als Platzhalter, bis weitere Untersuchungen durchgeführt oder präzisere Informationen verfügbar sind, um eine genauere Diagnose zu ermöglichen.

3.6.1. Depressive Episode (F32.-)

Bei den leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität.

Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor.

Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten “somatischen” Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

In Abbildung 3.8 und Abbildung 3.9 sind die diagnostischen Haupt- und Zusatzsymptome einer depressiven Störung aufgeführt (siehe <https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3/kapitel-2#abb2>)

Symptome	Charakteristika	Beispielfragen
Hauptsymptome		
gedrückte, depressive Stimmung	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergeschlagenheit, Verzweiflung • Gefühllosigkeit gegenüber positiven wie negativen Ereignissen, rasche Irritierbarkeit Gefühl der Überforderung • häufig in Kombination mit Angstgefühlen/ Zukunftsangst und Unsicherheit • Änderung der Stimmung von Tag zu Tag unabhängig von den Lebensumständen • charakteristische Tagesschwankungen, z. B. ausgeprägtes "Morgentief" 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt? • Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?
Interessenverlust, Freudlosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • kein Interesse und Engagement für Alltagstätigkeiten (Beruf, Haushalt) • kein Interesse und keine Freude an bisherigen Hobbies und Freizeitaktivitäten • Rückgang des Aktivitätsniveaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren? • Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?
Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit¹	<ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung von und schnelle Erschöpfung durch einfache Alltagsaktivitäten (Haushalt, Körperpflege) • kein Interesse an sozialen Kontakten • Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie Ihre Energie verloren? • Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen? • Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?

Abbildung 3.8.: Hauptsymptome einer depressiven Episode

Anmerkung: ¹ Antriebsmangel zählt in der ICD-11 nicht zu den Haupt-, sondern zu den Zusatzsymptomen. ² In der ICD-11 sind Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen und Schuld/Wertlosigkeitsgefühle als ein Kriterium zusammengefasst. ³ "Hoffnungslosigkeit" ist als eigenständiges Kriterium nicht in der ICD-10 enthalten; in der ICD-11 ist es ein neues kognitives Zusatzsymptom.

3.6.2. Rezidivierende depressive Störung (F33.-)

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. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

3.6.3. Anhaltende affektiven Störungen (F34.-)

Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder

Symptome	Charakteristika	Beispielfragen
Zusatzsymptome		
verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> Einschränkung im Denkvermögen Entscheidungsschwierigkeiten bzw. Entscheidungslosigkeit wiederkehrende Grübeleien, Selbstzweifel und Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?
vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen²	<ul style="list-style-type: none"> Verlust des Vertrauens in die eigenen Kompetenzen, z. B. im Beruf, in sozialen Kontakten, in Freizeitaktivitäten oder in der Haushaltsführung 	<ul style="list-style-type: none"> Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl? Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?
Schuldgefühle	<ul style="list-style-type: none"> Selbstvorwürfe unrealistische/ übertriebene Schuldgefühle im beruflichen oder sozialen Kontext 	<ul style="list-style-type: none"> Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe? Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?
psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung	<ul style="list-style-type: none"> innerliche Unruhe, Gefühl des <u>Getriebenseins</u> Zappeln, Rededrang Wortkargheit, leise monotone Sprache, langsames Sprechen verzögerte Reaktionen, langsame Bewegungen, reduzierte Mimik 	<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie innerlich so unruhig, dass Sie nicht stillsitzen können? Müssen Sie ständig auf und ab gehen, weil Sie so unruhig sind? Sprechen oder bewegen Sie sich langsamer also sonst?
Hoffnungslosigkeit³	<ul style="list-style-type: none"> unrealistisch pessimistische Zukunftserwartungen inkl. Gesundheitsprognose allgemein negative Selbst- und Weltsicht und Gefühl der Aussichtslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst? Haben Sie Pläne für die Zukunft?
Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none"> Schlaflosigkeit Durchschlafstörungen, Früherwachen, auch Einschlafstörungen seltener <u>Hypersomnie</u>: vermehrter Schlaf tagsüber, verlängerter Nachtschlaf 	<ul style="list-style-type: none"> Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert? Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?
Appetitstörungen	<ul style="list-style-type: none"> Gefühl, sich zum Essen zwingen zu müssen Erheblicher Gewichtsverlust 	<ul style="list-style-type: none"> Hatten Sie weniger Appetit in der letzten Zeit? Haben Sie ungewollt abgenommen?
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> Wunsch, rasch an einer unheilbaren Krankheit oder einem Unfall zu sterben mehr oder minder konkrete Überlegungen für aktive Beendigung des eigenen Lebens teilweise in Zusammenhang mit Wahnsymptomen und Halluzinationen: z. B. Überzeugung, nur durch den eigenen Tod die Familie retten oder eine große Schuld ausgleichen zu können 	<ul style="list-style-type: none"> Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein? Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun? Haben Sie versucht, sich etwas anzutun? Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?

Abbildung 3.9.: Zusatzsymptome einer depressiven Episode

auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern. Die Zykllothymia (F34.0) und die Dysthymia (F34.1) sind die beiden zentralen Störungen in dieser Gruppe.

3.6.4. Manische Episode (F30.-)

Hierbei handelt es sich um eine Störung in der die Stimmung situationsinadäquat gehoben ist. Sie kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.

3.6.5. Bipolare affektive Störung (F31.-)

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.

Abbildung 3.10 veranschaulicht die wesentlichen Merkmale (insb. den Verlauf) der verschiedenen affektiven Störungen (Kasper & Volz, 2009).

3.7. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen

3.7.1. Strukturierte Interviews

Strukturierte klinische Interviews sind standardisierte Befragungen, die bei der Psychodiagnostik verwendet werden, um spezifische Informationen über Symptome und deren Verlauf zu erfassen und somit Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Störung zu erhalten. Teilweise können die durch strukturierte Interviews gewonnenen Informationen auch für die Behandlungsplanung verwendet werden.

Die Interviews folgen einem vordefinierten Leitfaden oder einer strukturierten Liste von Fragen, um eine systematische, reliable und valide Einschätzung zu ermöglichen. Hier sind einige wichtige Merkmale und Vorteile strukturierter klinischer Interviews:

1. **Standardisierung:** Diese Interviews folgen einem festgelegten Ablauf und verwenden vordefinierte Fragen, um eine konsistente und vergleichbare Bewertung bei verschiedenen Patienten sicherzustellen.
2. **Diagnostische Genauigkeit:** Durch strukturierte Fragen und Protokolle können klinische Interviews eine präzisere Diagnose liefern, indem sie spezifische Symptome und Kriterien für psychische Störungen systematisch überprüfen.







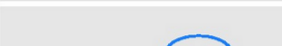
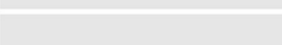
	Symptomatik	bisheriger Verlauf	Diagnose
	depressiv	Ersterkrankung	depressive Episode (F32.X)
	depressiv	rezidivierend	rezidivierende depressive Störung (F33.X)
	depressiv und hypomanisch	rezidivierend	bipolare affektive Störung (F31.X) („Bipolar II“)
	manisch	Ersterkrankung	manische Episode (F30.X)
	depressiv und manisch	rezidivierend	bipolare affektive Störung (F31.X) („Bipolar I“)
	manisch	rezidivierend	bipolare affektive Störung (F31.X)
	manisch (leicht) und depressiv (leicht)	rezidivierend	Zyklothymia (F34.0)
	dauerhaft leicht depressiv	chronisch	Dysthymia (F34.1)

Abbildung 3.10.: Überblick über die Verlaufsformen affektiver Störungen nach ICD-10 Kap. V

3. **Verlässlichkeit:** Die Standardisierung und Systematik dieser Interviews können zu einer erhöhten Verlässlichkeit führen, da verschiedene Interviewer bei der Bewertung ähnliche Informationen sammeln und interpretieren können.
4. **Validität:** Validitätskriterien werden bei der Entwicklung strukturierter Interviews berücksichtigt, um sicherzustellen, dass sie tatsächlich das messen, was sie messen sollen, und die Symptome oder Merkmale der psychischen Gesundheit genau erfassen.

Beispiele für strukturierte klinische Interviews sind das “Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)” oder das “[Diagnostische Interview bei psychischen Störungen \(DIPS\)](#)” (siehe Abbildung 3.11).

Strukturierte Interview sind also nützlich, da sie dazu beitragen können, subjektive Einschätzungen (Verzerrungsfehler) zu minimieren und die Objektivität bei der Erfassung von Daten zu erhöhen.

Strukturierte Interviews werden daher nicht nur in der klinischen Praxis eingesetzt, sondern sind auch in der Forschung der Standard bei der Diagnostik psychischer Störungen.

3.8. Tests

Die Diagnostik affektiver Störungen erfordert ein umfassendes Vorgehen und beschränkt sich nicht nur auf die Vergabe einer Diagnose, da die Gruppe vielschichtig und nicht einheitlich ist.

Die verschiedenen affektiven Störungen unterscheiden sich hinsichtlich der Symptomatik, dem Schweregrad, der Komorbidität, dem Verlauf sowie der Reaktion auf Behandlungen. Zusätzlich

Stern*-Fragen: Generell sind Fragen, die an den Patienten gestellt werden, immer kursiv gedruckt. Die Fragen sollen möglichst wortwörtlich übernommen werden. Fragen mit Stern (*) sind Fragen, die für die Diagnosestellung unabdingbar sind und immer gestellt werden müssen.

Fragen: Fragen ohne Stern sind weiterführende Fragen, die für die Therapie relevant sein können oder eine genauere Analyse des Problemverhaltens erlauben. Diese Fragen sind optional und müssen nicht immer gestellt werden.

Sprungregeln: Sprungregeln erlauben einen ökonomischen und effizienten Einsatz des Interviews. Diese sollten nur dann angewendet werden, wenn die Beantwortung der vorhergehenden Frage eindeutig darauf schließen lässt, dass das erfragte Störungsbild nicht erfüllt wird resp. die entsprechenden Diagnosekriterien nicht erfüllt werden.

Hinweise: Hinweise müssen vor dem ersten Gebrauch des Interviews gelesen werden, da diese wichtige Instruktionen für die Interview-Durchführung geben.

Manische Episode/Hypomane Episode
61

Manische Episode/Hypomane Episode

**1.1 Haben Sie jemals eine Phase von einigen Tagen oder länger erlebt, in der Sie sich beständig ungewöhnlich gut bzw. grandios fühlten oder auch schnell reizbar waren.*

JA _____ NEIN _____

Beschreiben: _____

Falls JA:

1.2 *Wann hatten Sie zum letzten Mal eine solche Phase?*

Von (Mt./J.) _____ bis (Mt./J.) _____

► Falls eindeutig NEIN bei Frage 1.1: weiter zu »Persistierende Depressive Störung« (S. 69).

► Falls der Verdacht besteht, dass keine klinisch relevante Beeinträchtigung durch die Stimmungsveränderung vorliegt, besteht die Möglichkeit zunächst zu Frage 13 überzugehen (S. 67).

Nun möchte ich Ihnen eine Reihe von Fragen zu den Tagen stellen, an denen Sie sich ungewöhnlich gut oder reizbar fühlten und ungewöhnlich aktiv und energiegeladener waren.

**2. Haben Sie während der Phase, in der Sie sich ungewöhnlich oder extrem gut oder reizbar gefühlt haben, anhaltend folgende Symptome erlebt?*

Wie ausgeprägt haben Sie die folgenden Symptome erlebt?

Hinweis: Notieren Sie nur Symptome, die anhaltend über mindestens 1 Woche (bei Krankenhausaufenthalt auch kürzer) für eine Manische Episode oder mindestens 4 aufeinander folgende Tage für eine Hypomane Episode auftreten und sich deutlich von der üblichen Stimmung unterscheiden.

Beurteilen Sie Häufigkeit/Schweregrad anhand der folgenden Skala:

gar nicht	ein wenig	schwer	sehr schwer
0	1	2	3
nie	manchmal	häufig	immer

Symptomeinschätzungen und Beeinträchtigungs-/Belastungseinschätzung durch die betreffende Störung:
Auf einer Punkte-Skala von 0–3 werden Schweregrad und Häufigkeit der Symptome oder die Beeinträchtigung und die Belastung durch die Symptome oder das Störungsbild eingeschätzt. Diese Einschätzung ist ein klinisches Rating und wird vom Diagnostiker vorgenommen.

Abbildung 3.11.: Erläuterung der Durchführung des DIPS am Beispiel der Manie

gilt es auch Lebensereignisse und Umstände zu berücksichtigen bzw. zu erfassen. Auch die Erfassung von Depressionskorrelaten (z. B. Hoffnungslosigkeit, dysfunktionale Kognitionen, Suizidalität, Persönlichkeit) ist wichtig.

Für alle diese genannten Aspekte wurden Fragebögen und Ratingsskalen entwickelt (siehe Kapitel 3.3).

! Umfang der Diagnostik

Der Umfang der Diagnostik wird durch das Setting und den Anlass der Untersuchung begrenzt. Es ist nicht immer möglich und sinnvoll, alle in Leitlinien geforderten Untersuchungen durchzuführen und die Vielzahl an möglichen Testverfahren einzusetzen.

3.9. Verständnisfragen

1. Welche Informationen sollen in der Anamnese bei einem Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Störung erfaßt werden?
2. Erläutern Sie Selbst- und Fremdbeurteilung? Nennen Sie je ein Testverfahren.
3. Erläutern Sie den Sinn und das Vorgehen bei der Differenzialdiagnostik.
4. Warum werden Tests und strukturierte Interviews nicht routinemässig im klinischen Alltag durchgeführt?
5. Wozu wird die Normalverteilung bei der Testdiagnostik verwendet?
6. Was sind Screening-Tests und welchen Nutzen haben diese?
7. Warum kann eine Diagnose nicht ausschließlich anhand der Ergebnisse von Tests gestellt werden?
8. Nennen Sie ein Item (Frage) aus dem Beck-Depressionsinventar.
9. Was ist ein psychischer Befund? Nennen Sie vier Bestandteile eines psychischen Befundes.
10. Warum soll die Bezeichnung "Psychischer Befund" statt "Psychopathologischer Befund" in Berichten verwendet werden?
11. Was versteht man unter einer operationalisierten klassifikatorischen Diagnostik?
12. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose einer Manischen Episode stellen zu können?
13. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose einer depressive Episode stellen zu können?
14. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose einer Dysthymie stellen zu können?
15. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose einer bipolaren Störung - aktuell depressive Episode stellen zu können?
16. Warum gibt es sowohl im ICD-10, als auch im DSM-5 die "Nicht näher bezeichnete psychische Störung"?
17. Wann sprechen wir von einem strukturierten Interview? Warum werden strukturierte Interviews bei der Diagnostik psychischer Störungen eingesetzt?
18. Welche Vorteile und Grenzen sehen Sie in der Verwendung des dimensional Ansatzes des ICD-11 im Vergleich zu kategorialen Diagnosesystemen?
19. Inwiefern beeinflussen kulturelle und gesellschaftliche Normen die Definition und Diagnostik psychischer Störungen?
20. Wie gehen Sie mit mehrdeutigen oder widersprüchlichen Informationen im psychischen Befund um, insbesondere wenn sie die Diagnosestellung erschweren?
21. Welche Kriterien sind bei der Auswahl psychometrischer Tests für die Diagnostik psychischer Störungen entscheidend?

22. Wie bewerten Sie die Rolle von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten in der klinischen Diagnostik?
23. Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Interpretation von Testergebnissen im Kontext der Gesamtbewertung eines Patienten?

4. Affektive Störungen: Ätiologie

4.1. Einleitung

Das Verständnis psychischer (affektiver) Störungen erfordert eine differenzierte Betrachtung, die verschiedene Aspekte und Ebenen berücksichtigt. Diese Betrachtungsebenen umfassen neurobiologische, psychologische und soziale Aspekte (Abbildung 4.1), kurzum "bio-psycho-soziale" Aspekte.

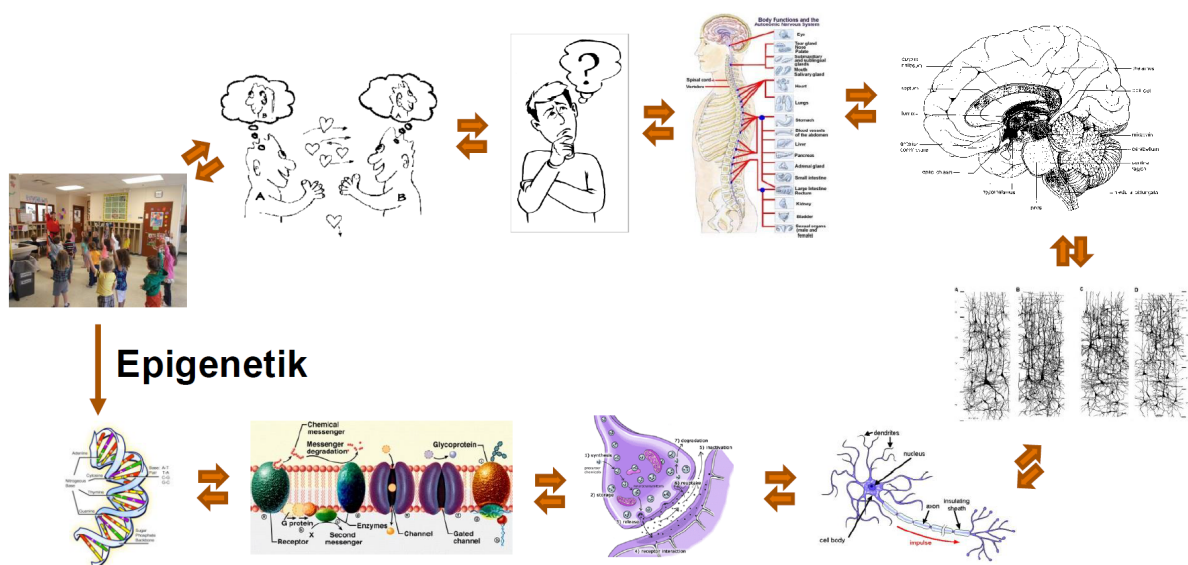


Abbildung 4.1.: Betrachtungsebenen im Verständnis psychischer Störungen

Abbildung 4.1 verdeutlicht die Komplexität, wenn es um die Beantwortung der Frage geht, wie psychische (affektive) Störung entstehen und aufrechterhalten werden. Nachfolgend sind die verschiedenen Ebenen kurz erläutert:

1. Neurobiologische Ebene:

- Auf dieser Ebene werden psychische Störungen in Bezug auf neurobiologische Mechanismen und Funktionsstörungen im Gehirn betrachtet.
- **Neurotransmitter und Neurochemie:** Ungleichgewichte in Neurotransmittern (wie Serotonin, Dopamin) können mit verschiedenen psychischen Störungen in Verbindung gebracht werden.
- **Genetik:** Genetische Faktoren spielen eine Rolle bei der Anfälligkeit für psychische Störungen. Bestimmte genetische Variationen können das Risiko erhöhen.
- **Neuroanatomie:** Strukturelle Veränderungen im Gehirn, wie veränderte Volumina bestimmter Regionen, können mit psychischen Störungen assoziiert sein.

2. Psychologische Ebene:

- Diese Ebene bezieht sich auf psychologische und kognitive Prozesse, einschließlich individueller Unterschiede und psychologischer Merkmale.
- *Kognitive Modelle*: Betrachtet die Denk- und Wahrnehmungsmuster einer Person, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen beitragen können.
- *Entwicklungsgeschichte*: Frühe Lebenserfahrungen, Bindungsmuster und traumatische Ereignisse können das psychische Wohlbefinden beeinflussen.
- *Persönlichkeit*: Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder -störungen können mit verschiedenen psychischen Störungen in Verbindung stehen.

3. Soziale Ebene:

- Hier werden soziale und kulturelle Faktoren betrachtet, die das Verständnis psychischer Störungen beeinflussen.
- *Soziale Unterstützung*: Das Vorhandensein oder Fehlen von sozialer Unterstützung kann einen Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf psychischer Störungen haben.
- *Kulturelle Unterschiede*: Kulturelle Normen und Werte beeinflussen, wie psychische Gesundheit und Krankheit wahrgenommen werden.
- *Umweltfaktoren*: Stressoren, wie finanzielle Probleme, familiäre Konflikte oder traumatische Erlebnisse, können das Risiko für psychische Störungen erhöhen.

4. Interaktion der Ebenen:

- Wichtig ist die Anerkennung der Wechselwirkungen zwischen den Ebenen. Zum Beispiel können genetische Veranlagungen die Anfälligkeit für eine Störung erhöhen, aber Umweltfaktoren können den Ausbruch oder die Schwere beeinflussen.
- Eine integrative Betrachtung ermöglicht es, die Komplexität psychischer Störungen besser zu verstehen und individuelle Unterschiede zu berücksichtigen.

Die **biopsychosoziale** Betrachtungsweise betont die Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen. **Psychische Störungen werden oft durch eine Kombination von Faktoren auf mehreren Ebenen verursacht und aufrechterhalten werden.**

Epigenetik

Epigenetik ist ein Forschungsbereich, der sich mit Veränderungen in der Genaktivität befasst, die nicht durch Veränderungen in der DNA-Sequenz selbst verursacht werden. Solche Veränderungen beeinflussen, wie Gene abgelesen oder unterdrückt werden, ohne die eigentliche DNA-Sequenz zu modifizieren. Die Epigenetik spielt eine entscheidende Rolle bei der Regulation der Genexpression und hat Auswirkungen auf die Entwicklung, Zellfunktion, Gesundheit und Krankheit.

Auch im Verständnis psychischer Störungen spielt die Epigenetik eine wichtige Rolle, da sie Einblicke in die komplexen Mechanismen bietet, die zur Entstehung und zum Verlauf psychischer Störungen beitragen. Nachfolgend sind epigenetische Mechanismen aufgeführt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung beitragen können:

- **Genregulation und Neurotransmitterfunktion**: Epigenetische Veränderungen können die Aktivität von Genen beeinflussen, die für die Produktion von Neurotransmittern und deren Rezeptoren verantwortlich sind.
- **Stressreaktion und HPA-Achse**: Epigenetische Veränderungen können in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) auftreten, die für die Stressreaktion verantwortlich ist. Dysregulation dieser Achse ist bei vielen psychischen Störungen, einschließlich Angststörungen und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), beteiligt.
- **Entwicklung von Gehirnstrukturen**: Epigenetische Modifikationen spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung des Gehirns, einschließlich der Bildung von Synapsen und neuronalen Netzwerken. Störungen in diesen Prozessen können mit neurobiologischen Grundlagen von

psychischen Störungen, wie Autismus oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), in Verbindung stehen.

- **Genetik und Umweltinteraktion:** Epigenetische Veränderungen können als Brücke zwischen genetischer Veranlagung und Umweltfaktoren dienen. Umweltbedingte Stressoren, Traumata oder Toxine können epigenetische Modifikationen auslösen, die das Risiko für psychische Störungen erhöhen.
- **Transgenerationale Vererbung:** Epigenetische Veränderungen können über Generationen hinweg vererbt werden und somit zur Übertragung von Anfälligkeiten für psychische Störungen beitragen.

4.2. Neurobiologische Aspekte

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression ist ein komplexer Prozess, bei dem auch verschiedene neurobiologische Faktoren beteiligt sind. Hier sind einige der wichtigsten neurobiologischen Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen:

1. **Neurotransmitter-Ungleichgewicht:** Ein häufiges Modell postuliert ein Ungleichgewicht von Neurotransmittern im Gehirn, insbesondere von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Diese Botenstoffe sind an der Regulation von Stimmung, Schlaf, Appetit und emotionalen Reaktionen beteiligt. Ein Mangel an diesen Neurotransmittern wird mit depressiven Symptomen in Verbindung gebracht.
2. **Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HHN)-Achse:** Die HHN-Achse spielt eine wichtige Rolle bei der Stressreaktion des Körpers. In Stresssituationen wird Cortisol freigesetzt. Bei lang anhaltendem Stress oder einer dysregulierten HHN-Achse kann ein erhöhter Cortisolspiegel auftreten, was mit Depressionen in Verbindung gebracht wird.
3. **Neuroinflammation:** Forschung legt nahe, dass Entzündungen im Gehirn an der Entstehung von Depressionen beteiligt sein könnten. Chronische Entzündungen können die Funktion von Neuronen und Neurotransmittern beeinträchtigen, was zu depressiven Symptomen führen kann.
4. **Genetik und familiäre Veranlagung:** Es gibt Hinweise darauf, dass genetische Faktoren eine Rolle bei der Anfälligkeit für Depressionen spielen. Menschen mit einer familiären Vorgeschichte von Depressionen haben ein höheres Risiko, selbst an dieser Störung zu erkranken.
5. **Neuroplastizität:** Veränderungen in der neuronalen Plastizität, also der Fähigkeit des Gehirns, sich anzupassen und zu verändern, könnten bei der Entstehung von Depressionen eine Rolle spielen. Stress und Depressionen können die Neuroplastizität beeinträchtigen.
6. **Schilddrüsenfunktion:** Eine gestörte Schilddrüsenfunktion, insbesondere eine Hypothyreose, kann depressive Symptome verursachen oder verstärken. Die Schilddrüse spielt eine wichtige Rolle bei der Regulation des Energiehaushalts und des Stoffwechsels.
7. **Neuroendokrine Dysregulation:** Neben der HHN-Achse gibt es andere neuroendokrine Systeme, deren Dysregulation mit Depressionen in Verbindung gebracht wird. Dazu gehören beispielsweise Veränderungen in der Funktion der Gonadenachse und des Wachstumshormonsystems.

Es ist wichtig zu betonen, dass Depressionen wahrscheinlich durch die Wechselwirkung mehrerer dieser Faktoren entstehen. Auch individuelle neurobiologische Unterschiede können eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung spielen.

Weitere ausführliche Informationen zu den neurobiologischen Erklärungsmodellen finden Sie in den Vorlesungsfolien.

4.3. Psycho-soziale Aspekte

Es wird angenommen, dass neben prädisponierenden konstitutionellen Faktoren ungünstige soziale und umweltbezogene Ereignisse und Bedingungen zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität beitragen, die sich über entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter akzentuieren oder abschwächen können.

Abbildung 4.2 verdeutlicht alle diese Aspekte in einem Schaubild, dass bei der Durchführung einer Psychotherapie verwendet werden kann, um mit dem Patienten eine Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression zu erarbeiten.

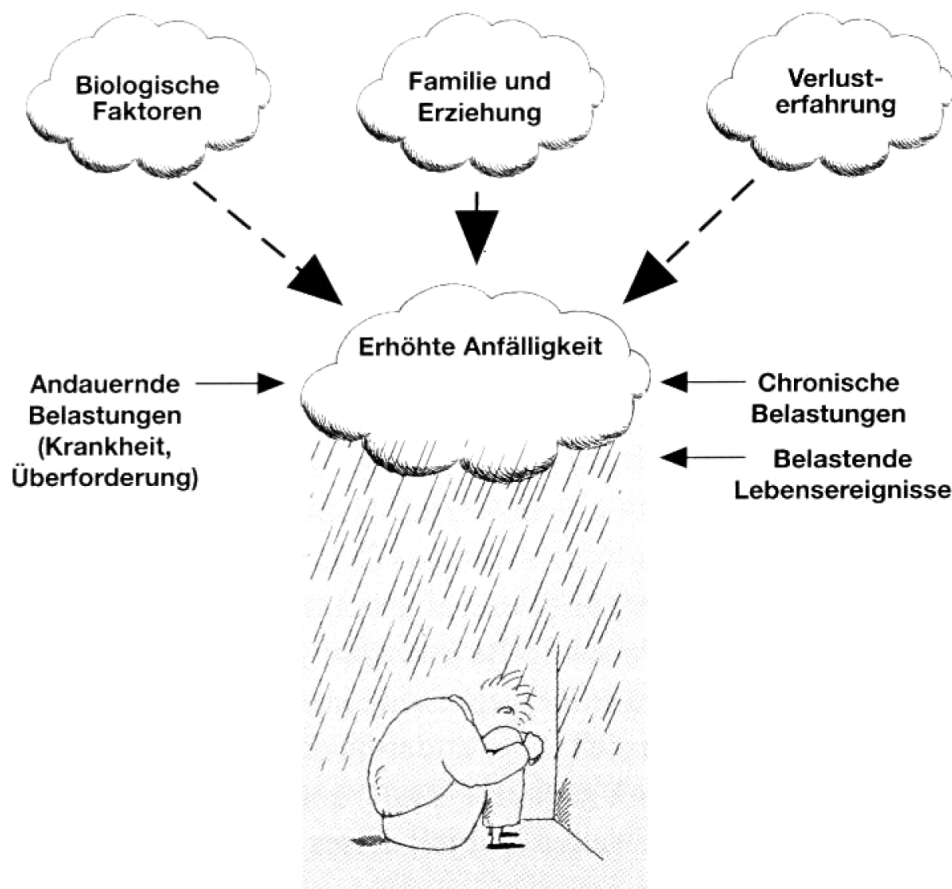


Abbildung 4.2.: Bio-psycho-soziale Faktoren bei der Entstehung einer Depression

Vielen depressiven Episoden gehen bedeutsame psychosoziale Stressoren ("aversive life-events") voraus. Typische Arten von Stressoren können sein:

- Verlust einer Person, einer Rollenfunktion (z.B. überflüssig werden) oder eines persönlich bedeutsamen Wertes (z.B. das eigene Kind wird delinquent)
- Hilf und Machtlosigkeit (z.B. einer unangenehmen Lage nicht entkommen können)
- Scheitern (z.B. eigene Anstrengungen bleiben erfolglos)
- Erniedrigung/ Demütigung (z.B. Infragestellung des eigenen Selbstwertgefühls oder Ansehens;
- Abwertung; in untergeordnete Rolle gezwungen werden

Weitere Beispiele für allgemeine psychologische Stressoren (Distress)

- Fehlende mütterliche (väterliche) Feinfühligkeit

- Invalidierender Erziehungsstil (fehlende emotionale Wärme, extreme Kontrolle)
- Traumatisierungen/ Gewalterfahrung
- Armut
- (chronische) Krankheiten
- Verlust einer Person oder einer Rollenfunktion (z.B. überflüssig werden) oder eines persönlich bedeutsamen Wertes (z.B. das eigene Kind wird delinquent)
- Hilf und Machtlosigkeit (z.B. einer unangenehmen Lage nicht entkommen können)
- Scheitern (z.B. eigene Anstrengungen bleiben erfolglos) → Erniedrigung/ Demütigung (z.B. Infragestellung des eigenen Selbstwertgefühls oder Ansehens;
- Abwertung; in untergeordnete Rolle gezwungen werden
- etc.

Wichtig bei den psychosozialen Stressoren sind die **subjektiven Bewertungen** und die vorhandenen Fähigkeiten zur Bewältigung. Menschen reagieren unterschiedlich auf dieselbe Situation, weil sie aufgrund ihrer Erfahrungen die Situation unterschiedlich bewerten und sich auch in den Fähigkeiten zur Bewältigung dieser unterscheiden (Lazarus & Folkman, 1984). In Abbildung 4.3 ist die Wechselwirkung zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person dargestellt.

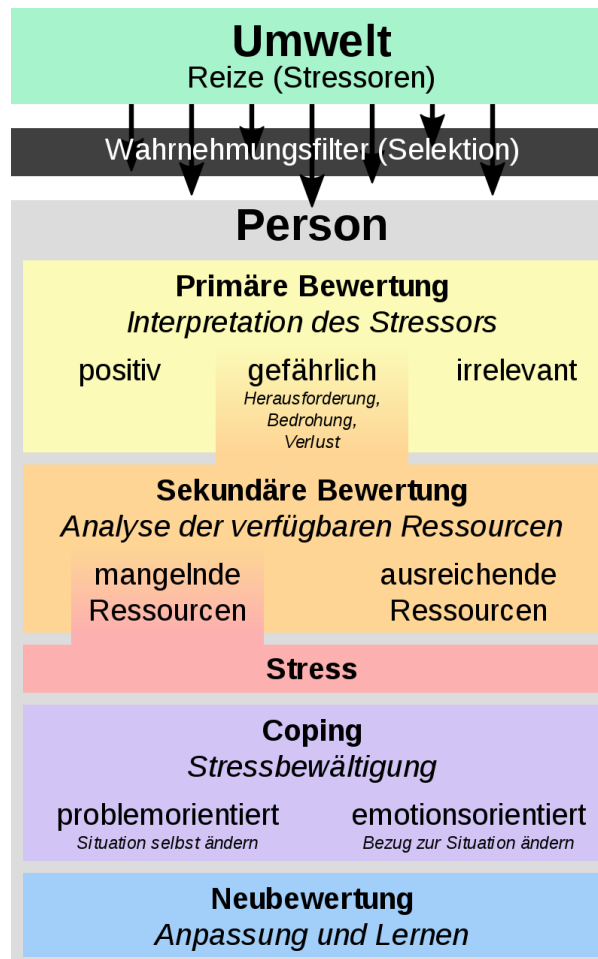


Abbildung 4.3.: Psychologisches Stress-Modell (wikipedia)

Primäre Bewertung (Primary Appraisal): Hier bewertet eine Person zunächst eine Situation als irrelevant, positiv (Stressoren als herausfordernd oder förderlich) oder negativ (Stressoren als bedrohlich oder schädlich). Diese Einschätzung basiert auf individuellen Faktoren wie Werten, Bedürfnissen, Zielen und bisherigen Erfahrungen.

Sekundäre Bewertung (Secondary Appraisal): Wenn eine Situation als bedeutsam oder bedrohlich bewertet wird, erfolgt eine sekundäre Bewertung. Diese Bewertung beinhaltet die Einschätzung der individuellen Fähigkeiten, die Stressoren zu bewältigen (Bewältigungspotenzial) und die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Bewältigung.

****Bewältigungsstrategien (Coping):*** Basierend auf der primären und sekundären Bewertung wählt eine Person Bewältigungsstrategien, um mit dem Stress umzugehen. Bewältigungsstrategien können problemorientiert sein (gerichtet auf die Bewältigung des Stressors selbst) oder emotionsorientiert (gerichtet auf die Veränderung der emotionalen Reaktion auf den Stressor).

Bewertung der Bewältigung (Coping Reappraisal): Nach der Anwendung von Bewältigungsstrategien bewertet die Person erneut, wie erfolgreich diese Strategien waren. Diese Bewertung beeinflusst wiederum die primäre und sekundäre Bewertung von zukünftigem Stress.

4.4. Psychologische Störungsmodelle der Depression

Es gibt verschiedene psychologische Theorien, die versuchen, die Entstehung und Entwicklung von Depressionen zu erklären. Die Theorien schließen sich dabei nicht gegenseitig aus, sondern betonen häufig bestimmte Teilaspekte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung (z. B. kognitive Prozesse, Lernerfahrungen).

4.4.1. Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn)

Die Lerntheorie der Depression betont, dass depressive Verhaltensweisen erworben werden können und oft auf Belohnungs- und Bestrafungsmechanismen reagieren. Lewinsohn fokussierte auf das Konzept der Verstärkung und argumentierte, dass der Rückzug von positiven Verstärkern oder die Zunahme von Bestrafungen die Entstehung depressiver Symptome fördern können (Gotlib & Lewinsohn, 1992; Lewinsohn & Graf, 1973). Hier sind die zentralen Merkmale der Theorie:

1. **Verstärkerverlust:** Die Theorie beginnt mit der Annahme, dass depressive Symptome oft mit einem Verlust von positiven Verstärkern im Leben einer Person verbunden sind. Verstärker sind positive Erfahrungen oder Aktivitäten, die dazu neigen, Verhalten zu verstärken und positive Emotionen zu fördern.
2. **Reduzierte positive Verstärkung:** Depressive Menschen erleben laut Lewinsohn eine Reduktion positiver Verstärkung in ihrem Leben. Dies kann durch verschiedene Faktoren verursacht werden, wie soziale Zurückweisung, mangelnde Anerkennung oder das Fehlen positiver Ereignisse. Der Mangel an positiver Verstärkung führt zu einer Abnahme positiver Emotionen.
3. **Rückzug aus positiven Aktivitäten:** Infolge des Verstärkerverlusts ziehen sich depressive Personen oft aus positiven Aktivitäten zurück. Sie verlieren das Interesse an Dingen, die ihnen zuvor Freude bereitet haben, und isolieren sich. Dieser Rückzug verstärkt den Mangel an positiven Verstärkern weiter.
4. **Verstärkerverlustzyklus:** Die Verstärker-Verlust-Theorie postuliert einen Zyklus, in dem der Mangel an positiven Verstärkern zu depressivem Verhalten führt. Dieses Verhalten wiederum verstärkt den Verlust von Verstärkern, und der Zyklus setzt sich fort.
5. **Intervention durch Verhaltensaktivierung:** Basierend auf dieser Theorie wurde die Verhaltensaktivierung als therapeutischer Ansatz entwickelt. Das Ziel besteht darin, depressive Menschen zu ermutigen, positive Aktivitäten zu identifizieren und in ihr Leben zu integrieren, um den Kreislauf des Verstärkerverlusts zu durchbrechen.

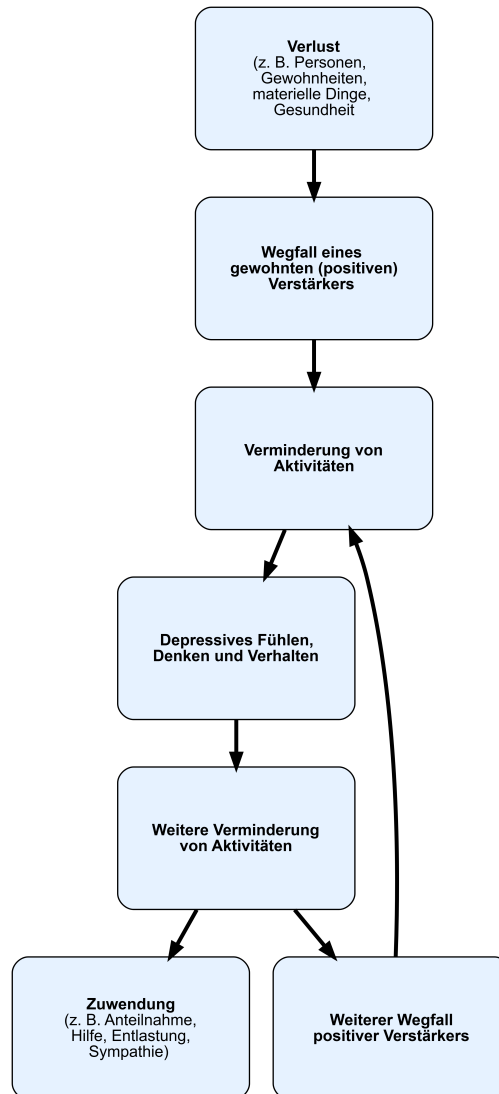


Abbildung 4.4.: Das Verstärker-Verlust-Modell der Depression (Lewinsohn)

Die Verstärker-Verlust-Theorie betont die Bedeutung von Umweltfaktoren und positiven Verstärkern in der Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Symptomen. Im Gegensatz zu kognitiven Theorien der Depression, die sich auf Denkmuster konzentrieren, betont diese Theorie die Rolle von Verstärkern und Verhalten bei der Entwicklung von depressiven Symptomen.

4.4.2. Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Seligman)

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Learned Helplessness) wurde von Martin Seligman in den 1960er Jahren entwickelt, um das Verhalten von Menschen bei wiederholter Konfrontation mit unkontrollierbaren und aversiven Ereignissen zu erklären (Seligman, 1972).

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit wurde ursprünglich im Kontext von Tierstudien entwickelt, bei denen Hunde in unvermeidbaren elektrischen Schocksituationen gelernt hatten, passiv und hilflos zu reagieren, selbst wenn später die Möglichkeit zur Vermeidung der Schocks gegeben war. Seligman übertrug diese Ideen später auf das Verständnis menschlichen Verhaltens, insbesondere auf die Entstehung von Depressionen.

Nachfolgend sind die grundlegenden Aussagen der Theorie der gelernten Hilflosigkeit aufgeführt:

- **Gelernte Hilflosigkeit:** Gelernte Hilflosigkeit tritt auf, wenn Individuen die Erfahrung machen, dass ihre Handlungen keine Kontrolle über unangenehme oder aversive Ereignisse haben. Personen können daraufhin passiv und hilflos auf ähnliche Situationen reagieren, auch wenn die Möglichkeit zur Kontrolle vorhanden ist.
- **Attributionen und Erklärungen:** Menschen neigen dazu, ihre Erfahrungen zu erklären und zu interpretieren. In Situationen der gelernten Hilflosigkeit machen Individuen internalisierte, globale und stabile Attributionen für negative Ereignisse.
 - Internal: Sie schreiben die Ursache der negativen Ereignisse sich selbst zu.
 - Global: Sie glauben, dass die negativen Ereignisse auf viele Bereiche ihres Lebens ausstrahlen.
 - Stabil: Sie erwarten, dass die negativen Ereignisse in der Zukunft stabil bleiben werden.
- **Auswirkungen auf die psychische Gesundheit:** Die wiederholte Erfahrung der gelernten Hilflosigkeit kann zu einer erhöhten Anfälligkeit für Depressionen führen. Menschen, die gelernte Hilflosigkeit erfahren haben, können sich in zukünftigen Herausforderungen als machtlos erleben, selbst wenn Handlungsmöglichkeiten bestehen.
- **Kognitive Triade der Depression** (siehe auch Kognitive Theorie der Depression): Seligman erweiterte die Theorie der gelernten Hilflosigkeit, um die kognitive Triade der Depression zu erklären. Diese Triade umfasst negative Denkmuster über sich selbst, die Welt und die Zukunft.

Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit hat Implikationen für präventive und therapeutische Maßnahmen. Die Förderung von Kontrollerfahrungen ("Ich habe mit meinem Verhalten Einfluss auf die Umwelt") und die Modifikation der Bewertungen können dazu beitragen, gelernte Hilflosigkeit zu verhindern oder zu reduzieren.

4.4.3. Kognitive Theorie der Depression (Beck)

Aaron T. Beck entwickelte die Kognitive Theorie der Depression, die davon ausgeht, dass negative Denkmuster und fehlerhafte Kognitionen eine Schlüsselrolle bei der Entstehung von Depressionen spielen (Beck & Haigh, 2014).

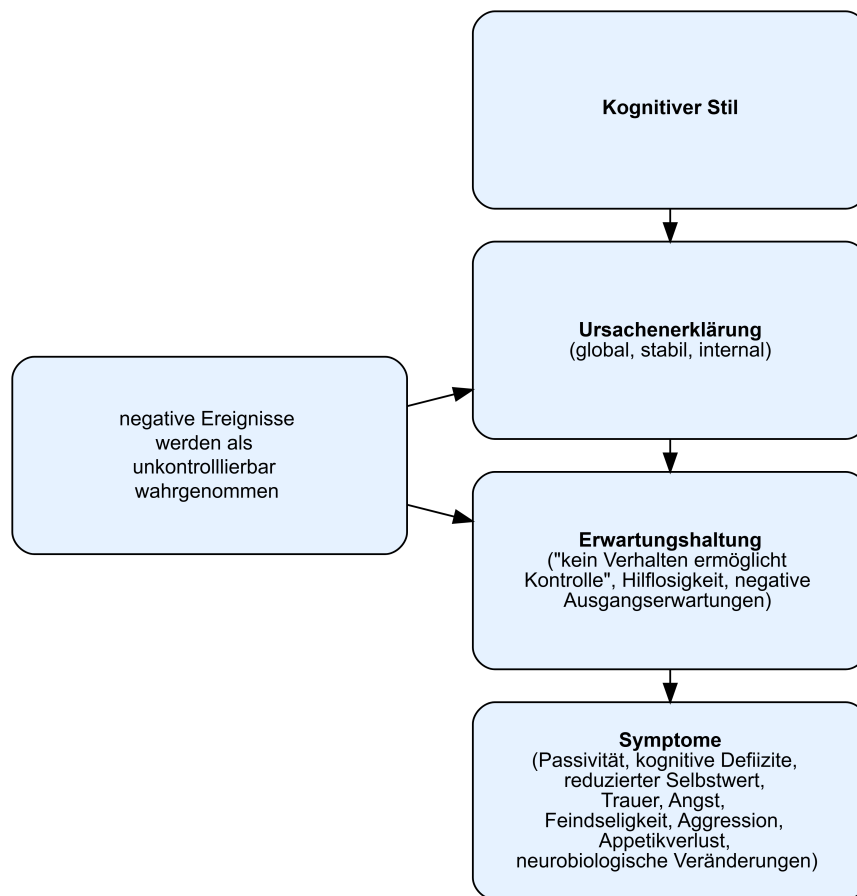


Abbildung 4.5.: Das Depressions-Modell der gelernten Hilflosigkeit (Seligman)

Negative Denkmuster beinhalten kognitive Verzerrungen wie Übergeneralisierung, Schwarz-Weiß-Denken und Katastrophisieren. Der depressive Zyklus wird durch negative Denkmuster aufrechterhalten und verstärkt. Nachfolgend sind die zentralen Aussagen der Theorie aufgeführt:

1. **Negative Denkmuster:** Beck argumentiert, dass Menschen mit Depressionen dazu neigen, negative Denkmuster zu entwickeln. Diese Muster beziehen sich auf sich selbst, die Welt und die Zukunft (kognitive Triade). Betroffene neigen dazu, sich selbst abzuwerten, Ereignisse pessimistisch zu interpretieren und negative Prognosen für die Zukunft zu erstellen.
2. **Automatische Gedanken:** Die kognitive Theorie betont automatische Gedanken als Schlüsselkomponente. Dies sind spontane, oft unbewusste Gedanken, die unmittelbar auf bestimmte Situationen oder Ereignisse folgen. Depressive Personen haben tendenziell viele automatische negative Gedanken, die ihre Sichtweise beeinflussen.
3. **Kognitive Verzerrungen:** Beck identifizierte verschiedene Arten von kognitiven Verzerrungen, die dazu beitragen, depressive Denkmuster aufrechtzuerhalten. Dazu gehören beispielsweise das selektive Filtern von Informationen (nur negative Aspekte beachten), übergeneralisierendes Denken (von einem Misserfolg auf alle Lebensbereiche schließen) und katastrophisierendes Denken (die schlimmstmöglichen Szenarien erwarten).
4. **Kernüberzeugungen:** Beck führte den Begriff der Kernüberzeugungen (dysfunktionale Grundannahme) ein, die tiefsitzende, grundlegende Überzeugungen über sich selbst, die Welt und die Zukunft darstellen (z. B. "Ich bin nichts wert"). Diese Überzeugungen beeinflussen die Entstehung von automatischen Gedanken und kognitiven Verzerrungen.
5. **Kognitive Triade:** Die kognitive Triade beschreibt negative Gedanken über sich selbst, die Welt und die Zukunft. Diese triadischen Denkmuster sind charakteristisch für depressive Menschen und verstärken die depressiven Symptome.

Die **kognitive Therapie**, die aus dieser Theorie entwickelt wurde, zielt darauf ab, diese negativen Denkmuster zu identifizieren, zu hinterfragen und durch realistischere und positive Gedanken zu ersetzen. Dieser Ansatz hat sich als wirksame Methode in der Behandlung von Depressionen erwiesen und bildet die Grundlage für viele kognitive Therapieansätze (Butler et al., 2006).

"Es sind nicht die Dinge selbst, die uns beunruhigen, sondern die Meinung, die wir über diese Dinge haben. Bemühe dich daher, jedem unangenehmen Gedanken sofort zu begegnen, indem du sagst: „Du bist nicht das, was du zu sein scheinst, du bist bloß eine Einbildung“. Dann prüfe und beurteile ihn nach den Regeln, die du gelernt hast, besonders aber nach der ersten: ob er zu dem gehört, worüber wir frei verfügen können, oder nicht. Und wenn er zu den Dingen gehört, die nicht in unserer Gewalt stehen, dann sage dir sofort: Geht mich nichts an."

(aus: Epiktet, 1906, Handbüchlein der Moral. Jena: Diederichs Verlag.)

4.5. Verständnisfragen

1. Erläutern Sie "bio-psycho-soziale Aspekte" bei der Ätiologie affektiver Störungen. Versuchen Sie jeweils auch ein Beispiel zu geben.
2. Was versteht man unter dem Begriff "Epigenetik"?
3. Welche Rolle spielen die Epigenetik bei der Ätiologie psychischer Störungen?
4. Was postuliert die Theorie des Neurotransmitter-Ungleichgewichts? Welche Neurotransmitter scheinen bei Patienten mit einer depressiven Episode bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung eine Rolle zu spielen?
5. Wie wird im psycho-sozialen Modell die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Episode erklärt.

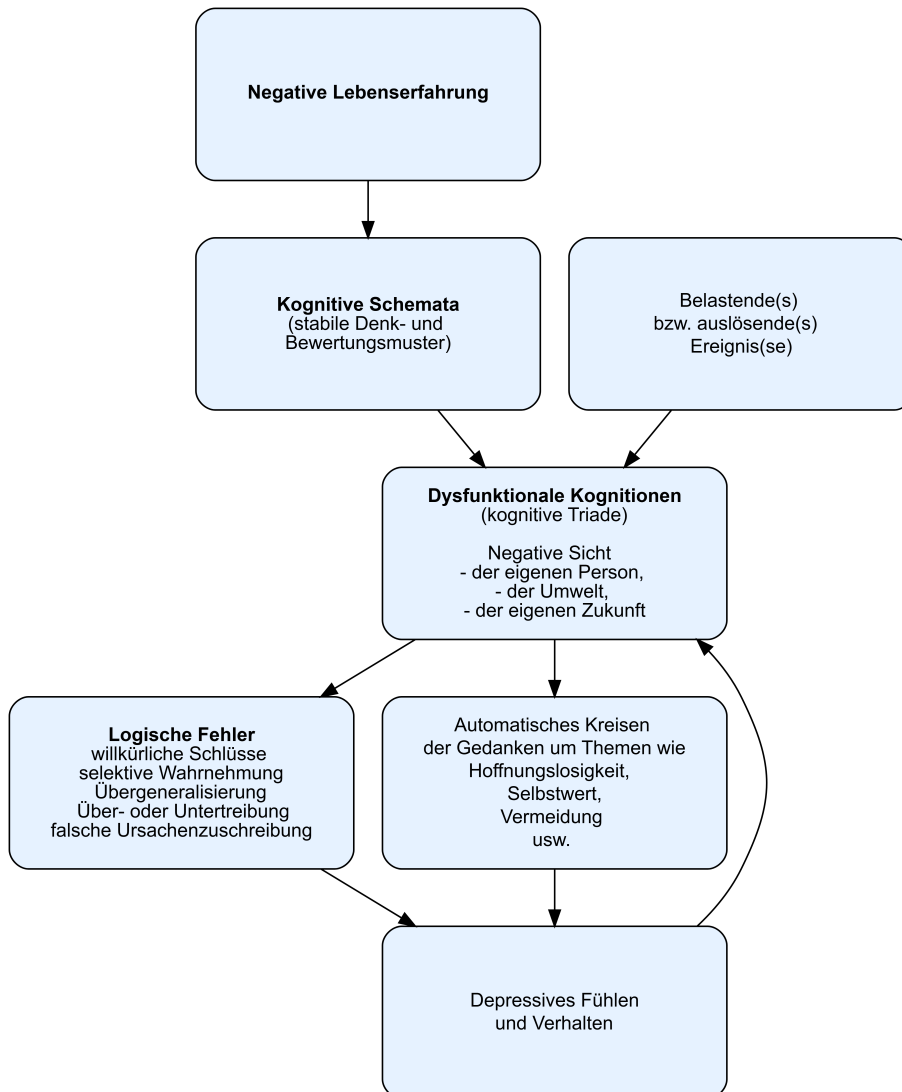


Abbildung 4.6.: Die kognitive Theorie der Depressions (Beck)

6. Nennen Sie vier psychosoziale Stressoren. Erläutern Sie an einem der von Ihnen gewählten Stressoren, wie dieser zur Entstehung einer depressiven Episode beitragen kann.
7. Welche Rolle spielen Bewertungsprozesse bei Stressoren?
8. Was versteht man unter sekundärer Bewertung ("secondary appraisal") und wo spielen solche sekundären Bewertungen eine Rolle?
9. Erläutern Sie die Verstärker-Verlust-Theorie der Depression.
10. Erläutern Sie die Theorie der gelernten Hilflosigkeit.
11. Erläutern Sie die Kognitive Theorie der Depression.
12. Wie erklärt die Verstärker-Verlust-Theorie die Entstehung von Depressionen?
13. Welche Rolle spielen soziale Beziehungen und Umweltfaktoren bei der Aufrechterhaltung von Verstärkerverlust und der daraus resultierenden Depression?
14. Welche therapeutischen Maßnahmen können dazu beitragen, die Zahl positiver Verstärker im Leben depressiver Menschen zu erhöhen?
15. Welche individuellen Unterschiede beeinflussen die Fähigkeit von Menschen, auf potenzielle Verstärker zu reagieren, und wie könnte dies die Anfälligkeit für Depressionen erklären?
16. Wie erklärt die Theorie der gelernten Hilflosigkeit die Entwicklung von Passivität und Resignation bei Menschen in wiederholten unkontrollierbaren Stresssituationen?
17. Welche Rolle spielen Kausalattributionen (z. B. internal, stabil und global) in der Verstärkung von Hilflosigkeit und deren Übergang in depressive Zustände?
18. Wie können Interventionen gestaltet werden, um Menschen dabei zu helfen, ihre Wahrnehmung von Kontrolle wiederzuerlangen und die Effekte gelernter Hilflosigkeit zu überwinden?
19. Welche Unterschiede bestehen in der Anfälligkeit für gelernte Hilflosigkeit zwischen Individuen, und welche Faktoren beeinflussen diese Anfälligkeit (z. B. Persönlichkeit, frühere Erfahrungen, soziale Unterstützung)?
20. Wie beeinflussen dysfunktionale Denkmuster wie automatische negative Gedanken und kognitive Verzerrungen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen?
21. Welche Rolle spielt die kognitive Triad (negative Sicht auf das Selbst, die Welt und die Zukunft) in der Symptomatik der Depression, und wie lässt es sich therapeutisch verändern?
22. Wie können Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie gezielt eingesetzt werden, um die durch Beck beschriebene Denkweise depressiver Patienten zu modifizieren?
23. Inwiefern tragen frühere Lebenserfahrungen und Grundüberzeugungen (Schemas) zur Entwicklung von kognitiven Mustern bei, die laut Beck für Depressionen prädisponieren?
24. Welche Bedeutung hat das Zitat von Epiktet in Verbindung mit dem Arbeitsmodell der Psyche?

5. Affektive Störungen: Therapie

5.1. Einleitung

In diesem Abschnitt wird die Behandlung von Patienten mit einer affektiven Störung beschrieben, wobei insb. auf die Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode eingegangen wird, da die Prävalenzrate und die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Patientengruppe am höchsten ist.

Behalten Sie im Gedächtnis, dass es unterschiedliche affektive Störungen gibt und sich die Störungen nicht nur hinsichtlich der Ätiologie, sondern auch hinsichtlich der Symptomatik, dem Krankheitsverlauf, der Komorbidität etc. unterscheiden. Es ist daher nicht verwunderlich, dass es eine ganze Reihe von Patienten gibt, die nicht oder nur sehr wenig von einer Behandlung, wie immer diese auch aussieht, profitieren.

5.2. Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode

In den [Nationalen Versorgungsleitlinien Depression](#) sind folgende Optionen zur Behandlung von Patienten mit einer Depression aufgeführt, wobei diese in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Phase der Erkrankung einzeln oder in Kombination zur Anwendung kommen können:

1. Hilfe zur Selbsthilfe und Stärkung von Selbstmanagement-Fähigkeiten durch Psychoedukation, Bibliothherapie, niedrigschwellige gesprächsbasierte Interventionen; jeweils ggf. in technologiegestützter Form;
2. Psychotherapie;
3. Medikamentöse Therapie;
4. Neurostimulatorische Verfahren (Elektrokonvulsionstherapie, repetitive transkranielle Magnetstimulation u. a)
5. Psychosoziale Interventionen (Ergo- oder Soziotherapie)
6. Unterstützende Maßnahmen (Sport- und Bewegungstherapie, Lichttherapie, Schlafentzugstherapie)

Ich gehe in diesem Kapitel nicht auf alle der vorausgehend aufgeführten Optionen ein, sondern **beschränke mich auf die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer depressiven Störung.**

Generell spielen die Psychopharmakotherapie und Psychotherapie in der klinischen Versorgung der betroffenen Patienten die wichtigsten Rollen (siehe Abbildung 5.1).

Bei der Psychotherapie wird die **Kognitiven Verhaltenstherapie** (KVT; engl. "cognitive behavior therapy", CBT), da dieses Psychotherapie-Verfahren aus meiner Sicht aktuell die überzeugendsten Belege für die Wirksamkeit und empirische Fundierung in der Bezugswissenschaft Psychologie aufweisen kann (Vergleichbar mit der Medizin und deren Bezugswissenschaften wie Physiologie, Neurobiologie, Pharmakologie etc.).

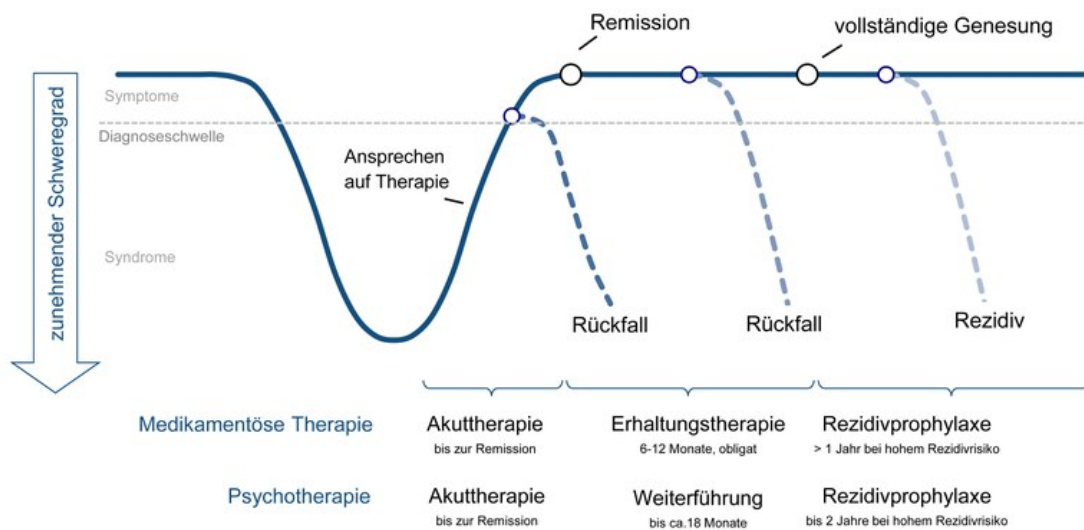


Abbildung 5.1.: Modell der Erkrankungs- und Behandlungsphasen

In der aktuellen Version der [Nationalen Versorgungsleitlinien Depression](#) wird keine spezifische Empfehlung für eines der drei in Deutschland für die Krankenbehandlung zugelassenen Psychotherapie-Verfahren gegeben. Vielmehr wird auf allgemeine (unspezifische) Wirkfaktoren verwiesen, die in allen Psychotherapie-Verfahren zur Geltung kommen. Die Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinien Depression (2022) steht allerdings aus meiner Sicht in einem gewissen Widerspruch zur Empirie und zu den Empfehlungen von Leitlinien anderer Expertengruppen. In diesen Leitlinien wird häufiger die Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode empfohlen (siehe z. B. [Deutsche Gesellschaft für Psychologie](#), [National Institute for Health and Care Excellence](#), [Clinical Practice Guidelines der American Psychiatric Association](#)).

5.2.1. Behandlungs-Algorithmus

In den Nationalen Versorgungsleitlinien Depression (2022) gibt es zwei Behandlungs-Algorithmen, je nachdem ob die Patienten eine leichte depressive Episode (siehe Abbildung 5.2) oder eine mittelgradig/schwere depressive Episode (siehe Abbildung 5.3) aufweisen.

Für Patienten mit einer erstmaligen leichten oder einer rezidivierenden leichten akuten Episode werden niedrigintensive Interventionen empfohlen. Erst bei anhaltender Symptomatik oder einer Verschlechterung ist eine Psychotherapie oder medikamentöse Behandlung indiziert.

Für Patienten mit einer mittelgradig schweren oder schweren Depression wird nach einer Aufklärung und partizipativen Entscheidungsfindung eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie empfohlen. Wenn die Kombination beider Behandlungsansätze nicht möglich ist, soll entweder eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden.

Kombination Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Obwohl bei einer schweren depressiven Episode eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sinnvoll erscheint, kann das in der klinischen Praxis häufig nicht umgesetzt werden. Selbst wenn ein Patient eine solche Behandlung wünscht, finden Patienten häufig erst nach Monaten einen Platz bei einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten. Die Wartezeiten variieren je nach Region, betragen aber oft mehr als 6 Monate. Auch bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern gibt es längere Wartezeiten.

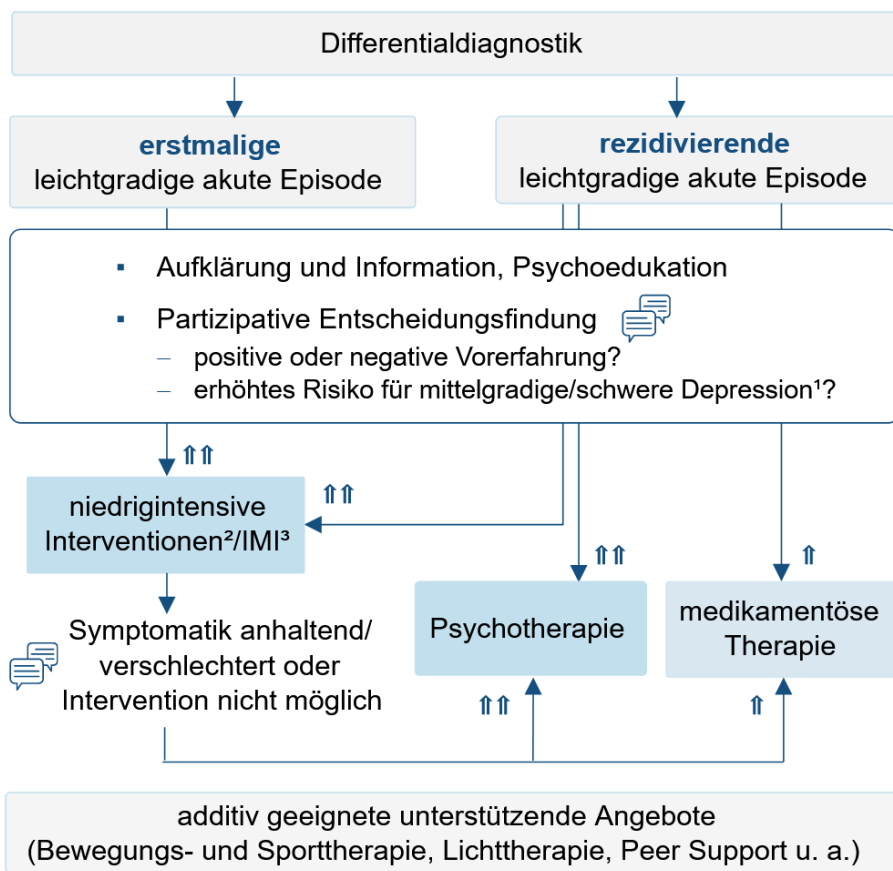


Abbildung 5.2.: Leitlinienempfehlung bei Vorliegen einer erstmaligen oder rezidivierenden leichten depressiven Episode

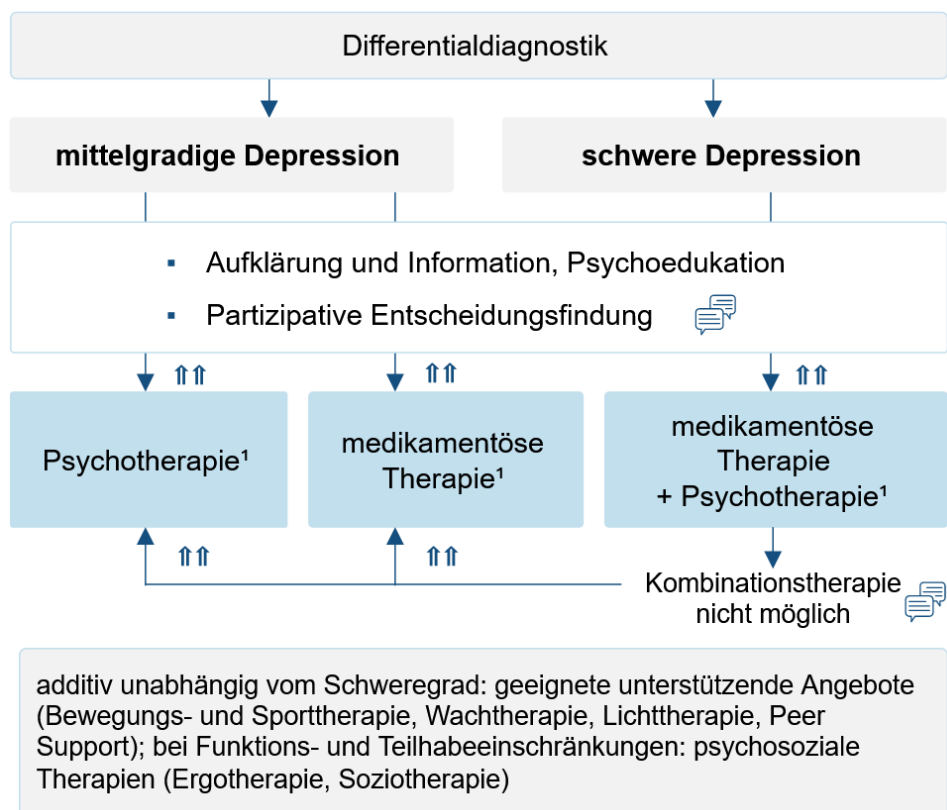


Abbildung 5.3.: Leitlinienempfehlung bei Vorliegen einer mittelgradig oder schweren depressiven Episode

5.2.2. Einbezug von Angehörigen

Die Einbindung von Angehörigen ist laut [Leitlinienempfehlung](#) ein wichtiges Therapieprinzip bei der Behandlung von Patienten mit depressiven Störungen, da sie wichtige unterstützende Funktionen übernehmen können. Hinzu kommt, dass Angehörige auch von der Erkrankung und den Behandlungsentscheidungen betroffen sind.

Generell gilt aber, dass ein solcher Einbezug nur mit Zustimmung des Patienten möglich ist. Hinzu kommt natürlich auch die Bereitschaft der Angehörigen bei der Therapie mitzuwirken. **Beides ist - aus unterschiedlichen Gründen - in der klinischen Praxis nicht immer der Fall.**

Die Rolle der Angehörigen in der Psychotherapie hängt vom individuellen Kontext, den spezifischen Bedürfnissen des Patienten und vom Behandlungsplan ab. Sie können

- Informationen teilen,
- Patienten bei der Durchführung von Interventionen (z. B. Expositionsübungen) unterstützen,
- die Therapieadhärenz (z. B. durch Ermutigungen) fördern,
- helfen, zwischenmenschliche Beziehung und Kommunikation zu verbessern,
- ein besseres Verständnis für die Probleme des Patienten entwickeln und
- zu einer besseren Selbstfürsorge angeleitet werden.

Speziell bei Kindern und Jugendlichen kann durch den Einbezug von Angehörigen eine bessere Sicht auf die familiäre Dynamik vermittelt und Wege zur Verbesserung der Kommunikation und Beziehung gesucht werden.

Angehörige sind auch für die häusliche Implementierung von Interventionen (z. B. Token-Programm) und die Ermutigung zu positiven Veränderungen und der Anerkennung von Fortschritten des Kindes/Jugendlichen von Bedeutung. Auch bei der Kommunikation und Zusammenarbeit mit der Schule, dem Kindergarten und ggfs. dem Jugendamt spielen sie eine Rolle.

Für Angehörige von Patienten mit psychischen Störungen gibt es eine ganze Reihe von Ratgebern, von denen einige nachfolgend aufgeführt sind:

- Hautzinger (2022): Depression
- Illy (2015): Depression
- Wolkenstein & Hautzinger (2014): chronische Depression
- Meyer & Hautzinger (2013): bipolare Störung
- Illy (2021): bipolare Störung

5.2.3. Psychopharmakotherapie

siehe Folien der Vorlesung

5.2.4. Psychotherapie

Psychotherapie kann vereinfacht als **Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen mit wissenschaftlich begründeten psychologischen Mitteln** beschrieben werden, wobei in der Psychotherapie-Richtlinie zwischen Verfahren, Methoden und Techniken unterschieden wird (siehe § 5-7 [Psychotherapie-Richtlinie](#)).

Verfahren, Methoden und Techniken

Psychotherapieverfahren beinhalten eine umfassende Theorie der Entstehung, Aufrechterhaltung, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen und sind bei einem breiten Spektrum unterschiedlicher psychischer Störungen anwendbar. **Psychotherapiemethoden** sind hingegen enger als die Psychotherapieverfahren gefasst. Sie beinhalten zwar auch eine Theorie der Entstehung, Aufrechterhaltung, Indikation und Behandlung, werden aber in der Regel bei nur einer spezifischen Störung oder Störungsgruppe eingesetzt. Eine **psychotherapeutische Technik** ist eine konkrete Vorgehensweise mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen. Ein Psychotherapieverfahren besteht aus unterschiedlichen Psychotherapiemethoden und -techniken.

In der Psychotherapie-Richtlinie sind aktuell folgende Psychotherapie-Verfahren und die mit ihnen verbundenen Methoden und Techniken zur Krankenbehandlung zugelassen:

- (Kognitive) Verhaltenstherapie,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (= Psychodynamisches Verfahren), Analytische Psychotherapie (= Psychodynamisches Verfahren) und
- Systemische Therapie.

Unterscheidung Psychotherapie vs andere psychologische Tätigkeiten

“Psychotherapie ist keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie **nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern**. Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Paar- und Familienberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.” (§ 1 Abs. 5 Psychotherapie-Richtlinie)

5.2.4.1. Kognitive Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

Die KVT ist eine wirksame psychotherapeutische Methode zur Behandlung von Depressionen (Cuijpers et al., 2023). Das Behandlungsmodell der KVT orientiert sich an den in Kapitel 4 beschriebenen psychologischen Störungsmodellen.

In der Verstärker-Verlust-Theorie, der Theorie der gelernten Hilflosigkeit und der kognitive Theorie werden zusammengenommen folgende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer depressiven Symptomatik verantwortlich gemacht:

- Verlust von positiven Verstärkern im Leben einer Person,
- Einschätzung keine Kontrolle über unangenehme oder aversive Ereignisse zu haben,
- internalisierte, globale und stabile Attributionen für negative Ereignisse
- negative Denkmuster und fehlerhafte Kognitionen (kognitive Triade)

Zusätzlich wird auch noch davon ausgegangen, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eine Reihe von Vulnerabilitätsfaktoren eine Rolle spielen. Beispielsweise könnten eine erhöhte Ängstlichkeit und Stressreaktivität sowie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Introversion) in Verbindung mit genetischen Faktoren (z. B. Basenaustauschpolymorphismen und damit verbunden ggfs. funktionelle Auswirkungen auf bestimmte biochemische Prozesse im Gehirn) eine prädisponierende Rolle spielen.

Wenn dann auf diesen "Nährboden" kritische Lebensereignisse (z. B. Trennung der Eltern, Verlust des Arbeitsplatzes, traumatische Ereignisse, chronische Krankheiten) und dysfunktionale Lernerfahrungen (z. B. Invalidierungen, soziale Ausgrenzung, mangelnde emotionale Unterstützung, Konditionierung von Ängsten, unrealistische Erwartungen und unangemessene Kritik) treffen, erhöht sich das Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung, insb. einer depressiven Störung (siehe Diathese-Stress-Modell).

Störungsspezifität

Die KVT unterscheidet sich von den anderen Psychotherapieverfahren u.a. durch ihre Störungsspezifität und die Strukturierung der Interventionen. Interventionen werden anhand empirisch fundierter ätiologischer Modelle abgeleitet und begründet. Daher gibt es spezifische Interventionen (Methoden, Techniken) für die Behandlung von Angststörungen, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und anderen psychischen Störungen. Zum Beispiel wird ein Aktivitätsaufbau bei Patienten mit einer depressiven Episode deshalb empfohlen, weil dadurch der im Ätiologie-Modell postulierte Verstärkerverlust verringert werden kann.

Allgemein beinhaltet eine KVT bei Patienten mit einer Depression folgende Elemente:

1. Einführung und Psychoedukation

- Erklärung des KVT-Ansatzes und der Arbeitsweise.
- Psychoedukation über Depression, ihre Symptome und den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten.

2. Diagnostische Phase

- Erhebung einer ausführlichen Anamnese, um spezifische depressive Symptome und ihre Auswirkungen zu verstehen.
- Identifikation von negativen Denkmustern und automatischen Gedanken.

3. Zielsetzung

- Gemeinsame Festlegung von kurz- und langfristigen Therapiezielen.
- Klärung der individuellen Erwartungen des Patienten an die Therapie.

4. Erarbeitung des kognitiven Modells

- Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand von Situationsanalysen.
- Entwicklung eines kognitiven Modells, um dysfunktionale Denkmuster zu verstehen.

5. Identifikation und Bewertung von Gedanken

- Erfassung und Dokumentation von automatischen Gedanken in bestimmten Situationen (Situationsanalysen).
- Bewertung der Richtigkeit und Realitätsnähe dieser Gedanken.

6. Kognitive Umstrukturierung

- Herausforderung und Veränderung negativer Denkmuster.
- Erarbeitung von realistischeren und positiveren Gedanken.
- Einsatz von Techniken wie dem "Socratischer Dialog" zur Anregung kritischen Denkens.

7. Verhaltensaktivierung

- Entwicklung von Aktivitätsplänen zur Förderung von positiven Verhaltensweisen.
- Schrittweise Steigerung von angenehmen und sinnvollen Aktivitäten.

8. Entwicklung von Bewältigungsstrategien

- Erlernen von effektiven Bewältigungsstrategien für stressige Situationen.
- Förderung von problemorientiertem Denken und Handeln.

9. Rückfallprävention

- Entwicklung von Strategien zur Verhinderung von Rückfällen.
- Erarbeitung von Bewältigungsplänen für zukünftige Herausforderungen.

10. Abschluss und Evaluation

- Überprüfung der Fortschritte in Bezug auf die Therapieziele.
- Bewertung der erworbenen Fähigkeiten und deren Anwendbarkeit im Alltag.
- Besprechung von Strategien für die langfristige Aufrechterhaltung des Wohlbefindens.

Die Struktur der KVT ist aber flexibel. Sie orientiert sich am erarbeiteten Störungs- und Behandlungsmodell und den individuellen Bedürfnissen des Patienten.

Es gibt verschiedene Therapiemanuale für die Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode. Die Manuale dienen als Referenz für Therapeuten und bieten konkrete Empfehlungen für die Durchführung der Behandlung. Es werden auch spezifische therapeutische Techniken und Strategien vorgestellt und in die Chronologie der Behandlung eingeordnet.



Abbildung 5.4.: Deckseite des Therapiemanuals von Hautzinger (2021) für die Psychotherapie von Patienten mit einer Depression

Beispielhaft soll anhand des Therapiemanual von Hautzinger (2021) ein solches manualisiertes Vorgehen vorgestellt werden. Hautzinger (2021) unterscheidet verschiedene Module, deren Inhalte nachfolgend stichwortartig zusammengefaßt sind:

- **Modul 1:** Aufbau therapeutischer Beziehung, Akzeptanz, Geduld, Lebens- und Krankengeschichte, Krankheitsverlauf, prägende Bezugspersonen erfragen und Erfahrungen (emotionale, kognitive, traumatische) mit denen herausarbeiten, zentrale Probleme erkennen und benennen, Ziele herausarbeiten und konkretisieren (festhalten)



Abbildung 5.5.: Deckseite des Therapiemanuals von Abel et al. (2025) für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer Depression

- **Modul 2:** Erarbeitung und Vermittlung eines Erklärungsmodells und des therapeutisch hilfreichen Rational (Modell), Struktur und Elemente der Therapie ableiten, Bezug zu den Zielen
- **Modul 3:** Alltagsgestaltung, Tagesstruktur, Beobachtungsaufgaben dazu, welche Art (pos., neg.) Tätigkeiten und Aktivitäten finden statt bzw. dominieren, Situations- und Verhaltensanalysen durchführen bzw. Verhaltensabläufen herausfinden, verbunden mit Auswirkung auf Befinden. Herausarbeiten angenehmer, positiv erlebter Tätigkeiten und Aktivitäten, emotionale und motorische Verhaltensaktivierung (Aktivitätsaufbau, Neustrukturierung des Alltags), Verwendung von Protokollen und konkreten Planungen, Absprachen und ggf. Hilfestellungen
- **Modul 4:** Erkennen automatisierter (verfestigter) kognitiver Muster und dysfunktionaler Informationsverarbeitungen, Schemata und Grundüberzeugungen, Herausarbeiten des biographischen Zusammenhangs dieser Muster, Erarbeiten alternativer Sichtweisen, Wertevorstellung und kognitiver Muster, Gedankenkontrollstrategien erlernen und erproben, Training neuer Denk- und Verarbeitungsmuster, von Dezentrierung und Aufmerksamkeitslenkung, Rollenspiele und Übungen, lautes Disputieren, Protokolle führen, Alltagstests
- **Modul 5:** Erlernen neuer Fertigkeiten und Kompetenzen: Stressmanagement, Sozialverhalten, Selbstsicherheit, Kommunikation und Interaktion (Einbezug von Partner, Familie), Problemlösen sowie andere für die individuelle Situation benötigten Skills. Übungen, Rollenspiele, Exposition und Konfrontation, Alltagstests
- **Modul 6:** Vorbereitung auf Krisen, Beibehaltung des Gelernten, Notfallplanung, Auffrischungs- bzw. Stabilisierungssitzungen, Erhaltungstherapie, Rückfallverhinderung

Manualisiert bedeutet nicht, dass sich die Therapeutin bzw. der Therapeut sklavisch an das Therapiemanual halten muss. Manuale können an die individuellen Probleme der Patienten angepasst werden. Es müssen auch nicht alle in einem Manual aufgeführten Interventionen durchgeführt werden.

Manual geben eine Orientierung und bieten klare und strukturierte Hinweise für die Durchführung von Therapiesitzungen. Viele Manuale basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und helfen, die Behandlung zu standardisieren. Ein weiterer Vorteil von Therapiemanualen ist, dass sie die Reprodu-

zierbarkeit von therapeutischen Interventionen verbessern. Für die letzteren beiden Punkte wurden sie ursprünglich auch entwickelt.

5.2.4.2. Kognitive Verhaltenstherapie bei Jugendlichen

Depressive Störungen kommen bei Kindern (<12 Jahre) nicht so häufig vor und haben zwischen 2004 und 2019 auch nicht wesentlich zugenommen (Spoelma et al., 2023). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen scheint das etwas anders zu sein. Verschiedene Studien berichten von einer Zunahme an depressiven Störungen in dieser Altersgruppe, insb. in der USA (Weinberger et al., 2017; siehe auch L. Miller & Campo, 2021 für eine Übersicht).

Genauso wie bei Erwachsenen gibt es für die KVT eine Reihe von empirischen Studien, die auf deren Wirksamkeit hinweisen (Oud et al., 2019; Spirito et al., 2011; Weersing et al., 2016). Bernaras et al. (2019) gibt einen Überblick über Störungstheorien der Depression und über die für das schulische Umfeld entwickelten Präventionsprogramme und die verschiedenen Arten der klinischen Behandlung. In dem Therapiemanual von Harrington (2013) wird das psychotherapeutische Vorgehen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausführlich dargestellt.

5.2.5. Moderatoren bei der Behandlung von Patienten mit einer Depression

Wie eingangs schon erwähnt ist der Erfolg einer Behandlung nicht garantiert. Nicht alle Patienten profitieren von einer Psychotherapie und/oder medikamentösen Therapie. Das Ergebnis einer Behandlung hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, von denen nachfolgend einige genannt werden:

- Therapeutische Kompetenz (Erfahrung, Adhärenz)
- Frühe Symptomreduktion in der Therapie (< 3 Wochen)
- Behandlungslänge, Anzahl an Sitzungen, Frequenz, Mitarbeit
- Geschlecht, Alter (Patient, Therapeut)
- Klinische Symptomatik (Variabilität)
- Ersterkrankungsalter
- Anzahl früherer depressiver Episoden, frühere Behandlungen
- Dauer der Erkrankung (total, letzte Episode, Chronizität)
- Schweregrad der Depression
- frühe Traumata (Art, Dauer, Alter)
- Bildung, Intelligenz
- beruflicher Status, Einkommen
- Psychosoziales Funktionsniveau
- Persönlichkeit (NEO-Five, Optimismus, Selbstwirksamkeit)
- Komorbidität (somatisch, psychopathologisch)
- High risk, familiäre Belastung ("genetic make-up")

5.3. Behandlung von Patienten mit einer Manie

Die Behandlung von Patienten mit einer Manie unterscheidet sich nicht nur in der Akutphase der Erkrankung, sondern auch nach Abklingen dieser und damit einhergehend auch einer Verbesserung der Krankheitseinsicht.

Psychotherapie bei Patienten mit einer manischen Episode

Die Durchführung einer Psychotherapie ist in der Akutphase bei Patienten mit einer Manie aufgrund der gestörten Krankheitseinsicht nur schwer möglich und daher nicht als Alternative zur Psychopharmakotherapie und ggfs. einer stationären Unterbringung anzusehen. Psychotherapeutische Interventionen dienen nach der Akutphase bei diesen Patienten vor allem der Stabilisierung und Rückfallprophylaxe (Verhinderung von Rückfällen).

Die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit Manie umfasst die nachfolgend aufgeführten Bestandteile, wobei der medikamentösen Behandlung eine wichtige Rolle zukommt:

1. Medikamentöse Therapie mit regelmäßiger ärztlicher Kontrolle

- Stimmungsstabilisatoren wie Lithium werden oft zur Langzeitbehandlung eingesetzt, um manische Episoden zu verhindern.
- Antipsychotika können akute manische Symptome lindern und werden manchmal zusammen mit Stimmungsstabilisatoren verschrieben.

2. Psychotherapie

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) kann in der post-akuten Phase helfen, den Patienten dabei zu unterstützen, irrationale Gedanken und Verhaltensweisen zu erkennen und zu ändern. Eine viel wichtigere Aufgabe der Psychotherapie ist allerdings die Stabilisierung und Rückfallprophylaxe sowie die Lösung von Problemen, die in der manischen Phase entstanden sind (z. B. Kauf unnötiger und teurer Dinge). Gerade hier ist der Einbezug der Angehörigen sehr wichtig (siehe das speziell für Angehörige publizierte Handbuch von Schäfer et al., 2022).

3. Psychoedukation

- Patienten und ihre Familien erhalten Informationen über die Erkrankung, ihre Symptome und den Umgang mit manischen Episoden.

4. Unterstützung durch Selbsthilfegruppen

- Der Austausch mit anderen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, kann für den Patienten unterstützend sein und das Verständnis für die Erkrankung fördern.

5. Krankenhausbehandlung

- In schweren Fällen, in denen das Risiko für den Patienten oder andere hoch ist, kann eine vorübergehende stationäre Behandlung erforderlich sein. Eine solche Behandlung kann in bestimmten Fällen (Fremd- oder Selbstgefährdung) auch gegen den Willen des Patienten erfolgen.

6. Rückfallprävention

- Strategien zur Vermeidung von Rückfällen, wie die frühzeitige Erkennung von Warnzeichen, können in die Behandlungsplanung integriert werden.

Die individuelle Behandlungsplanung erfolgt je nach den spezifischen Bedürfnissen des Patienten und der Art (Manie vs Depression) und Schwere der Erkrankung.

Auch für die Behandlung von Patienten mit einer manischen Episode gibt es Therapiemanuale, wobei die Therapiemanuale häufig das ganze Spektrum der bipolaren Störung behandeln, d.h. es werden Therapieempfehlungen für Patienten in einer manischen oder depressiven Phase gemacht.

In dem Therapiemanual von Schäfer et al. (2016) werden nach einer Einleitung und der Beschreibung der wichtigsten Aspekte des Störungs- und Behandlungsmodells bei bipolaren Störungen spezifische Interventionen vorgeschlagen.



Abbildung 5.6.: Deckseite des Therapiemanuals von Schäfer et al. (2016) für Bipolare Störungen

- **Einleitung und Grundlagen**

- Der Dialog als therapeutische Grundhaltung
- Neurobiologische Erklärungsmodelle Bipolarer Störungen
- Grundlagen und diagnostische Hilfen
- Früherkennung Bipolarer Störungen
- Medikamentöse Behandlungsstrategien und therapeutische Interventionen nach den S3-Leitlinien

- **Spezifische Interventionen**

- Emotionen und Impulskontrolle
- Achtsamkeit und Akzeptanz
- Ressourcen und Wohlbefinden fördern
- Wege zur Erholung und Entspannung
- Stressbewältigung und Regelung des Schlafverhaltens
- Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten und Problemlösestrategien
- Metakognitives Training für Menschen mit Bipolaren Störungen
- Rezidivprophylaxe und Notfallmaßnahmen
- Unterstützung des sozialen Umfelds der Patienten und Einbezug der Angehörigen in die Therapie

5.3.1. Medikamentöse Behandlung von Patienten mit einer bipolaren Störung

In der [S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit einer bipolaren Störung](#) werden folgende pharmakologische Behandlungsempfehlungen gemacht [siehe auch @bschor2020]:

- **Akutbehandlung bipolarer Depressionen**

- Quetiapin soll in der Akutbehandlung der bipolaren Depression eingesetzt werden (Empfehlungsgrad A).

- Lurasidon erhält den Empfehlungsgrad B (das Medikament wird in Deutschland aber nicht mehr vertrieben).
- Armodafinil und Ziprasidon sollen zur Behandlung der bipolaren Depression nicht mehr eingesetzt werden.
- **Akutbehandlung der Manie**
 - weiterhin Empfehlungsgrad B: Aripiprazol, Carbamazepin, Valproinsäure, Haloperidol, Lithium, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon (mit entsprechenden Einschränkungen)
 - Asenapin erhält neu Empfehlungsgrad B
- **Phasenprophylaxe**
 - Lithium hat unverändert als einziges Medikament zur Phasenprophylaxe den Empfehlungsgrad A.
 - Lithium-Serumspiegel sollten mindestens 0,6 mmol/l betragen (Empfehlungsgrad B).
 - Suizidgefährdete Patienten sollen mit Lithium behandelt werden (Empfehlungsgrad A).
 - Lamotrigin zur Prophylaxe depressiver Episoden (auch wenn keine akut-antidepressive Behandlung damit erfolgt war) (klinischer Konsenspunkt)
 - Quetiapin zur Phasenprophylaxe, wenn dies in der Akutphase hilfreich und verträglich war (Empfehlungsgrad B)

5.4. Behandlung von Patienten mit einer bipolaren Störung

Patienten mit einer bipolaren Störung durchlaufen extreme Stimmungsschwankungen, die als manische und depressive Episoden eingestuft werden. Die Schwere der Episoden kann variieren, und die Phasen können unterschiedlich lange dauern.

In der manischen Phase erleben die Betroffenen einen übersteigerten Energielevel, gesteigerte Aktivität, vermindertes Schlafbedürfnis und eine gesteigerte Redegewandtheit. Sie können impulsiv handeln, risikoreiche Entscheidungen treffen und ein erhöhtes Selbstwertgefühl haben. Diese Symptome können zu Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen und beruflichen Angelegenheiten führen.

Auf der anderen Seite umfasst die depressive Phase Symptome wie anhaltende Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Energieverlust, Konzentrationsprobleme und vermindertes Selbstwertgefühl. Betroffene können sich in dieser Phase zurückziehen, haben Schwierigkeiten, tägliche Aufgaben zu bewältigen, und zeigen möglicherweise Suizidgedanken.

In Abhängigkeit der Art der Episode erfolgt die Behandlung, wobei die in Kapitel ?? und Kapitel 5.2.4 beschriebenen Interventionen zur Anwendung kommen können.

5.5. Verständnisfragen

1. Welche Empfehlungen gibt die Nationale Versorgungsleitlinie Depression bezüglich der Behandlung von Patienten mit einer depressiven Episode?
2. Welchen Einfluss hat der Schweregrad der depressiven Episode auf die Behandlungsempfehlung?
3. Was versteht man unter einem Behandlungs-Algorithmus?
4. Wodurch wird eine Kombination von Psychopharma- und Psychotherapie erschwert?

5. Sollten Angehörige bei der Behandlung einbezogen werden? Wenn ja, warum und mit welchem Ziel?
6. Definieren Sie den Begriff "Psychotherapie".
7. Was versteht man unter einem Psychotherapieverfahren?
8. Welche Psychotherapieverfahren dürfen in Deutschland zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten eingesetzt werden?
9. Welche psychotherapeutischen Maßnahmen dürfen nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden?
10. Wie wird in der Kognitiven Verhaltenstherapie die Entstehung einer depressiven Störung erklärt?
11. Nennen Sie vier zentrale Bausteine (Elemente) bei der Behandlung eines Patienten mit einer depressiven Störung.
12. Wie können kognitive Umstrukturierungstechniken in der kognitiven Verhaltenstherapie dabei helfen, dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen, die zu einer depressiven Episode beitragen, zu identifizieren und zu verändern?
13. Welche Rolle spielt die Verhaltensaktivierung in der kognitiven Verhaltenstherapie, und wie kann sie dazu beitragen, die Symptome einer Depression zu lindern?
14. Wie gehen Sie in der kognitiven Verhaltenstherapie mit den automatischen negativen Gedanken um, die Patienten während einer depressiven Episode häufig erleben?
15. Inwiefern ist es wichtig, bei der Therapie von depressiven Patienten die sozialen und umweltbedingten Faktoren zu berücksichtigen, die zur Aufrechterhaltung der Depression beitragen?
16. Welche Strategien aus der kognitiven Verhaltenstherapie können eingesetzt werden, um den Teufelskreis von negativen Gedanken und sozialem Rückzug zu durchbrechen, der oft mit Depressionen einhergeht?
17. Wie wird in der kognitiven Verhaltenstherapie mit der oft geringen Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten in depressiven Episoden umgegangen, und welche Techniken helfen dabei, das Selbstvertrauen der Patienten zu stärken?
18. Welche pharmakologischen und psychotherapeutischen Ansätze sind am effektivsten, um die Symptome einer Manie zu kontrollieren und Rückfälle zu verhindern?
19. Wie gehen Sie in der Behandlung von Patienten mit einer Manie mit den Herausforderungen um, die durch den häufig fehlenden Krankheitseinsicht der Patienten entstehen?
20. Welche Rolle spielt die Psychoedukation für Patienten mit manischen Episoden und deren Familien?

Teil II.

Schizophrenie

“Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch zeitweilige, fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens mit Beeinträchtigungen bis hin zum Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert ist. Sie betrifft weltweit etwa 1 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben, erstmals zumeist bereits in jungen Jahren zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr. Bei etwa 20 % bis 25 % der Betroffenen bleibt es nach erfolgreicher Behandlung bei einer einzigen psychotischen Episode mit völliger Wiederherstellung der psychischen Gesundheit. Bei den übrigen Patienten kommt es nach zwischenzeitlichen Phasen einer mehr oder weniger vollständigen Remission, die von Symptomfreiheit bis zum Verbleib erheblicher Restsymptomatik mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen reichen kann, zu teils wiederholten Rückfällen. Einen chronisch progredienten Verlauf entwickeln heute nur noch zwischen 10 % bis ca. 30 % der Patienten.”

(Gaebel & Wölwer, 2010)

6. Schizophrenie: Symptomatik

6.1. Einleitung

Schizophrenie, auch als schizophrene Psychose bezeichnet, ist eine komplexe und schwere psychische Störung, die das Denken, Fühlen und Verhalten einer Person beeinflusst und grundlegend verändert. Menschen mit einer Schizophrenie durchleben Phasen, in denen sie die Welt oft ganz anders wahrnehmen als sie es normalerweise tun.

Die Erkrankung umfasst ganz unterschiedliche Symptome wie Halluzinationen (z. B. Stimmen hören), Wahnvorstellungen, Desorganisation des Denkens sowie Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion, im emotionalen Ausdruck (Gefühlsleben) und in der Sprache. Patienten verlieren in den schizophrenen Phasen fast völlig den Bezug zur Realität und erkennen auch nicht, dass sie krank sind.

Die Erkrankung, die meistens im jungen Erwachsenenalter beginnt, verläuft häufig in Episoden, die unterschiedliche lange sind und in der akuten Phase Wochen bis Monate dauern können. Manche Betroffene erleben in ihrem Leben nur einmal oder wenige Male eine schizophrene Episode. Andere haben dauerhafte Beeinträchtigungen (z. B. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen) und benötigen Unterstützung (z. B. betreutes Wohnen).

Schizophrenie vs Schizophrenien

Ich verwende in diesem Kapitel immer wieder den Begriff "Schizophrenien", um deutlich zu machen, dass es sich bei dieser psychischen Störung nicht um ein einheitliches Störungsbild handelt. Es ist eine heterogene Gruppe von psychischen Störungen, bei der sich das Denken, Fühlen und die Wahrnehmung tiefgreifend verändern.

6.2. Erfahrung mit einer Schizophrenie

Folgender [Erfahrungsbericht](#) wurde 2018 im Stern von Nina Poelchau veröffentlicht. In ihm wird der Verlauf der schizophrenen Erkrankung von Klaus Gauger beschrieben.

"Mit Ende 20 brach bei Klaus Gauger eine paranoide Schizophrenie aus. Es dauerte Jahrzehnte, bis es ihm gelang, mit seiner Krankheit gut zurechtzukommen.

Es war ein kalter Tag im Februar, als sich der Irrsinn, der längst in Klaus Gaugers Kopf tobte, offenbarte. Gauger, damals 28, hatte die Lampen in seinem Zimmer zerlegt und die Holzverschalung der Wand mit der Faust zertrümmert. Er hatte ein Zelt auf die nasse Wiese im Garten gestellt und campierte dort. Kurz darauf brüllte er seine verzweifelten Eltern zusammen, weil sie ihm sagten, im Haus seien keine Mikrofone installiert. Er hielt sie für Feinde, packte seine Mutter am Hals. Die Eltern riefen den Notarzt, die Polizei kam gleich mit. Gauger wurde in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht. Es war der Beginn des dramatischen Ringens mit einer Krankheit, die alles daransetzte, sein Leben zu zerstören – paranoide Schizophrenie.

Heute, mit 52, hat er einen Weg zurückgelegt, den sich kein Filmemacher besser ausdenken könnte. Er hat darüber ein Buch geschrieben, stilsicher, faktengenau, manchmal von beklemmender Komik.

Er will mit Urteilen aufräumen, die Menschen mit Schizophrenie entgegenschlagen – etwa dem, dass sie dauerhaft unberechenbar und geistig behindert seien.

Klaus Gauger lebt heute mit seinen Eltern in deren Haus im nördlichen Teil Freiburgs, direkt an der Rheintalbahnstrecke. Er wohnt in seinem alten Zimmer im Erdgeschoss, Einzelbett, ein Tisch mit Computer, zwei große Lautsprecher. Er ist ein schwerer Mann, "ich wiege 120 Kilo, also 40 Kilo zu viel", sagt er. Musik ist ihm wichtig, in Zeiten von Einsamkeit und Panik hörte er sie so laut, dass sie nach oben zu den Eltern wummerte und nach draußen in das geordnete Wohngebiet.

Er ist hier aufgewachsen, es waren gute Bedingungen. Sein Vater war Professor für Romanistik, seine Mutter, eine Spanierin, Übersetzerin großer Literatur. Die Familie war in Deutschland und in Spanien zu Hause. Klaus war als Kind und Jugendlicher ausgeglichen, begabt und beliebt. Er spielte Saxofon in einer Band, sah gut aus, hatte viele Freunde und, seit er 17 war, eine Freundin. Sie studierten, wollten in Spanien leben, später eine Familie gründen.

Wo war der Bruch? Das fragt er sich oft. Inzwischen glaubt er: Es gab keinen. Es war ein schleichender Prozess vom gesunden zum kranken Klaus Gauger. Im Sommer 1988 wurde sein Leben kompliziert. Der 23-Jährige verliebte sich in die Schwester seiner Freundin – die machte ein bisschen mit und wies ihn dann zurück. Er trennte sich von seiner Freundin, die anderen hatten ihr Leben bald wieder geordnet, doch er blieb hängen in Wut und Angst. Aus heutiger Sicht spricht einiges dafür, dass er in einer speziellen Phase war, die einer akuten Schizophrenie oft vorausgeht: Darin ist der Betroffene labil und depressiv.

Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, sie trifft in Europa einen von hundert. Noch ist sie nicht vollständig erforscht, wahrscheinlich gibt es eine erbliche Komponente, vielleicht Stressoren, die die Krankheit auslösen können. Diskutiert wird, dass es verschiedene Ursachen gibt, die zu psychotischen Schüben führen – der THC-Gehalt von Cannabis ist eine davon. Gauger vermutet, dass er die Veranlagung geerbt hat. Um seine Familie zu schonen, konkretisiert er das nicht.

In Deutschland kann es lange dauern, bis Kranke richtig therapiert werden. Insofern keine Fremd- oder Eigengefährdung vorliegt, ist eine Zwangsbehandlung nicht erlaubt. Klaus Gauger sieht diese verfassungsrechtlich geschützte "Freiheit zur Krankheit" kritisch, denn zur Symptomatik der paranoiden Schizophrenie gehört, dass Kranke selbst nicht einsehen, warum sie sich therapieren lassen sollten. "Ich kenne mehrere Fälle, die unbehandelt durch die Gegend rennen", sagt er. "Diese Schizophrenen sind schwer neben der Spur und haben weder ein gutes Leben noch die Möglichkeit, am Arbeitsleben teilzunehmen. Aber behandelt werden sie nicht, weil kein Richter hier eine klare Fremd- oder Selbstgefährdung erkennen will."

Bei ihm selbst gab es nach seinem Toben im Februar 1994 rechtlich keinen Zweifel daran, dass er andere gefährdete. In der Klinik erlebte er die Ärzte und Pfleger als unmenschlich und kalt. Weil er Medikamente ablehnte, schaltete der Chefarzt ein Vormundschaftsgericht ein, der Richter drohte mit Entmündigung. Gauger unterschrieb alles. In seinem Buch heißt es: "Noch am selben Abend bekam ich einen randvollen Becher Haldol überreicht. Haldol ist ein hochpotentes Neuroleptikum, das schon seit Anfang der 1960er Jahre in den europäischen Psychiatrien häufig eingesetzt wird und auch heute wegen seiner schnellen Wirksamkeit vor allem in der Akutbehandlung zum Einsatz kommt. ... Ich bekam schon nach wenigen Minuten Magenkrämpfe ... als ich auf der Toilette saß, sank ich vor Schmerzen halb ohnmächtig zusammen."

Zwar dämpften die Medikamente während seines siebenwöchigen Aufenthalts die Wahnvorstellungen, doch die Nebenwirkungen waren immens: Gauger nahm kontinuierlich zu, hatte Probleme mit den Augen und konnte nicht ruhig sitzen. Er wurde, weil ihn das beruhigte, zum starken Raucher – bis zu fünf Päckchen am Tag. Bei der Entlassung fühlte er sich als gebrochener Mann: "Ich war apathisch, depressiv, geistig reduziert und übergewichtig", erzählt er. Woran er litt, wurde ihm nicht mitgeteilt,

seinen Eltern ebenso wenig. Dass es sich um “paranoide Schizophrenie” handelte, erfuhren sie Wochen später, weil es auf der Klinikrechnung stand.

Bei Gauger blieb eine Restsymptomatik, er fühlte sich immer noch überwacht. Er sprach darüber mit Psychiatern, sie gingen kaum darauf ein. Eine Ärztin verpasste ihm eine Spritze, die seine Situation extrem verschlechterte. Sie nahmen sich, das empfindet er als einen Kunstfehler, keine Zeit, um ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufzubauen. Seine Lebensqualität war miserabel: Er litt unter Verfolgungsangst und seinem Aussehen, wohnte bei seinen Eltern, sah, wie seine Freunde durchstarteten. Er wollte so gern gesund werden. Er tat viel dafür. Es gelang ihm, mit dem Rauchen aufzuhören, indem er wie besessen Nikotinkaugummis kaute. Mit seiner Mutter wanderte er den Jakobsweg. In den folgenden Jahren schloss er ein Lehramtsstudium ab, promovierte sogar. Doch er hatte immer noch das Gefühl, verfolgt zu werden, haderte mit den Medikamenten, die ohnehin nur eingeschränkt wirkten. Er setzte sie schließlich ab.

Mit Mitte 40, im Jahr 2011, kehrte die Paranoia zurück – mit gewaltiger Wucht. Gauger war überzeugt, es gebe ein weltweites System von Psychiatern, die Einblick in die Gehirne hätten, sah es als seine Mission, sich Zutritt zu diesem System zu erkämpfen. Er formulierte beleidigende Briefe an Ärzte, breitete seine Gedanken in uferlosen Abhandlungen in einem Blog aus, glaubte fest, er sei ein bedeutender Journalist und dass Barack Obama ihn unterstütze und Angela Merkel ihn vernichten wolle.

2013 packte er seinen Rucksack und begab sich auf eine Reise, die drei Monate dauerte. Er wollte Psychiater treffen, die ihm Einlass in ihr “kybernetisches System” gewähren würden, flog nach San Francisco, reiste zum Mental Research Institute in Palo Alto, fuhr nach New York, nach San Diego, nach Toronto, flog weiter nach Tokio, dann nach London. Er sah – oder halluzinierte – überall Symbole, die ihn lenken sollten: tätowierte Totenköpfe. Wann immer er einen entdeckte, änderte er seine Route. Er war ein Getriebener, am Rande der Verwahrlosung. Tatsächlich wurde er zu Psychiatern vorgelassen, mal waren die besorgt, mal professionell distanziert, sie ließen ihn weiterziehen. Gauger erzählt: “Manchmal war das sogar ein gutes Gefühl. Ich dachte, ich bin so bedeutungsvoll, dass die ganze Welt sich für mich interessiert. Aber die Verzweiflung überwog dann oft doch. Ich habe möglichst nur noch aus Dosen gegessen, weil ich dachte, alles andere wäre vergiftet.”

Als zum zweiten Mal in seinem Gehirn das Chaos ausbrach, glitt seine Mutter in eine schwere Depression. Die Eltern hielten dennoch unerschütterlich daran fest, dem Sohn beizustehen. Aus den Kontoauszügen erfuhren sie, wo er gerade unterwegs war. Sie schickten ihm Geld, so viel, dass er möglichst nicht verelendete, so wenig, dass er sich keine Irrsinnflüge durch die Welt leisten konnte. 10.000 Euro summierten sich.

Klaus Gaugers Geschichte hat, aus heutiger Sicht, ein gutes Ende. Bei Menschen mit Schizophrenie geht man von dieser Verteilung aus: Bei einem Drittel tritt nach der ersten Episode keine weitere Psychose auf. Sie gelten als gesund. Ein zweites Drittel hält die Erkrankung mit Medikamenten in Schach. Das übrige Drittel bleibt chronisch krank. Gauger rechnet sich dem zweiten Drittel zu.

Den Ausgang der Weltreise nennen Gaugers Eltern und er heute “Wunder von Huesca”: Eher zufällig landete er in der Psychiatrie der spanischen Kleinstadt Huesca. Der Oberarzt sprach mit ihm lange, einfühlsam und klar. Und er ließ ihn nicht mehr gehen. Die spanische Gesetzeslage ist anders als die deutsche: Fremd- oder Eigengefährdung müssen nicht diagnostiziert werden, um einen Menschen, der eindeutig schwer krank ist, zu behandeln. Der Psychiater stellte Gauger vor die Wahl: sechs Monate Klinik. Oder eine Depotspritze mit dem Neuroleptikum Xeplion, die vier Wochen wirken würde. Gauger hatte zwar keine Einsicht in seine Krankheit – aber er war am Ende seiner Kräfte und fasste Vertrauen zu dem Arzt. Nach der Spritze verschwanden die Wahnvorstellungen, die Nebenwirkungen hielten sich in Grenzen.

Von diesem Moment an ging es aufwärts. Inzwischen nimmt Klaus Gauger täglich das Neuroleptikum Abilify ein. Einige Nebenwirkungen sind geblieben – dafür fühlt er sich befreit von jeglicher Paranoia. Er hat das Ziel aufgegeben, als Lehrer zu arbeiten, die – diesmal reale – kritische Beobachtung, unter der er mit der Diagnose Schizophrenie stünde, würde ihn zu sehr unter Druck setzen. Er ist als Genesungshelfer in einem Heim für psychisch Kranke angestellt, Stundenlohn: knapp über elf Euro, macht Fahrdienste, hört sich viele haarsträubende Geschichten an.

Er weiß, dass er als eloquenter Mann gute Voraussetzungen hat, für Menschen mit Schizophrenie etwas in Gang zu bringen. Er wünscht sich, dass sich die Behandlungen verbessern, in jeder Hinsicht, und dass die Krankheit ihr Stigma verliert. "Es ist eine Stoffwechselerkrankung", sagt er, "im Grunde auch nicht viel anders als Diabetes." Gewidmet ist das Buch seinen Eltern. Seine 80-jährige Mutter, die gerade den Bestseller "Die Hauptstadt" von Robert Menasse ins Spanische überträgt, hat sich schon bereit erklärt, auch sein Buch bei Bedarf zu übersetzen.

6.3. Videos und Filme mit Erfahrungsberichten

[Leben mit paranoider Schizophrenie - ein Erfahrungsbericht](#)

[A Beautiful Mind – Genie und Wahnsinn](#)

6.4. Kernmerkmale der Schizophrenien

In Tabelle 6.1 sind die Kernmerkmale einer Schizophrenie aufgeführt. Art und Schweregrad der Symptome können im Laufe der Zeit variieren, wobei es Phasen der Verschlimmerung und des Rückgangs der Symptome gibt. Einige Symptome können immer vorhanden sein.

Tabelle 6.1.: Kernmerkmale einer Schizophrenie

Merkmal	Beschreibung
Wahnvorstellungen	W. sind falsche Überzeugungen, die nicht auf der Realität beruhen. Betroffene glauben zum Beispiel, dass man ihnen schaden oder sie belästigt will; dass bestimmte Gesten oder Kommentare direkt an sie gerichtet sind; dass sie über außergewöhnliche Fähigkeiten oder Ruhm verfügen; dass eine andere Person in sie verliebt ist; oder dass eine große Katastrophe bevorsteht.
Halluzinationen	Dabei werden in der Regel Dinge gesehen oder gehört, die nicht existieren. Für Menschen mit Schizophrenie haben sie jedoch die volle Kraft und Wirkung einer normalen Erfahrung. Halluzinationen können sich auf alle Sinne beziehen, aber das Hören von Stimmen ist die häufigste Form der Halluzination.
Desorganisiertes Denken (Sprache)	Anhand der desorganisierten Sprache wird auf ein desorganisiertes Denken geschlossen. Die effektive Kommunikation kann beeinträchtigt sein, und die Antworten auf Fragen können teilweise oder vollständig zusammenhanglos sein. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass beim Sprechen sinnlose Wörter aneinandergereiht werden, die nicht verstanden werden können.

Merkmal	Beschreibung
Extrem desorganisiertes oder abnormales motorisches Verhalten	Dieses Merkmal kann sich auf verschiedene Weise zeigen, von kindlicher Albernheit bis hin zu unberechenbarer Unruhe. Das Verhalten ist nicht auf ein Ziel ausgerichtet, so dass es schwierig ist, Aufgaben zu erledigen. Das Verhalten kann Widerstand gegen Anweisungen, eine unangemessene oder bizarre Körperhaltung, völliges Fehlen von Reaktionen oder nutzlose und übermäßige Bewegungen umfassen.
Negative Symptome	Dieses Merkmal bezieht sich auf die eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, normal zu funktionieren. Die Person vernachlässigt beispielsweise die Körperpflege oder scheint emotionslos zu sein (nimmt keinen Augenkontakt auf, ändert seine Mimik nicht oder spricht in einem monotonen Tonfall). Außerdem kann die Person das Interesse an alltäglichen Aktivitäten verlieren, sich sozial zurückziehen oder nicht in der Lage sein, Freude zu empfinden.

6.4.1. Positiv- und Negativsymptomatik

Die Symptome schizophrener Patienten werden oft in zwei Hauptkategorien unterteilt: positive Symptome und negative Symptome (Tabelle 6.2).

Tabelle 6.2.: Positive und negative Symptome bei Patienten mit einer Schizophrenie

Symptom	Definition	Beispiel
Positive Symptome		
Halluzinationen	Sensorische Wahrnehmungen ohne äußere Reize, z.B., Hören von Stimmen.	“Ich höre Stimmen, die mir befehlen, bestimmte Dinge zu tun.”
Wahnvorstellungen	Feste, falsche Überzeugungen, trotz gegenteiliger Beweise aufrechterhalten.	Der Glaube, von Außerirdischen kontrolliert zu werden.
Denkstörungen	Beeinträchtigung der Denkstruktur und -organisation, z.B., Gedankenabriss.	Sprunghafte Gedanken, die schwer zu verstehen sind.
Bewegungsstörungen	Unkontrollierte oder ungewöhnliche Bewegungen.	Auffällige, stereotype Bewegungen ohne erkennbaren Zweck.
Negative Symptome		
Affektverflachung	Verminderte oder eingeschränkte emotionale Ausdrucksweise.	Geringe emotionale Reaktion, selbst in emotionalen Situationen.
Anhedonie	Verlust der Fähigkeit, Freude oder Befriedigung aus normalen Aktivitäten zu ziehen.	Interessenverlust und Unfähigkeit, Vergnügen zu empfinden.
Sozialer Rückzug	Zurückziehung aus sozialen Interaktionen und Beziehungen.	Vermeidung von sozialen Aktivitäten und Isolation.

Symptom	Definition	Beispiel
Mangel an Antrieb	Mangel an Initiative oder Motivation für alltägliche Aktivitäten.	Schwierigkeiten, alltägliche Aufgaben zu initiieren.
Kognitive Beeinträchtigungen	Gedächtnisprobleme, Schwierigkeiten beim Planen und Organisieren.	Vergesslichkeit, Schwierigkeiten bei Aufgaben, die Planung erfordern.

Der Begriff "Positivsymptomatik" und "Negativsymptomatik" wurde von dem britischen Neurologen John Hughlings Jackson (1835-1911) geprägt, um die Pathophysiologie psychischer Störungen zu erklären (Portwich & Barocka, 1999). Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1857–1939) verwendete den Begriff, um die verschiedenen Aspekte der schizophrenen Symptomatik beschreiben. Die Begriffe beziehen sich auf das Vorhandensein (positiv) oder Fehlen (negativ) bestimmter psychischer Funktionen.

- **Positivsymptomatik (Positive Symptome):** Diese Symptome repräsentieren zusätzliche oder ungewöhnliche Erfahrungen oder Verhaltensweisen, die bei Menschen mit Schizophrenie auftreten, aber nicht in der Allgemeinbevölkerung. Dazu gehören Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Denkstörungen und Bewegungsstörungen.
- **Negativsymptomatik (Negative Symptome):** Diese Symptome beziehen sich auf den Verlust bestimmter Fähigkeiten oder Funktionen, die bei Menschen mit Schizophrenie normalerweise vorhanden sind. Dazu gehören Affektverflachung, Anhedonie, sozialer Rückzug, Mangel an Antrieb und kognitive Beeinträchtigungen.

6.4.2. Beispielfragen für positive und negative Symptome

In der Tabelle 6.3 finden Sie eine Reihe von Beispielfragen, Hinweise auf das Vorliegen von positiven, negativen oder neurokognitiven Symptomen zu bekommen.

Tabelle 6.3.: Beispielfragen für positive und negative Symptome bei Patienten mit einer Schizophrenie

Symptome	Beispielfragen
Positive Symptome	
Halluzination und andere Wahrnehmungsstörungen	Hörst Du Geräusche, Gespräche und Stimmen, obwohl Du alleine im Zimmer bist? Ändern Menschen oder Dinge Form oder Farbe? Siehst Du Schatten von fremden Personen an der Zimmerwand? Riechst Du giftige Gase?
Wahnvorstellungen und Ich-Störungen	Fühlst Du Dich verfolgt oder beobachtet? Sind andere Personen nicht mehr die, die sie sein sollten? Glaubst Du, dass andere Menschen Deine Gedanken lesen und beeinflussen können? Glaubst Du, dass Du mit besonderen Mächten in Verbindung stehst?
Negative Symptome	

Symptome	Beispielfragen
Antriebsmangel	Fällt es Dir morgens schwer aufzustehen? Kannst Du Deine täglichen Aufgaben nicht mehr bewältigen?
Sozialer Rückzug	Gehst Du nicht mehr aus dem Haus? Möchtest Du niemanden sehen?
Emotionale Verflachung	Kannst Du Dich weder richtig freuen, noch Trauer empfinden? Ist Dir alles gleichgültig? Kannst Du nur noch emotionslos?
Kognitive Symptome	Kannst Du Gedanken nicht zu Ende denken? Kannst Du Dich nicht mehr konzentrieren? Gehen Dir zu viele Gedanken auf einmal durch den Kopf?

7. Schizophrenie: Diagnostik

7.1. Einleitung

In diesem Kapitel wird das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Schizophrenie erläutert.

7.2. Anamnese und Exploration

Die Diagnosestellung basiert auf einer Reihe von Informationsquellen. Hierzu gehört die Anamnese, der psychische Befund und ggfs. eine strukturierte Befunderhebung (z. B. mittels SCID-5) sowie testpsychologische Verfahren in Form von Fragebögen und Checklisten.

Die Symptomatik psychotischer Patienten ist oft eindrücklich und charakteristisch, (z. B. das Berichten akustischer Halluzinationen) so dass relativ schnell eine grobe diagnostische Einordnung (F2) möglich ist.

Problematisch ist allerdings die Akuität (Eigenschaft einer Erkrankung, schnell bzw. akut zu verlaufen) der Symptomatik, die die Anamneseerhebung massiv erschweren kann. Symptome wie

- mangelnde Krankheitseinsicht und nicht vorhandenes Problemverständnis,
- Argwohn und Misstrauen,
- Wahnideen,
- neurokognitive Störungen und
- ggfs. sprachliche oder kulturelle Barrieren

können die Informationsgewinnung extrem behindern.

Wenn eine Anamnese durchführbar sein sollte, sollten folgende Aspekte eine Rolle spielen:

- Art und Dauer der Auffälligkeiten
- Affekt und kognitive Funktionen
- übliche Verhaltensweisen des Patienten
- wichtige Lebensereignisse aus der jüngeren Vergangenheit
- aktuelle wichtige Belastungsfaktoren
- soziale Netz
- Substanzgebrauch
- Suizidalität
- Frühwarnzeichen
- Angst und Anspannung
- vermehrte Reizbarkeit und/oder Aggressivität
- Antriebs- und Interessenverlust
- Leistungsabfall in Schule oder Beruf
- sozialer Rückzug
- Auftreten ungewöhnlicher Vorstellungen

- Denkstörungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Schlafstörungen
- Appetitveränderungen
- etc.

7.3. Psychischer Befund

Der Psychische Befunde wird bei einem Patienten mit einer Schizophrenie genauso wie bei den affektiven und allen anderen psychischen Störungen erstellt (AMDP, 2022; Saß & Hoff, 2016; Stieglitz et al., 2017).

In Abbildung 7.1 ist eine Ausschnitt aus der Dokumentation der Psychopathologie (in Anlehnung an das AMDP-System) abgebildet.

Beispiel eines psychischen Befundes bei einem Patienten mit Verdacht auf das Vorliegen einer Schizophrenie

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

Entnommen aus: H.J. Möller, G. Laux & Deister, A. (2013). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme. 2.2 Informationsquellen und Erfassungsmethoden

Wahnkriterien

Wahn ist gekennzeichnet durch eine gestörtes inhaltliches Denken (insb. Ideen- und Urteilsbildung). Jaspers (2013) hat drei Wahnkriterien postuliert:

1. die subjektive Gewißheit,
2. die Unkorrigierbarkeit durch Erfahrungen oder zwingende logische Argumente und
3. die Umöglichkeit des Inhaltes

Wahnhaftes Erleben kreist um Verfolgung, Vergiftung, Verarmung, Vernichtung, Weltuntergang, Eifersucht, Versündigung, Beeinträchtigungen jeglicher Art, besondere Berufung, Fähigkeiten, Abstammung oder Bedeutung (Größenwahn) etc. Einige sind verstehbar als verzerrter („verrückter“) Ausdruck von tiefen Sehnsüchten und Ängsten. Bitte beachten Sie, dass das 3. Kriterium (die Unmöglichkeit des Inhaltes) in der Literatur kritisch diskutiert wird. Es ist schwierig, klare Grenze zwischen

Affektlabilität	Rasch wechselnde Stimmungen und Gefühle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Affektstarre	Der Patient bleibt in einer Stimmungslage, unabhängig von der äußeren Situation.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Affektverflachung	Der Patient wirkt gleichgültig und „Abgestumpft“, ohne dass er dies bemerken oder bemängeln würde. Oft bei chronischer Schizophrenie.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Läppischer Affekt	Unreifes, pubertäres und albernes Verhalten.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anhedonie	Die Unfähigkeit, Freude zu empfinden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Affektive Schwingungsfähigkeit	Diese kann normal, reduziert oder nicht vorhanden sein. Beschreibt, wie der Patient auf die affektiven Angebote des Untersuchers reagiert und „mitschwingt“.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Formale Denkstörungen

Denkverlangsamung	Gespräche verlaufen sehr träge, Antworten kommen langsam.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Denkhemmung	Der Patient erlebt sein Denken als gebremst oder blockiert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Umständliches Denken	Wesentliches wird nicht von Unwesentlichem getrennt, die Schilderungen sind weitschweifig.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eingeengtes Denken	Der Patient kann das Thema zwar wechseln, kehrt aber immer wieder auf ein zentrales Thema zurück.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Perservationen	Ständiges Wiederholen von Aussagen, Fragen oder Befürchtungen, auch wenn sie nicht in den akuten Zusammenhang passen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grübeln	Der Patient kreist gedanklich immer wieder um die gleichen Denkinhalte.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gedankendrängen	Viele verschiedene Gedanken schießen dem Patienten durch den Kopf.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ideenflucht	Längere Gedankengänge können nicht zu Ende geführt werden, weil die Patientin im Gedachten auftauchenden Assoziationen und Einfällen nachgehen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorbeireden	Die Frage wurde zwar verstanden, es wird aber inhaltlich etwas völlig anderes geantwortet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gedankenabreißen	Ganz plötzlich wird der „Denkfaden“ verloren, der Betroffene bemerkt dies selber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zerfahrenheit	Sprechen und Denken ohne erkennbaren Zusammenhang mit manchmal scheinbar zufällig zusammengefügt Satzteilen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neologismen	Der Patient verwendet Kunstwörter („Neuschöpfungen“)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Verbigeration	Stereotypes, rhythmisches Wiederholen von isolierten Wörtern oder Lauten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Inhaltliche Denkstörungen

Wahnhaft - Formale Wahnmerkmale

Wahrnehmung	Wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wahngedanken	Wahnhafte Überzeugungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wahnstimmung	„Gefühl“, dass irgendetwas „in der Luft liegt“	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Abbildung 7.1.: Dokumentation der Psychopathologie (AMDP)

kulturell akzeptierten Überzeugungen und wahnhaften Inhalten zu ziehen, da es keine universelle Definition von "Unmöglichkeit" gibt.

7.4. Klassifikatorische Diagnostik

7.4.1. ICD-10

In Tabelle 7.1 sind die verschiedenen Unterkategorien in der Gruppe "**Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)**" der ICD-10 aufgeführt.

Tabelle 7.1.: Übersicht über "Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2)" in der ICD-10

Code	Bezeichnung
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhafte Störung
F23	Vorübergehende psychotische Störung
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25	Schizoaffective Störung
F28	Andere nichtorganische psychotische Störung
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

In der Störungskategorie F2 wird zwischen **Schizophrenie (F20)** und **andere psychotischen Störungen** unterschieden:

- **Schizophrenie (F20):** Schizophrenie ist eine spezifische Form der psychotischen Störung, die durch charakteristische Symptome gekennzeichnet ist.
- **Andere psychotische Störungen (F21-F29):** Diese Kategorie umfasst verschiedene psychotische Störungen, die nicht alle Kriterien für Schizophrenie erfüllen. Dazu gehören beispielsweise schizophreniforme Störungen oder schizoaffective Störungen.

Der Begriff Psychose

Psychose ist ein seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts verwendeter Begriff für eine Gruppe von psychischen Störungen, bei den Halluzinationen, Wahn und der Realitätsverlust kennzeichnend sind. Zusätzliche Symptome können Desorganisation im Denken, emotionale Verflachung und sozialer Rückzug sein.

Patienten mit einer schizophrenen Störungen weisen im Allgemeinen charakteristische Störungen im Denken und in der Wahrnehmung sowie im Affekt (inadäquate oder verflachte) auf. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit neurokognitive Defizite (z.B. Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme) entwickeln können.

Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind

- **Gedankenlautwerden,**
- **Gedankeneingebung oder Gedankenentzug,**
- **Gedankenausbreitung,**
- **Wahnwahrnehmung,**

- **Kontrollwahn,**
- **Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten,**
- **Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen,**
- **Denkstörungen** und
- **Negativsymptome.**

! Wichtig

Negativ- und Positivsymptomatik

Die Unterscheidung zwischen Negativ- und Positivsymptomatik geht ursprünglich auf die britischen Neurologen John Russell Reynolds (1828–1896) und John Hughlings Jackson (1835–1911) zurück, die dieses Konzept bereits im 19. Jahrhundert Konzept entwickelten (Pearce, 2004). In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde die Idee von den Psychiatern Crow (1985) und Andreasen (1990) auf die Schizophrenie übertragen. **Positivsymptome** sind "hinzugekommene" Symptome, die bei gesunden Menschen nicht vorhanden sind. Sie spiegeln eine Überaktivität oder Verzerrung normaler Funktionen wider und sind oft auffällig und störend (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, formale Denkstörungen, desorganisierte Verhalten, katatone Symptome). **Negativsymptome** sind "fehlende" Symptome, die einen Verlust oder eine Einschränkung normaler Funktionen darstellen. Sie sind oft subtiler als Positivsymptome, aber langfristig können sie die Lebensqualität stärker beeinträchtigen.

Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind in Tabelle 7.2 aufgeführt.

Tabelle 7.2.: Übersicht über die Leitsymptome der Schizophrenie laut ICD-10

Kriterium	Beschreibung
(a)	Gedankenecho, Gedankeneingebung oder -entzug und Gedankenausbreitung.
(b)	Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder Passivitätserleben, die sich eindeutig auf Körper- oder Gliederbewegungen, bestimmte Gedanken, Handlungen oder Empfindungen beziehen; wahnhafte Wahrnehmung.
(c)	Halluzinatorische Stimmen, die das Verhalten des Patienten kommentieren oder sich über den Patienten unterhalten, oder andere Arten von halluzinatorischen Stimmen, die aus einem Körperteil zu kommen scheinen (kommentierende oder dialogische Stimmen).
(d)	Anhaltende Wahnvorstellungen, die kulturell unangemessen und völlig unmöglich sind, wie religiöse oder politische Identität oder übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten.
(e)	Anhaltende Halluzinationen in jeder Modalität, die entweder von flüchtigen oder halb ausgeformten Wahnvorstellungen ohne klaren affektiven Inhalt begleitet werden oder über Wochen oder Monate hinweg täglich auftreten.
(f)	Unterbrechungen oder Einschübe im Gedankengang, die zu Inkohärenz oder irrelevanten Äußerungen oder Neologismen führen.
(g)	Katatones Verhalten wie Erregung, Haltungstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor.
(h)	"Negative" Symptome wie ausgeprägte Apathie, Sprachverarmung und Abflachung oder Inkongruenz der emotionalen Reaktionen, die meist zu sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit führen.
(i)	Eine signifikante und konsistente Veränderung der Gesamtqualität einiger Aspekte des persönlichen Verhaltens, die sich als Interessenverlust, Ziellosigkeit, Untätigkeit, selbstbezogene Haltung und sozialer Rückzug zeigt.

Die Voraussetzung für die Diagnose einer Schizophrenie ist, dass

- mindestens ein sehr deutliches Symptom (und in der Regel zwei oder mehr, wenn die Symptome weniger eindeutig sind) aus einer der oben aufgeführten Gruppen (a) bis (d) oder Symptome aus mindestens zwei der Gruppen (e) bis (h) während des größten Teils eines Zeitraums von einem Monat oder länger klar erkennbar vorhanden waren.
- Zustände, die diese symptomatischen Anforderungen erfüllen, aber von kürzerer Dauer als ein Monat sind (unabhängig davon, ob sie behandelt wurden oder nicht), sollten zunächst als akute schizophreiforme psychotische Störung (F23.2) diagnostiziert und als Schizophrenie neu klassifiziert werden, wenn die Symptome über längere Zeiträume bestehen bleiben.

Symptom (i) in der obigen Liste gilt nur für die Diagnose einer einfachen Schizophrenie (F20.6), und es ist eine Mindestdauer von einem Jahr erforderlich. Rückblickend kann deutlich werden, dass eine prodromale Phase, in der Symptome und Verhaltensweisen wie der Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten, persönlichem Erscheinungsbild und Hygiene sowie generalisierte Angst und leichte depressive Verstimmungen und Grübeleien dem Auftreten psychotischer Symptome um Wochen oder sogar Monate vorausgingen. Aufgrund der Schwierigkeit, den Beginn genau zu bestimmen, gilt das Kriterium der einmonatigen Dauer nur für die spezifischen oben aufgeführten Symptome und nicht für eine etwaige prodromale, nichtpsychotische Phase.

In Tabelle 7.3 findet sich eine übersichtliche Darstellung der diagnostischen und zeitlichen Kriterien für die Schizophrenie gemäß ICD-10.

Tabelle 7.3.: Übersicht über die Diagnosekriterien einer Schizophrenie laut ICD-10

Aspekt	Beschreibung
Diagnosekriterien für Schizophrenie	- Mindestens ein klares Symptom aus den Gruppen (a) bis (d) oder Symptome aus mindestens zwei der Gruppen (e) bis (h). - Dauer: Mindestens 1 Monat.
Akute schizophreiforme Störung (F23.2)	- Diagnose, wenn die Symptome weniger als 1 Monat andauern. - Bei längerem Bestehen der Symptome wird die Diagnose in Schizophrenie geändert.
Einfache Schizophrenie (F20.6)	- Erfordert das Vorliegen von Symptom (i) (z. B. Verhaltensänderungen wie sozialer Rückzug, Interessenverlust). - Mindestdauer: 1 Jahr.
Prodromalphase	- Nichtpsychotische Symptome (z. B. sozialer Rückzug, Angst, depressive Verstimmung) können den psychotischen Symptomen Wochen oder Monate vorausgehen. - Die Dauer der Prodromalphase wird nicht in die 1-Monats-Frist für die Diagnose einbezogen.

In der Tabelle 7.4 sind nochmals alle psychotischen Störungen in der Gruppe F2 der ICD-10 aufgeführt. Jetzt allerdings auch noch mit den allen Unterkategorien. Die Tabelle macht deutlich, dass die Schizophrenie keine einheitliches Störungsbild ist. Deswegen sprechen eine Reihe von Forscher auch von **Schizophrenien**.

Tabelle 7.4.: Übersicht über “Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)” im ICD-10 (Dilling et al., 2015)

Code	Diagnose	Beschreibung
F20.-	Schizophrenie	Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.
F20.0	Paranoide Schizophrenie	Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Wegen der schnellen Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust, ist die Prognose zumeist schlecht. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen diagnostiziert werden.
F20.2.	Katatone Schizophrenie	Die katatone Schizophrenie ist gekennzeichnet von den im Vordergrund stehenden psychomotorischen Störungen, die zwischen Extremen wie Erregung und Stupor sowie Befehlsautomatismus und Negativismus alternieren können. Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden. Episodenhafte schwere Erregungszustände können ein Charakteristikum dieses Krankheitsbildes sein. Die katatonen Phänomene können mit einem traumähnlichen (oneiroiden) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden sein.
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	Diese Kategorie soll für psychotische Zustandsbilder verwendet werden, welche die allgemeinen diagnostischen Kriterien der Schizophrenie (F20) erfüllen, ohne einer der Unterformen von F20.0-F20.2 zu entsprechen, oder die Merkmale von mehr als einer aufweisen, ohne dass bestimmte diagnostische Charakteristika eindeutig überwiegen.

Code	Diagnose	Beschreibung
F20.4	Postschizophrene Depression	Eine unter Umständen länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt. Einige "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr. Diese depressiven Zustände sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden.
F20.5	Schizophrenes Residuum	Ein chronisches Stadium in der Entwicklung einer schizophrenen Krankheit, bei welchem eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde, jedoch nicht unbedingt irreversible "negative" Symptome charakterisiert ist. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.
F20.6	Schizophrenia simplex	Eine Störung mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, mit einer Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die charakteristische Negativsymptomatik des schizophrenen Residuums (Affektverflachung und Antriebsminderung) entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome.
F20.8	Sonstige Schizophrenie	schizophreniform: Psychose o.n.A., Störung o.n.A., Zönästhetische (zönästhopathische) Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	keine weiteren Angaben
F21	Schizotype Störung	Eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind. Es kommen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gehen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äußere Veranlassung. Es lässt sich kein klarer Beginn feststellen; Entwicklung und Verlauf entsprechen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung.
F22.-	Anhaltende wahnhaftige Störungen	Diese Gruppe enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein langandauernder Wahn das einzige oder das am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum darstellt, und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können. Wahnhaftige Störungen, die nur wenige Monate andauern, sollten wenigstens vorläufig unter F23.- kodiert werden.

Code	Diagnose	Beschreibung
F22.0	Wahnhaft Störung	Eine Störung charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im Allgemeinen lange, manchmal lebenslang, andauern. Der Inhalt des Wahns oder des Wahnsystems ist sehr unterschiedlich. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen), schizophrene Symptome wie Kontrollwahn oder Affektverflachung und eine eindeutige Gehirnerkrankung sind nicht mit der Diagnose vereinbar. Gelegentliche oder vorübergehende akustische Halluzinationen schließen besonders bei älteren Patienten die Diagnose jedoch nicht aus, solange diese Symptome nicht typisch schizophren erscheinen und nur einen kleinen Teil des klinischen Bildes ausmachen.
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhaft Störungen	Hierbei handelt es sich um Störungen, bei denen ein Wahn oder Wahnsysteme von anhaltenden Stimmen oder von schizophrenen Symptomen begleitet werden, die aber nicht die Diagnose Schizophrenie (F20.-) erfüllen.
F22.9	Anhaltende wahnhaft Störung, nicht näher bezeichnet	
F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen	Eine heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert sind. Der akute Beginn wird als Crescendo-Entwicklung eines eindeutig abnormen klinischen Bildes innerhalb von 2 Wochen oder weniger definiert. Bei diesen Störungen gibt es keine Hinweise für eine organische Verursachung. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor, die zeitliche, örtliche und personale Desorientiertheit ist jedoch nicht andauernd oder schwer genug, um die Kriterien für ein organisch verursachtes Delir (F05.-) zu erfüllen. Eine vollständige Besserung erfolgt in der Regel innerhalb weniger Monate, oft bereits nach wenigen Wochen oder nur Tagen. Wenn die Störung weiter besteht, wird eine Änderung der Kodierung notwendig. Die Störung kann im Zusammenhang mit einer akuten Belastung stehen, definiert als belastendes Ereignis ein oder zwei Wochen vor Beginn der Störung.

Code	Diagnose	Beschreibung
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	Eine akute psychotische Störung, bei der Halluzinationen, Wahnphänomene und Wahrnehmungsstörungen vorhanden, aber sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde zu wechseln. Häufig findet sich auch emotionales Aufgewühltsein mit intensiven vorübergehenden Glücksgefühlen und Ekstase oder Angst und Reizbarkeit. Die Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit sind für das gesamte klinische Bild charakteristisch; die psychotischen Merkmale erfüllen nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-). Diese Störungen beginnen abrupt, entwickeln sich rasch innerhalb weniger Tage und zeigen häufig eine schnelle und anhaltende Rückbildung der Symptome ohne Rückfall. Wenn die Symptome andauern, sollte die Diagnose in anhaltende wahnhaftige Störung (F22.-) geändert werden.
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	Eine akute psychotische Störung mit vielgestaltigem und unbeständigem klinischem Bild, wie unter F23.0 beschrieben; trotz dieser Unbeständigkeit aber sind in der überwiegenden Zeit auch einige für die Schizophrenie typische Symptome vorhanden. Wenn die schizophrenen Symptome andauern, ist die Diagnose in Schizophrenie (F20.-) zu ändern.
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung	Eine akute psychotische Störung, bei der die psychotischen Symptome vergleichsweise stabil sind und die Kriterien für Schizophrenie (F20.-) erfüllen, aber weniger als einen Monat bestanden haben. Die polymorphen, unbeständigen Merkmale, die unter F23.0 beschrieben wurden, fehlen. Wenn die schizophrenen Symptome andauern, ist die Diagnose in Schizophrenie (F20.-) zu ändern.
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen	Es handelt sich um eine akute psychotische Störung, bei der verhältnismäßig stabile Wahnphänomene oder Halluzinationen die hauptsächlichen klinischen Merkmale darstellen, aber nicht die Kriterien für eine Schizophrenie erfüllen (F20.-). Wenn die Wahnphänomene andauern, ist die Diagnose in anhaltende wahnhaftige Störung (F22.-) zu ändern.
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	Hier sollen alle anderen nicht näher bezeichneten akuten psychotischen Störungen, ohne Anhalt für eine organische Ursache, klassifiziert werden und die nicht die Kriterien für F23.0-F23.3 erfüllen.
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet	Kurze reaktive Psychose o.n.A.; Reaktive Psychose
F24	Induzierte wahnhaftige Störung	Es handelt sich um eine wahnhaftige Störung, die von zwei Personen mit einer engen emotionalen Bindung geteilt wird. Nur eine von beiden leidet unter einer echten psychotischen Störung; die Wahnvorstellungen bei der anderen Person sind induziert und werden bei der Trennung des Paares meist aufgegeben.

Code	Diagnose	Beschreibung
F25.-	Schizoaffektive Störungen	Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen. Andere Zustandsbilder, bei denen affektive Symptome eine vorher bestehende Schizophrenie überlagern, oder bei denen sie mit anderen anhaltenden Wahnkrankheiten gemeinsam auftreten oder alternieren, sind unter F20-F29 zu kodieren. Parathyme psychotische Symptome bei affektiven Störungen rechtfertigen die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nicht.
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch manische Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer manischen Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizomanisch ist.
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch depressive Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer depressiven Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizodepressiv ist.
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	Gemischte schizophrene und affektive Psychose; Zyklische Schizophrenie
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen	
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	Hier sind wahnhaft oder halluzinatorische Störungen zu kodieren, die nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-), für anhaltende wahnhaft Störungen (F22.-), für akute vorübergehende psychotische Störungen (F23.-), für psychotische Formen der manischen Episode (F30.2) oder für eine schwere depressive Episode (F32.3) erfüllen.
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	

7.4.2. ICD-11

In der Tabelle 7.5 sind die psychotischen Störungen der neuen Diagnosegruppe "Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen" der ICD-11 (WHO, 2020) aufgeführt.

Tabelle 7.5.: Übersicht die über “Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen” der ICD-11 (WHO, 2020)

Code	Bezeichnung
6A20	Schizophrenie
6A21	Schizoaffektive Störung
6A22	Schizotype Störung
6A23	Akute und vorübergehende psychotische Störung
6A24	Wahnhafte Störung
6A25	Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen
6E61	Sekundäres psychotisches Syndrom
6AY	Andere spezifische primäre psychotische Störungen
6AZ	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen, nicht näher bezeichnet

In der ICD-11 wurde der Abschnitt “Schizophrenie, schizotypische und wahnhafte Störungen” in **“Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen”** umbenannt. Der Begriff “primär” soll diese Störungen von bipolaren und anderen psychischen oder medizinischen Störungen unterscheiden, die psychotische Symptome beinhalten können (siehe für eine ausführliche Darstellung der Veränderungen Stein et al., 2020).

Dementsprechend wurden nicht-primäre (d. h. “sekundäre”) psychotische Störungen (z. B. psychotische Störungen aufgrund von Substanzkonsum oder -entzug und psychotische Störungen bei allgemeinen Erkrankungen) in andere Abschnitten der ICD-11 untergebracht. Ferner wurden die Unterkategorie neu sortiert und deren Bezeichnung teilweise geändert.

Ähnlich wie im DSM-5 werden in der ICD-11 **die ICD-10-Subtypen der Schizophrenie (paranoid, hebefren, katatonisch usw.) aufgrund ihrer Instabilität im Längsschnitt und ihrer mangelnden prognostischen Validität weggelassen** und durch ein System von kodierten Symptom- und Verlaufsqualifizierern ersetzt (Stein et al., 2020).

Diese Symptom- und Verlaufsqualifizierern ermöglichen die Unterscheidung zwischen Fällen mit einer ersten und mehreren Episoden sowie zwischen akuten Episoden mit Symptomen, vollständiger oder teilweiser Remission und einem chronischen Verlauf. Zu den Symptomqualifikatoren gehört das Vorhandensein von positiven, negativen, depressiven, manischen, psychomotorischen und kognitiven Symptomen, die jeweils als leicht, mittelschwer oder schwer eingestuft werden können. Der Qualifikator für kognitive Symptome soll dazu dienen, den kognitiven Symptomen mehr diagnostische und therapeutische Aufmerksamkeit zu schenken, da diese mit dem funktionellen Ergebnis in Verbindung stehen (Stein et al., 2020).

Die Diagnose einer Schizophrenie erfordert das Vorhandensein von mindestens zwei der sieben Symptomkategorien, darunter mindestens ein “Kernsymptom”. Zu den Kernsymptomen gehören Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erfahrungen von Beeinflussung, Passivität oder Kontrolle und desorganisiertes Denken.

Die Symptome sollten während eines Zeitraums von **mindestens einem Monat die meiste Zeit über eindeutig vorhanden** gewesen sein, so dass die ICD-10-Daueranforderung beibehalten wird. Wenn die Anforderungen an die Symptome für Schizophrenie erfüllt sind, die Dauer jedoch weniger als einen Monat beträgt, wäre die Diagnose “Andere spezifizierte primäre psychotische Störung” die angemessene Diagnose.

Um die Diagnose “Schizophrenie” (ICD-11) stellen zu können, müssen mindestens zwei der folgenden Symptome Während eines Zeitraums von mindestens einem Monat die meiste Zeit oder länger vorhanden sein, wovon eines eines der Kernsymptome Symptome (a-d) ist:

- a. anhaltende Wahnvorstellungen jeglicher Art
- b. anhaltende Halluzinationen jeglicher Modalität
- c. Denkstörung
- d. Erlebnis der Beeinflussung oder Fremdkontrolle (z. B. Gedankeneinschübe oder Gedankenentzug)
- e. negative Symptome wie Apathie und Anhedonie
- f. desorganisiertes Verhalten, einschließlich seltsamer, exzentrischer, ziellose und unruhige Aktivitäten
- g. psychomotorische Störungen, wie katatone Unruhe oder Agitation, Haltungstereotypien, wächserne Flexibilität, Negativismus, Mutismus oder Stupor.

Die ICD-10-Kategorien F22 "Anhaltende wahnhaftige Störung", F23.3 "Andere akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störung" und F24 "Induzierte wahnhaftige Störung", die sehr selten vorkommt, werden zu einer einzigen diagnostischen Kategorie "Wahnhaftige Störung" zusammengefasst, wobei der zeitliche Qualifizierer "anhaltend" weggelassen wird (Stein et al., 2020).

In der Tabelle 7.6 sind alle psychotischen Störungen der neuen Diagnosegruppe "Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen" der ICD-11 nochmals ausführlich aufgeführt und erläutert.

Tabelle 7.6.: Übersicht über "Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen" im ICD-11 (WHO, 2020)

Code	Diagnose	Beschreibung
	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen	Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen sind durch erhebliche Beeinträchtigungen der Realitätsprüfung und Verhaltensänderungen gekennzeichnet, die sich in Positivsymptomen wie anhaltenden Wahnvorstellungen, anhaltenden Halluzinationen, desorganisiertem Denken (typischerweise als desorganisierte Sprache), grob desorganisiertem Verhalten und Erfahrungen von Passivität und Kontrolle, Negativsymptomen wie abgestumpftem oder flachem Affekt und Avolition sowie psychomotorischen Störungen äußern. Die Symptome treten mit ausreichender Häufigkeit und Intensität auf, um von den erwarteten kulturellen oder subkulturellen Normen abzuweichen. Diese Symptome treten nicht als Merkmal einer anderen psychischen Störung oder Verhaltensstörung auf (z. B. einer affektiven Störung, eines Delirs oder einer Störung aufgrund von Substanzkonsum). Die Kategorien in dieser Gruppierung sollten nicht dazu verwendet werden, den Ausdruck von Ideen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen zu klassifizieren, die kulturell sanktioniert sind.

Code	Diagnose	Beschreibung
6A20	Schizophrenie	<p>Schizophrenie ist durch Störungen in mehreren mentalen Modalitäten gekennzeichnet, einschließlich des Denkens (z. B. Wahnvorstellungen, Desorganisation in der Form des Denkens), der Wahrnehmung (z. B. Halluzinationen), des Selbsterlebens (z. B. das Erleben, dass die eigenen Gefühle, Impulse, Gedanken oder das Verhalten unter der Kontrolle einer externen Kraft stehen), der Kognition (z. B., Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, des verbalen Gedächtnisses und der sozialen Kognition), des Willens (z. B. Motivationsverlust), des Affekts (z. B. abgestumpfter Gefühlsausdruck) und des Verhaltens (z. B. Verhalten, das bizarr oder zwecklos erscheint, unvorhersehbare oder unangemessene emotionale Reaktionen, die die Organisation des Verhaltens stören). Psychomotorische Störungen, einschließlich Katatonie, können vorhanden sein. Anhaltende Wahnvorstellungen, anhaltende Halluzinationen, Denkstörungen und Erfahrungen von Einflussnahme, Passivität oder Kontrolle gelten als Kernsymptome. Die Symptome müssen mindestens einen Monat lang bestanden haben, damit die Diagnose Schizophrenie gestellt werden kann. Die Symptome sind nicht Ausdruck eines anderen Gesundheitszustands (z. B. eines Hirntumors) und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem (z. B. Kortikosteroide) zurückzuführen, auch nicht auf einen Entzug (z. B. Alkoholentzug).</p>
6A21	Schizoaffektive Störung	<p>Bei der schizoaffektiven Störung handelt es sich um eine episodische Störung, bei der die diagnostischen Voraussetzungen einer Schizophrenie und einer manischen, gemischten oder mittelschweren bzw. schweren depressiven Episode innerhalb derselben Krankheitsepisode erfüllt sind, entweder gleichzeitig oder innerhalb weniger Tage nacheinander. Die Hauptsymptome der Schizophrenie (z. B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Desorganisation des Denkens, Erleben von Einflussnahme, Passivität und Kontrolle) werden von typischen Symptomen einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode (z. B. gedrückte Stimmung, Interessenverlust, verminderte Energie), einer manischen Episode (z. B. ein extremer Stimmungszustand, der durch Euphorie, Reizbarkeit oder Expansivität gekennzeichnet ist; gesteigerte Aktivität oder ein subjektives Erleben von gesteigerter Energie) oder einer gemischten Episode begleitet. Psychomotorische Störungen, einschließlich Katatonie, können vorhanden sein. Die Symptome müssen seit mindestens einem Monat andauern. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. eines Hirntumors) und nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem (z. B. Kortikosteroide) zurückzuführen, auch nicht auf einen Entzug (z. B. Alkoholentzug).</p>

Code	Diagnose	Beschreibung
6A22	Schizotype Störung	Die schizotype Störung ist gekennzeichnet durch ein dauerhaftes (d. h. für die Funktionsweise der Person über einen Zeitraum von mindestens mehreren Jahren charakteristisches) Muster von Exzentrizitäten in Verhalten, Aussehen und Sprache, begleitet von kognitiven und wahrnehmungsbezogenen Verzerrungen, ungewöhnlichen Überzeugungen und Unbehagen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie einer oft eingeschränkten Fähigkeit dazu. Zu den Symptomen können eingeschränkter oder unangemessener Affekt und Anhedonie gehören. Paranoide Ideen, Bezugsideen oder andere psychotische Symptome, einschließlich Halluzinationen in jeder Modalität, können auftreten, sind jedoch nicht von ausreichender Intensität oder Dauer, um die diagnostischen Anforderungen einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung oder wahnhaften Störung zu erfüllen. Die Symptome verursachen Leiden oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
6A23	Akute vorübergehende psychotische Störung	Eine akute und vorübergehende psychotische Störung ist durch das akute Auftreten psychotischer Symptome gekennzeichnet, die ohne ein Prodromalstadium auftreten und innerhalb von zwei Wochen ihren maximalen Schweregrad erreichen. Zu den Symptomen können Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Desorganisation des Denkens, Ratlosigkeit oder Verwirrung sowie Störungen des Affekts und der Stimmung gehören. Katatonieähnliche psychomotorische Störungen können vorhanden sein. Die Symptome ändern sich typischerweise schnell, sowohl in ihrer Art als auch in ihrer Intensität, von Tag zu Tag oder sogar innerhalb eines einzigen Tages. Die Dauer der Episode beträgt nicht mehr als drei Monate und liegt meist zwischen einigen Tagen und einem Monat. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. eines Hirntumors) und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem (z. B. Kortikosteroide) zurückzuführen, auch nicht auf einen Entzug (z. B. Alkoholentzug).

Code	Diagnose	Beschreibung
6A24	Wahnhafte Störung	<p>Eine wahnhafte Störung ist durch die Entwicklung von Wahnvorstellungen oder einer Reihe damit zusammenhängender Wahnvorstellungen gekennzeichnet, die in der Regel mindestens drei Monate und oft viel länger anhalten, ohne dass eine depressive, manische oder gemischte Stimmungsphase vorliegt. Die Wahnvorstellungen sind von Person zu Person unterschiedlich, aber in der Regel innerhalb einer Person stabil, auch wenn sie sich im Laufe der Zeit weiterentwickeln können. Andere charakteristische Symptome der Schizophrenie (d. h. deutliche und anhaltende Halluzinationen, Negativsymptome, desorganisiertes Denken oder das Erleben von Einfluss, Passivität oder Kontrolle) sind nicht vorhanden, obwohl verschiedene Formen von Wahrnehmungsstörungen (z. B. Halluzinationen, Illusionen, Verwechslungen von Personen), die thematisch mit den Wahnvorstellungen zusammenhängen, dennoch mit der Diagnose vereinbar sind. Abgesehen von Handlungen und Einstellungen, die direkt mit der Wahnvorstellung oder dem Wahnsystem zusammenhängen, sind Affekt, Sprache und Verhalten in der Regel nicht beeinträchtigt. Die Symptome sind nicht Ausdruck einer anderen Erkrankung (z. B. eines Hirntumors) und sind nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem (z. B. Kortikosteroide) zurückzuführen, auch nicht auf Entzugserscheinungen (z. B. Alkoholentzug).</p>
6A25	Symptomatische Manifestationen primärer psychotischer Störungen Substanzinduzierte psychotische Störungen	<p>Diese Kategorien können zur Charakterisierung des aktuellen klinischen Bildes bei Personen mit der Diagnose Schizophrenie oder einer anderen primären psychotischen Störung verwendet werden und sollten nicht bei Personen ohne eine solche Diagnose verwendet werden. Es können mehrere Kategorien verwendet werden. Symptome, die auf die direkten pathophysiologischen Folgen eines Gesundheitszustands oder einer Verletzung zurückzuführen sind, der/die nicht unter psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder Störungen der neurologischen Entwicklung fällt (z. B. ein Hirntumor oder eine traumatische Hirnverletzung), oder auf die direkten Auswirkungen einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem, einschließlich Entzugserscheinungen, sollten nicht als Beispiele für die jeweiligen Arten von Symptomen gelten.</p>

Code	Diagnose	Beschreibung
6E61	Sekundäres psychotisches Syndrom	Ein Syndrom, das durch das Vorhandensein ausgeprägter Halluzinationen oder Wahnvorstellungen gekennzeichnet ist, die aufgrund der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder der Laborbefunde als unmittelbare pathophysiologische Folge eines Gesundheitszustands angesehen werden, der nicht unter die psychischen und Verhaltensstörungen fällt. Die Symptome lassen sich nicht auf ein Delirium oder eine andere psychische Störung oder Verhaltensstörung zurückführen und sind keine psychologisch vermittelte Reaktion auf einen schweren Gesundheitszustand (z. B. eine akute Stressreaktion als Reaktion auf eine lebensbedrohliche Diagnose). Diese Kategorie sollte zusätzlich zur Diagnose der mutmaßlich zugrundeliegenden Störung oder Erkrankung verwendet werden, wenn die psychotischen Symptome so schwerwiegend sind, dass sie besondere klinische Aufmerksamkeit erfordern.

Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen

Das Vollbild einer Schizophrenie oder einer der anderen in der Kategorie F2 der ICD-10 aufgeführten psychotischen Störungen tritt im Kindesalter (<=12 Jahre) eher selten auf (Stevens et al., 2014) bzw. ist mit erheblichen diagnostischen Problemen verbunden (Preti et al., 2012). Allerdings können psychotische Symptome bei Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit einer Reihe anderer psychischer Störungen (z. B. posttraumatische Zustände und Autismus-Spektrum-Störungen) oder sekundär bei körperlichen Erkrankungen auftreten. Als "early onset schizophrenia (EOS)" wird die Erstmanifestation der Erkrankung zwischen dem 13. und 18. Lebensjahr beschrieben. Insbesondere bei männlichen Jugendlichen zeigt sich ein Anstieg der Inzidenz im späten Jugendalter und der Adoleszenz (siehe S3-Leitlinie Schizophrenie).

7.4.3. DSM-5

In Tabelle 7.7 sind die diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie aus dem DSM-5 aufgeführt (Falkai et al., 2018).

Tabelle 7.7.: Diagnostische für eine Schizophrenie aus dem DSM-5

Kriterium	Beschreibung
A	Symptome: Mindestens zwei der folgenden Symptome über einen signifikanten Zeitraum (mindestens 1 Monat, oder kürzer bei erfolgreicher Behandlung). Mindestens eines davon muss (1), (2) oder (3) sein: 1. Wahnvorstellungen. 2. Halluzinationen. 3. Unorganisierte Sprache (z. B. häufiges Abschweifen oder Inkohärenz). 4. Stark unorganisiertes oder katatonisches Verhalten. 5. Negative Symptome (z. B. verminderter emotionaler Ausdruck oder Antriebslosigkeit).
B	Funktionsniveau: Das Funktionsniveau in einem oder mehreren Hauptbereichen (z. B. Arbeit, zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstfürsorge) liegt deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn der Störung erreicht wurde.
C	Dauer: Anhaltende Anzeichen der Störung für mindestens 6 Monate, davon mindestens 1 Monat mit Symptomen gemäß Kriterium A (aktive Phase). Prodromal- oder Residualphasen können enthalten sein.

Kriterium	Beschreibung
D	Ausschluss anderer Störungen: Schizoaffektive Störung und depressive oder bipolare Störung mit psychotischen Merkmalen wurden ausgeschlossen.
E	Ausschluss physiologischer Ursachen: Die Störung ist nicht auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz oder einer anderen Erkrankung zurückzuführen.
F	Zusätzliche Diagnose bei Autismus-Spektrum-Störung: Die Diagnose einer Schizophrenie wird nur gestellt, wenn neben den anderen Symptomen auch ausgeprägte Wahnvorstellungen oder Halluzinationen mindestens einen Monat lang vorliegen.

Zusätzlich können im DSM-5 bei den diagnostischen Kriterien der Schizophrenie noch **Verlaufsangaben** gemacht werden, wenn die Störung mindestens 1 Jahr andauert (siehe Tabelle 7.8). Diese Angaben helfen, den Verlauf der Erkrankung genauer zu charakterisieren und prognostisch einzuschätzen.

Tabelle 7.8.: Verlaufsangaben bei der Diagnose einer Schizophrenie

Verlaufsangabe	Beschreibung
Erste Episode, derzeit in akuter Episode	Erste Manifestation der Störung, die die definierenden Symptom- und Zeitkriterien erfüllt.
Erste Episode, derzeit in teilweiser Remission	Verbesserung nach einer früheren Episode, wobei die Kriterien nur teilweise erfüllt sind.
Erste Episode, derzeit in vollständiger Remission	Keine störungsspezifischen Symptome nach einer vorherigen Episode.
Mehrere Episoden, derzeit in akuter Episode	Mindestens zwei Episoden (erste Episode, Remission und mindestens ein Rückfall).
Mehrere Episoden, derzeit in teilweiser Remission	Teilweise Verbesserung nach mehreren Episoden.
Mehrere Episoden, derzeit in vollständiger Remission	Keine störungsspezifischen Symptome nach mehreren Episoden.
Kontinuierlich	Symptome bleiben während des Großteils des Krankheitsverlaufs bestehen, symptomfreie Zeiträume sind sehr kurz.
Nicht spezifiziert	Verlauf nicht näher spezifiziert.

Zusätzlich kann im DSM-5 noch das **Vorliegen einer Katatonie** und der **Schweregrad der Störung** kodiert werden (Tabelle 7.9).

Tabelle 7.9.: Zusätzliche zu kodierende Angaben bei der Diagnose einer Schizophrenie

Zusätzliche Angabe	Beschreibung	Relevanz
“Mit Katatonie”	- Katatonie ist ein psychomotorisches Syndrom mit Symptomen wie Stupor, Starre, abnormen Bewegungen, Mutismus oder extremer Agitation. - Kann bei Schizophrenie oder anderen Störungen auftreten.	- Diagnostische Präzision: Spezifiziert das Vorliegen katatoner Symptome. - Behandlungsrelevanz: Katatonie erfordert spezifische Therapien (z. B. Benzodiazepine, Elektrokrampftherapie). - Differentialdiagnose: Hilft, Katatonie bei anderen Störungen abzugrenzen. - Kodierung: Zusatzcode 293.89 (F06.1) wird verwendet.
Schweregrade	- Bewertung der primären Psychosymptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisierte Sprache, abnormes psychomotorisches Verhalten, negative Symptome). - Skala: 0 (nicht vorhanden) bis 4 (sehr schwer).	- Behandlungsplanung: Hilft, den Bedarf an intensiverer Behandlung zu bestimmen. - Verlaufsbeurteilung: Ermöglicht die Überwachung des Behandlungserfolgs. - Prognose: Höherer Schweregrad kann auf einen komplexeren Verlauf hinweisen. - Forschung und Dokumentation: Standardisierte Erfassung der Symptomlast für Studien und Qualitätssicherung.

7.4.4. ICD-10, ICD-11 und DSM-5 im Vergleich

in Abbildung 7.2 sind die verschiedenen diagnostischen Kriterien psychotischer Störungen im ICD und DSM gegenübergestellt (Schultze-Lutter et al., 2021).

7.4.5. Standardisierte Befunderfassung

Eine standardisierte Befunderfassung kann mit strukturierten klinischen Interviews erfolgen (siehe Tabelle 7.10).

Tabelle 7.10.: Übersicht über häufig eingesetzte standardisierte Interviews

Interview	Basis der Diagnosekriterien	Verwendung
SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)	DSM-Kriterien	Klinische Forschung und Diagnose
MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)	DSM und ICD-Kriterien	Diagnose von häufigen psychischen Störungen
CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	DSM und ICD-Kriterien	Diagnose von psychischen und Substanzstörungen
K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children)	Diagnose bei Kindern und Jugendlichen	Abdeckung von affektiven Störungen, Angststörungen, ADHS, etc.

ICD-11 (https://icd.who.int/en)	ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2019)	DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)
6A2 Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie-Spektrum- und andere psychotische Störungen
6A20 Schizophrenie	F20 Schizophrenie (ohne F20.1/2/4/6/8)	Schizophrenie
6A21 Schizoaffective Störung	F25 Schizoaffective Störungen	Schizoaffective Störung
6A22 Schizotype Störung	F21 Schizotype Störung	Schizotype (Persönlichkeits-)Störung (Anm.: im Kapitel Persönlichkeitsstörungen)
6A23 Akute und vorübergehende psychotische Störung	F23.0 Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	Kurze psychotische Störung
6A24 Wahnhaftige Störung (Anm.: nicht mehr komorbid bei Zwangs- und verwandten Störungen mit mangelnder Krankheitseinsicht/wahnhafter Überzeugung)	F22 Anhaltende wahnhaftige Störungen (Anm.: komorbid bei Zwangs- und verwandten Störungen mit wahnhafter Überzeugung) F23.3 Andere akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störung F24 Induzierte wahnhaftige Störungen	Wahnhaftige Störung (Anm.: nicht mehr komorbid bei Zwangs- und verwandten Störungen mit mangelnder Krankheitseinsicht/wahnhafter Überzeugung)
6A25 <i>Symptomatische Manifestation primärer psychotischer Störungen</i> (Anm.: optionale Zusatzkategorie für alle primären psychotischen Störungen außer 6A22)		<i>Dimensionale Schweregradbestimmung von Symptomen einer Psychose</i> (Anm.: in Sektion III, Erhebungsinstrumente, und auch für substanzinduzierte Psychosen)
6A2Y Andere spezifizierte schizophrene oder andere primäre psychotische Störungen	F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen mit Ausnahme von F23.0/3 F20.1 Hebephrene Schizophrenie F20.2 Katatone Schizophrenie F20.8 Sonstige Schizophrenieformen (ggf. F20.6 Schizophrenia simplex)	Kurze psychotische Störung Schizophrenieformale Störung Andere spezifizierte Schizophrenie-Spektrum- und andere psychotische Störungen
6A2Z Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störung, unspezifiziert	F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	Unspezifizierte Schizophrenie-Spektrum- und andere psychotische Störungen
6A6/7x.x Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen	F3x.x0/1 Affektive Störungen mit synthymen/parathymen psychotischen Symptomen (ggf. F20.4 Post-schizophrene Depression)	Bipolare und verwandte Störungen sowie Depressive Störungen mit stimmungs-(in)kongruenten psychotischen Merkmalen
6C4x.6 Substanzinduzierte psychotische Störungen	F1x.5 Störungen durch psychotrope Substanzen, psychotische Störung	Substanz-/medikationsinduzierte psychotische Störung
6E61 Sekundäre psychotische Syndrome	F06.0 Organische Halluzinose F06.2 Organische wahnhaftige (schizophreniforme) Störung	Psychotische Störungen aufgrund einer anderen medizinischen Bedingung

Abbildung 7.2.: ICD-10, ICD-11 und DSM-5 im Vergleich

Standardisierte klinische Interviews sind strukturierte und systematische Methoden zur Erhebung von Informationen über psychische Gesundheit, psychische Störungen und damit verbundene Symptome.

Diese Interviews folgen einem vordefinierten Gesprächsleitfaden oder Protokoll und stellen sicher, dass alle Interviewer dieselben Fragen in einer festgelegten Reihenfolge und Art und Weise stellen. Dies trägt zur Konsistenz und Reliabilität der Daten bei und ermöglicht vergleichbare Bewertungen zwischen verschiedenen Patienten oder Forschungsstudien. Das am häufigsten eingesetzte Interview ist das Strukturierte Klinische Interview für DSM-Störungen (SCID).

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen (SCID-5)

Das SCID-5 ist ein halbstrukturiertes Interview für die Diagnostik von psychischen Störungen nach DSM-5. Es leitet den Anwender Schritt für Schritt durch den diagnostischen Prozess. Jedem DSM-5-Kriterium sind entsprechende Interviewfragen zugeordnet, die den Interviewer bei der Beurteilung des Kriteriums unterstützen. Das Interview umfasst diejenigen DSM-5-Diagnosen, welche am häufigsten im klinischen Bereich auftreten. Es ist in zehn relativ eigenständige diagnostische Module unterteilt:

- A. Affektive Episoden,
- B. Psychotische und Assoziierte Symptome,
- C. Differenzialdiagnose Psychotischer Störungen,
- D. Differenzialdiagnose Affektiver Störungen,
- E. Störungen durch Substanzkonsum,
- F. Angststörungen,
- G. Zwangsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung,
- H. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - Erwachsene,
- I. Screening für andere aktuelle Störungen sowie
- J. Anpassungsstörung.

In Abbildung 7.3 sind die ersten zwei Fragenkomplexe für den Abschnitt "B. Psychotische und Assoziierte Symptome" des SCID-5 abgebildet.

7.5. Testdiagnostik

Fragebögen und Checklisten werden eingesetzt, um die Art und Ausprägung spezifischer Symptome (z. B. Anhedonie, Negativ- und Positivsymptomatik) oder begleitende psychopathologische Merkmale und psychosoziale Funktionseinschränkungen zu erfassen. Dabei kommen Fragebögen und Checklisten zum Einsatz, die entweder einzelne Merkmal oder unterschiedliche Merkmalsbereiche (Symptombereiche) erfassen.

Nachfolgend werden einige dieser Fragebögen und Checklisten vorgestellt. Zur Erfassung neurokognitiver Störungen (z. B. Störungen der Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit) werden Leistungstests eingesetzt, die teilweise auch computergestützt durchgeführt werden.

Die Problematik der Selbstbeurteilung

Die Anwendung von Selbstbeurteilungsverfahren ist bei Patienten mit einer psychotischen Störung, insb. in der Akutphase der Erkrankung, nur begrenzt möglich. Die gestörte Realitätswahrnehmung, Mißtrauen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, neurokognitive Störungen und ein desorganisierte Denken behindern die Anwendung von Selbstbeurteilungsverfahren.

<p>Ich werde Sie nun nach ungewöhnlichen Erlebnissen fragen, die Menschen manchmal haben.</p>			
<p>WAHN Eine falsche Überzeugung, die auf einem inkorrekten Urteil über die äußere Realität beruht und beharrlich aufrechterhalten wird, ungeachtet dessen, was nahezu alle anderen Leute glauben und ungeachtet unbestreitbarer und offensichtlicher Beweise für das Gegenteil. Die Überzeugung ist keine, die durch Mitglieder des Kultur- oder Subkulturkreises der Person akzeptiert ist (d.h. sie ist nicht Grundsatz eines religiösen Glaubens). Wenn eine falsche Überzeugung eine Wertebeurteilung beinhaltet, wird sie nur als Wahn in Betracht gezogen, wenn die Beurteilung so extrem ist, dass sie nicht glaubwürdig ist.</p> <p><i>HINWEIS: Kodieren Sie überwertige Ideen (unvernünftige und beständige Überzeugungen, die mit geringerer als wahnhafter Intensität aufrechterhalten werden) mit „-“.</i></p>			
<p>Kam es Ihnen jemals so vor, als ob andere Leute über Sie geredet haben oder Sie mit besonderer Aufmerksamkeit betrachtet haben? (Was denken Sie, haben sie über Sie gesagt?)</p> <p>WENN JA: Waren Sie überzeugt, dass die Leute über Sie geredet haben oder haben Sie gedacht, dass Sie sich das nur eingebildet haben könnten?</p> <p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass etwas im Radio, Fernsehen oder in einem Film speziell für Sie gedacht war? (Nicht nur, dass es relevant für Sie war, sondern dass es eigens für Sie bestimmt war?)</p> <p>Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass die Worte in einem beliebigen Lied dafür gedacht waren, Ihnen eine besondere Nachricht zu senden?</p> <p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass das, was Menschen anhaben, dazu gedacht war, Ihnen eine besondere Nachricht zu übermitteln?</p> <p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Straßenschilder oder Werbeanzeigen eine besondere Bedeutung für Sie hatten?</p>	<p>Beziehungswahn (d.h. eine Überzeugung, dass Ereignisse, Gegenstände oder andere Menschen in der unmittelbaren Umgebung der Person eine spezielle oder ungewöhnliche Bedeutung haben)</p> <p>BESCHREIBEN SIE:</p>	<p>- +</p>	<p>B1</p>
<p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Ihnen jemand das Leben schwer machen wollte oder versuchte, Sie zu verletzen? (Erzählen Sie mir davon.)</p> <p>Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Sie verfolgt, ausspioniert oder manipuliert werden, oder dass sich jemand gegen Sie verschworen hat?</p> <p>Hatten Sie jemals das Gefühl, Sie werden vergiftet oder Ihr Essen wurde manipuliert?</p>	<p>Verfolgungswahn (d.h. eine Überzeugung, dass die Person [bzw. ihre Gruppe] angegriffen, schikaniert, betrogen, verfolgt wird oder dass eine Verschwörung gegen sie im Gange ist)</p> <p>BESCHREIBEN SIE:</p>	<p>- +</p>	<p>B2</p>

Abbildung 7.3.: Auszug aus dem SCID-5

Die **Brief Negative Symptom Scale (BNSS)** ist eine 13 Items umfassende Fremdbeurteilungsverfahren, das eine schnelle Bewertung negativer Symptome auf der Grundlage eines halbstrukturierten Interviews erlaubt (Bischof et al., 2016; Kumari et al., 2017). Die BNSS umfasst fünf Bereiche von Negativsymptomen, die von der NIMH Consensus Development Conference vorgeschlagen wurden (Anhedonie, Asozialität, Avolition, abgestumpfter Affekt und Alogie)(siehe Tabelle 7.11). Jedes der 13 Items auf der BNSS wird auf einer 7-Punkte-Likert-Skala bewertet, wobei höhere Werte schwerere Ausprägungen der negativen Symptome repräsentieren. Die Skala reicht von 0 (keine Beeinträchtigung) bis 6 (schwere Beeinträchtigung).

Tabelle 7.11.: Brief Negative Symptom Scale (BNSS)

Item-Nr.	Item	Subskala
1	Intensity of pleasure during activities	Anhedonie
2	Frequency of pleasure during activities	Anhedonie
3	Intensity of expected pleasure from future activities	Anhedonie
4	Distress	mangelnde Stressresilienz
5	Asociality behavior	asoziales Verhalten (Verhalten)
6	Asociality inner experience	asoziales Verhalten (inneres Erleben)
7	Avolition behavior	Antriebsmangel (Verhalten)
8	Avolition inner experience	Antriebsmangel (inneres Erleben)
9	Facial expression	abgestumpfter Affekt
10	Vocal expression	abgestumpfter Affekt
11	Expressive gestures	abgestumpfter Affekt
12	Quantity of speech	Alogie (Verarmung des Sprachinhalts)
13	Spontaneous elaboration	Alogie (Verarmung des Sprachinhalts)

Die **Brief Psychiatric Rating Scale** ist eine Fremdbeurteilungsskala, mit der depressive Symptome, Angstzustände, Halluzinationen und ungewöhnliches Verhalten erfaßt wird (Overall & Gorham, 1962). Die Skala ist eine der ältesten und am weitesten verbreiteten Skalen zur Messung psychotischer Symptome und wurde erstmals 1962 veröffentlicht. Die Beurteilung basiert auf dem Gespräch des Kliniklers mit dem Patienten und auf Beobachtungen des Verhaltens des Patienten in den letzten 2-3 Tagen. Der Verhaltensbericht kann auch von der Familie des Patienten erstellt werden. Der Bewerter gibt für jedes Symptomkonstrukt eine Zahl ein, die von 1 (nicht vorhanden) bis 7 (extrem schwer) reicht. Der Zeitaufwand für das Interview und die Auswertung kann 20-30 Minuten betragen (siehe Abbildung 7.4).

Die **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)** ist ein Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Art und Schweregrad der schizophrenen Symptomatik auf Basis eines strukturierten Interviews (Kay et al., 1987). Produktiv-psychotische Symptome, Defektsymptome und unspezifische Krankheitszeichen bilden die drei Skalen der Positiv-, Negativ- und Globalsymptomatik (siehe Abbildung 7.5). Der Schweregrad jedes Symptoms wird auf einer 7-stufigen Skala beurteilt. Daraus ermittelte Skalenergebnisse werden mit Normen verglichen. Innerhalb der Gruppe klinischer Verfahren gehört die PANSS zu den Symptomchecklisten. Sie ist für erfahrene Klinikler konzipiert, die in der Beurteilung der Psychopathologie geschult sind.

Die **Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)** ist ein 15 Items umfassender Selbstbeurteilungsbogen zur Beurteilung der kognitiven Einsicht bei Patienten mit Psychosen. Die Teilnehmer bewerten auf einer Skala von 0 (stimme überhaupt nicht zu) bis 3 (stimme voll und ganz zu), inwieweit sie den Aussagen zustimmen (siehe Abbildung 7.6).

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

Please enter the score for the term which best describes the patient's condition.

0 = not assessed, 1 = not present, 2 = very mild, 3 = mild, 4 = moderate, 5 = moderately severe, 6 = severe, 7 = extremely severe

<p>1. SOMATIC CONCERN Degree of concern over present bodily health. Rate the degree to which physical health is perceived as a problem by the patient, whether complaints have a realistic basis or not.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>10. HOSTILITY Animosity, contempt, belligerence, disdain for other people outside the interview situation. Rate solely on the basis of the verbal report of feelings and actions of the patient toward others; do not infer hostility from neurotic defenses, anxiety, nor somatic complaints. (<i>Rate attitude toward interviewer under "uncooperativeness"</i>).</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>2. ANXIETY Worry, fear, or over-concern for present or future. Rate solely on the basis of verbal report of patient's own subjective experiences. Do not infer anxiety from physical signs or from neurotic defense mechanisms.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>11. SUSPICIOUSNESS Brief (<i>delusional or otherwise</i>) that others have now, or have had in the past, malicious or discriminatory intent toward the patient. On the basis of verbal report, rate only those suspicions which are currently held whether they concern past or present circumstances.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>3. EMOTIONAL WITHDRAWAL Deficiency in relating to the interviewer and to the interviewer situation. Rate only the degree to which the patient gives the impression of failing to be in emotional contact with other people in the interview situation.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>12. HALLUCINATORY BEHAVIOR Perceptions without normal external stimulus correspondence. Rate only those experiences which are reported to have occurred within the last week and which are described as distinctly different from the thought and imagery processes of normal people.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>4. CONCEPTUAL DISORGANIZATION Degree to which the thought processes are confused, disconnected, or disorganized. Rate on the basis of integration of the verbal products of the patient; do not rate on the basis of patient's subjective impression of his own level of functioning.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>13. MOTOR RETARDATION Reduction in energy level evidenced in slowed movements. Rate on the basis of observed behavior of the patient only; do not rate on the basis of patient's subjective impression of own energy level.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>5. GUILT FEELINGS Over-concern or remorse for past behavior. Rate on the basis of the patient's subjective experiences of guilt as evidenced by verbal report with appropriate affect; do not infer guilt feelings from depression, anxiety or neurotic defenses.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>14. UNCOOPERATIVENESS Evidence of resistance, unfriendliness, resentment, and lack of readiness to cooperate with the interviewer. Rate only on the basis of the patient's attitude and responses to the interviewer and the interview situation; do not rate on basis of reported resentment or uncooperativeness outside the interview situation.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>6. TENSION Physical and motor manifestations of tension "nervousness", and heightened activation level. Tension should be rated solely on the basis of physical signs and motor behavior and not on the basis of subjective experiences of tension reported by the patient.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>15. UNUSUAL THOUGHT CONTENT Unusual, odd, strange or bizarre thought content. Rate here the degree of unusualness, not the degree of disorganization of thought processes.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>7. MANNERISMS AND POSTURING Unusual and unnatural motor behavior, the type of motor behavior which causes certain mental patients to stand out in a crowd of normal people. Rate only abnormality of movements; do not rate simple heightened motor activity here.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>16. BLUNTED AFFECT Reduced emotional tone, apparent lack of normal feeling or involvement.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>8. GRANDIOSITY Exaggerated self-opinion, conviction of unusual ability or powers. Rate only on the basis of patient's statements about himself or self-in-relation-to-others, not on the basis of his demeanor in the interview situation.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>17. EXCITEMENT Heightened emotional tone, agitation, increased reactivity.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>9. DEPRESSIVE MOOD Despondency in mood, sadness. Rate only degree of despondency; do not rate on the basis of inferences concerning depression based upon general retardation and somatic complaints.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>18. DISORIENTATION Confusion or lack of proper association for person, place or time.</p> <p style="text-align: right;">SCORE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p>

Abbildung 7.4.: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Bitte den jeweiligen Schweregrad ankreuzen!

Schweregrade:

1= nicht vorhanden 2= fraglich pathologisch 3= leicht 4= mäßig 5= mäßig schwer 6= schwer 7= extrem schwer

Positivsymptomatik:

P1	Wahnideen	1	2	3	4	5	6	7
P2	Formale Denkstörungen	1	2	3	4	5	6	7
P3	Halluzinationen	1	2	3	4	5	6	7
P4	Erregung	1	2	3	4	5	6	7
P5	Größenwahn	1	2	3	4	5	6	7
P6	Misstrauen/Verfolgungsideen	1	2	3	4	5	6	7
P7	Feindseligkeit	1	2	3	4	5	6	7

Negativsymptomatik

N1	Affektverflachung	1	2	3	4	5	6	7
N2	Emotionaler Rückzug	1	2	3	4	5	6	7
N3	Mangelnder affektiver Rapport	1	2	3	4	5	6	7
N4	Soziale Passivität und Apathie	1	2	3	4	5	6	7
N5	Schwierigkeiten beim abstrakten Denken	1	2	3	4	5	6	7
N6	Sprache mangelnd spontan und flüssig	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotype Gedanken	1	2	3	4	5	6	7

Globalsymptomatik

G1	Sorge um die Gesundheit	1	2	3	4	5	6	7
G2	Angst	1	2	3	4	5	6	7
G3	Schuldgefühle	1	2	3	4	5	6	7
G4	Anspannung	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manierismen/unnatürliche Körperhaltung	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depressive Verstimmung	1	2	3	4	5	6	7
G7	Motorische Verlangsamung	1	2	3	4	5	6	7
G8	Unkooperatives Verhalten	1	2	3	4	5	6	7
G9	Ungewöhnliche Denkinhalte	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientiertheit	1	2	3	4	5	6	7
G11	Mangelnde Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5	6	7
G12	Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	1	2	3	4	5	6	7
G13	Willensschwäche	1	2	3	4	5	6	7
G14	Mangelnde Impulskontrolle	1	2	3	4	5	6	7
G15	Selbstbezogenheit	1	2	3	4	5	6	7
G16	Aktives soziales Vermeidungsverhalten	1	2	3	4	5	6	7

Abbildung 7.5.: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

		stimmt genau	stimmt über- wiegend	stimmt etwas	stimmt gar nicht
1	Gelegentlich habe ich die Einstellungen, die andere Leute mir gegenüber haben, missverstanden.				
2	Wie ich meine Erlebnisse deute, ist absolut richtig.				
3	Andere Leute können die Ursachen meiner ungewöhnlichen Erlebnisse besser verstehen als ich.				
4	Ich habe zu schnell voreilige Schlüsse gezogen.				
5	Einige meiner Erlebnisse, die mir sehr real erschienen, könnte ich mir eingebildet haben.				
6	Einige meiner Gedanken, von denen ich sicher war, dass sie stimmten, haben sich als falsch herausgestellt.				
7	Wenn etwas sich so anfühlt, als ob es richtig ist, bedeutet das auch, dass es richtig ist.				
8	Obwohl ich überzeugt davon bin, dass ich recht habe, könnte ich mich irren.				
9	Ich weiß besser als irgendjemand anders, was meine Probleme sind.				
10	Wenn Leute eine andere Meinung haben als ich, dann irren sie sich meistens.				
11	Ich kann der Meinung, die andere Leute über meine Erlebnisse haben, nicht trauen.				
12	Wenn jemand mir klarmacht, dass meine Überzeugungen falsch sind, bin ich bereit, darüber nachzudenken.				
13	Ich kann meinem eigenen Urteilsvermögen jederzeit trauen.				
14	Es gibt oft mehr als eine mögliche Erklärung dafür, warum die Leute sich so verhalten, wie sie es tun.				
15	Meine ungewöhnlichen Erlebnisse könnten daher kommen, dass ich extrem durcheinander oder gestresst bin.				

Abbildung 7.6.: Deutsche Version der Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)

Die BCIS basiert weitgehend auf Selbstberichten. Da Patienten mit psychotischen Erkrankungen häufig eine mangelnde Krankheitseinsicht haben, ist der Fragebogen anfällig für Verzerrungen.

Generell gilt es bei der Diagnostik zu beachten, dass Patienten mit einer psychotischen Störung nicht immer bereit sind, an dieser mitzuwirken.

7.5.1. Neuropsychologische Diagnostik

Neurokognitive Störungen stellen ein häufiges und prominentes Merkmal psychotischer, insb. schizophrener Störungen dar. Über eine große Bandbreite unterschiedlicher kognitiver Funktionen hinweg liegen die Leistungen erkrankter Personen im Mittel etwa eine Standardabweichung unter der Leistung gesunder Personen (Bora et al., 2017).

In Tabelle 7.12 sind exemplarisch für verschiedene kognitive Funktionsbereiche (neuro-)psychologische Tests aufgeführt.

Tabelle 7.12.: Ausgewählte neuropsychologische Testverfahren

Funktion	Exemplarische Testverfahren
Globales Intelligenzniveau	Untertests aus einem aktuell normierten standardisierten Intelligenztest (z.B. WAIS-IV)
Verarbeitungsgeschwindigkeit	Zahlen-Symbol-Test (WAIS-IV) oder Trail-Making-Test, Teil A
Aufmerksamkeit (geteilte, selektive) Arbeitsgedächtnis (verbal/ visuell)	d2-Test oder Untertests aus der TAP oder aus dem WTS Zahlenfolgen oder Buchstaben-Zahlenfolgen aus dem WAIS-IV, Visuelle Ergänzung aus der WMS-IV, Untertests aus der TAP oder dem WTS
Verbales Lernen/Gedächtnis Visuelle Lernen/Gedächtnis	CVLT oder VLMT Figuraler Gedächtnistest aus dem WTS, Reproduktion aus der WMS-IV
Exekutive Funktionen (Inhibitionskontrolle, Planen, Problemlösen)	Farbe-Wort-Interferenztest, Trail-Making-Test, Teil B, Wisconsin Card Sorting Test, Tower of London, Untertest Response-Inhibition aus dem WTS
Soziale Kognition	Emotionserkennung und Emotionsregulation aus dem MSCEIT, Theory of Mind aus dem WTS

7.6. Verständnisfragen

1. Durch welche Symptomatik wird die Untersuchung eines Patienten mit Verdacht auf eine Schizophrenie erschwert?
2. Wie beurteilen Sie die Relevanz von Prodromalsymptomen bei der Früherkennung einer Schizophrenie, und welche Maßnahmen können in diesem Stadium ergriffen werden?
3. Nennen Sie vier Aspekte bzw. Themen, die bei einer Anamnese erhoben werden sollten.
4. Wie kann die Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen helfen, ein umfassenderes Bild der Symptomatik und des sozialen Kontextes zu gewinnen?
5. Nennen Sie die drei Wahnkriterien von Jaspers.
6. Warum ist das dritte Wahnkriterium (die Umöglichkeit des Inhaltes) kritisch zu sehen?
7. Wie äußern sich formale Denkstörungen bei Patienten mit Schizophrenie, und welche Auswirkungen haben sie auf die Kommunikationsfähigkeit?

8. Welche spezifischen Veränderungen in der emotionalen Ausdrucksfähigkeit (z. B. Affektverflachung oder inadäquater Affekt) beobachten Sie bei schizophrenen Patienten?
9. Wie manifestieren sich Störungen des Ich-Erlebens, wie Gedankeneingebung oder Depersonalisation, in der subjektiven Wahrnehmung der Patienten?
10. Inwiefern beeinflussen die positiven Symptome (z. B. Halluzinationen, Wahn) und die negativen Symptome (z. B. Antriebsmangel, sozialer Rückzug) die soziale Interaktion und Alltagsbewältigung der Patienten?
11. Erklären Sie den Begriff "Negativsymptomatik" und geben Sie ein Beispiel.
12. Erklären Sie den Begriff "Positivsymptomatik" und geben Sie ein Beispiel.
13. Welche diagnostischen Herausforderungen ergeben sich bei der Unterscheidung zwischen negativen Symptomen der Schizophrenie und depressiven Symptomen, die in ähnlicher Weise auftreten können?
14. Nennen Sie die zentralen diagnostischen Kriterien, die erfüllt sein müssen, um die Diagnose Schizophrenie (F20) zu vergeben.
15. Welche Rolle spielen komorbide Erkrankungen wie Substanzmissbrauch oder Angststörungen bei der Diagnosestellung und Differenzialdiagnose von Schizophrenie?
16. Erläutern Sie die Begriffe "inhaltliche" und "formale" Denkstörung.
17. Nennen Sie zwei Subtypen der Schizophrenie und beschreiben Sie diese.
18. Warum wurden im ICD-11 verschiedene Subtypen weggelassen?
19. Wie lange müssen die zentralen Symptome einer Schizophrenie mindestens vorhanden sein?
20. Welches Ziel wird mit dem Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-5) verfolgt?
21. Warum ist die Selbstbeurteilung von Patienten mit einer Schizophrenie häufig nicht reliabel und valide?
22. Welches Ziel wird mit der neuropsychologischen Diagnostik verfolgt?
23. Inwiefern können neuropsychologische Tests oder bildgebende Verfahren wie MRT oder PET die klinische Diagnostik einer Schizophrenie unterstützen?
24. Warum sind Patienten mit einer Schizophrenie nicht immer bereit, bei einer testpsychologischen Untersuchung mitzuwirken?

8. Schizophrenie: Ätiologie

8.1. Einleitung

Die genauen Ursachen der Schizophrenie sind auch heute noch unbekannt. Forschungsergebnisse deuten - wie bei anderen psychischen Störungen - darauf hin, dass eine Kombination aus genetischen, psychologischen und umweltbedingten Faktoren die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine Person die Krankheit entwickelt.

In einer Übersichtsarbeit fassen Millan und Kollegen den aktuellen Stand der ätiologischen Forschung zusammen (Millan et al., 2016). Die wesentlichen Ergebnisse sind in [Abbildung 8.1](#) und [Abbildung 8.2](#) dargestellt.

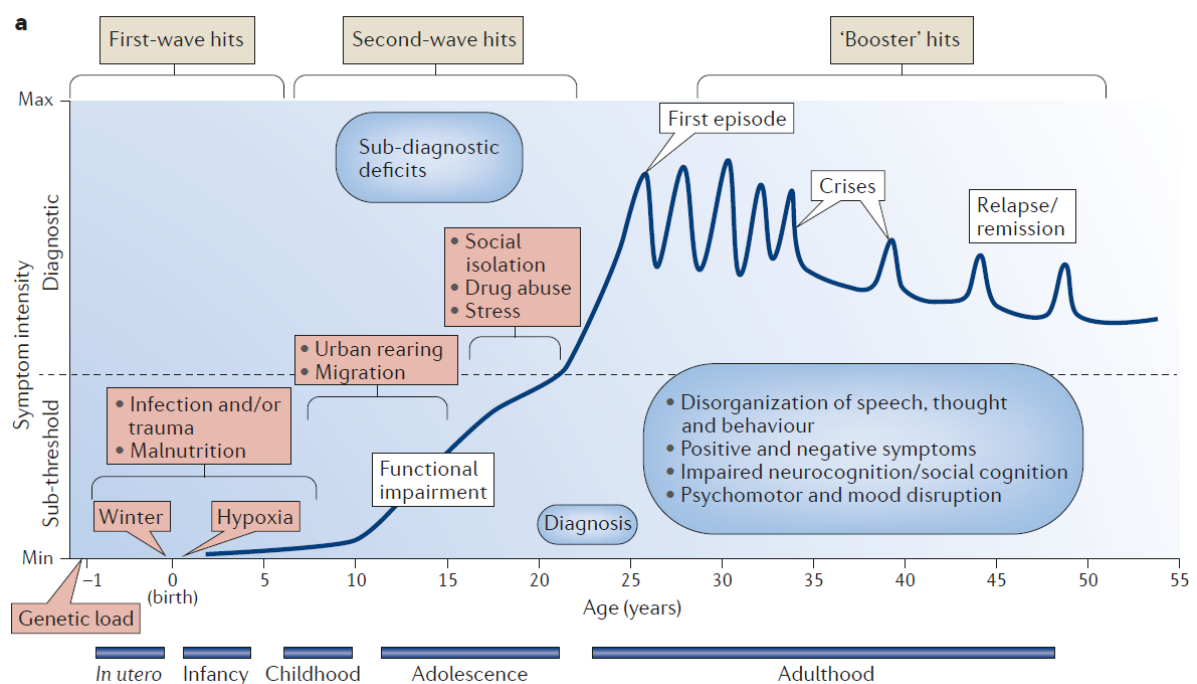


Abbildung 8.1.: Hypothetischer Krankheitsverlauf bei der Schizophrenie mit verschiedenen Risikofaktoren

Abbildung 8.1 zeigt einen hypothetischen Krankheitsverlauf mit wichtigen Risikofaktoren. Die Diagnosestellung erfolgt in der Regel nach einer Prodromalphase, in der subschwellige psychotische Episoden und andere charakteristische Symptome erkennbar sind. Sobald die Diagnose gestellt ist, nimmt die Schizophrenie einen fluktuierenden Verlauf, der von akuten psychotischen Krisen, die vor dem Hintergrund schlecht kontrollierter negativer, neurokognitiver und sozial-kognitiver Symptome auftreten. Ungefähr 10-15 % der Patienten erholen sich nach ihrer ersten psychotischen Episode, und ein ähnlicher Anteil zeigt eine schwerere und chronische Form der Störung. Neben der Vererbung wurden viele umweltbedingte Risikofaktoren sowohl während der Perinatalperiode (erste Welle) als auch während der Adoleszenz (zweite Welle) in Betracht gezogen. Genetische und Umwelteinflüsse

wirken, zumindest teilweise, durch die epigenetische Fehlprogrammierung der Neuroentwicklung. Während des gesamten Krankheitsverlaufs können ungünstige Umweltereignisse Krisen auslösen (Booster-Hits)(Millan et al., 2016).

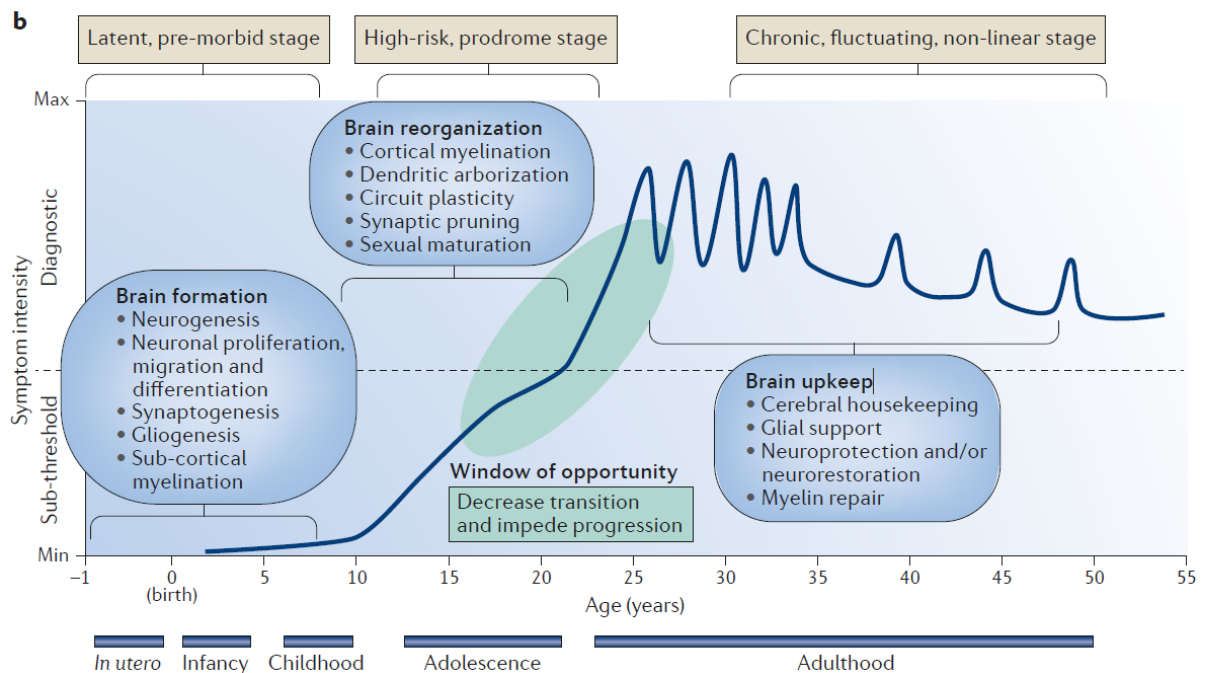


Abbildung 8.2.: Hypothetischer Krankheitsverlauf mit den involvierten neuronalen Prozessen

In Abbildung 8.1 sind die potentiellen neuronalen Prozesse dargestellt, die in einem hypothetischen Krankheitsverlauf durch die in Abbildung 8.1 aufgeführten Risikofaktoren negativ beeinflusst werden. Laut Millan et al. (2016) kann der Verlauf und die Progression der Schizophrenie drei grundlegenden Phasen im "Leben" des Gehirns zuordnen. Diese miteinander verknüpften Phasen sind bei Patienten mit einer Schizophrenie anomal. Die Störung der Gehirnbildung und -reorganisation wird als ursächliche Pathophysiologie angesehen.

! Wichtig

Prodromalphase der Schizophrenie

Die Prodromalphase der Schizophrenie ist eine frühe Phase, in der unspezifische Symptome auftreten, die oft subtil und schwer von anderen psychischen oder sozialen Problemen zu unterscheiden sind. Typische Symptome in dieser Phase können sein:

- Sozialer Rückzug: Betroffene ziehen sich zunehmend von Freunden, Familie und sozialen Aktivitäten zurück.
- Verminderte Leistungsfähigkeit: Schwierigkeiten in Schule, Ausbildung oder Beruf, oft verbunden mit Anwesenheitsproblemen.
- Affektive Veränderungen: Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen oder erhöhte Reizbarkeit.
- Verminderte emotionale Ausdrucksfähigkeit: Abflachung der Gefühle oder eingeschränkte Mimik.
- Ungewöhnliche Gedanken oder Wahrnehmungen: Leichte Formen von Misstrauen, seltsame Ideen.
- Schlafstörungen: Veränderungen im Schlafverhalten, wie Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafen.
- Angst und Unsicherheit: Allgemeine Ängstlichkeit oder spezifische Ängste, die vorher nicht vorhanden waren.
- Vernachlässigung der Körperpflege: Nachlassen der persönlichen Hygiene oder des Interesses an der äußeren Erscheinung.
- Kognitive Beeinträchtigungen: Probleme mit dem Gedächtnis, der Aufmerksamkeit oder der Entscheidungsfindung.

Die Symptome sind oft unspezifisch und können auch bei anderen psychischen Störungen auftreten. Sie können über Monate oder sogar Jahre hinweg bestehen, bevor sich die typischen

positiven Symptome der Schizophrenie (wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen) manifestieren.

Im nachfolgenden Kapitel 8.2 werden die neurobiologischen Mechanismen und im Kapitel 8.3 die psychosozialen Aspekte etwas detaillierter behandelt.

8.2. Neurobiologische Aspekte

Siehe die Vorlesungsfolien für einen umfassenderen Überblick über neurobiologische Aspekte.

Kraepelin (1896) war der Auffassung, dass die Schizophrenie durch einen (biologischen) Krankheitsprozess verursacht wird, der unweigerlich in einer "Verblödung" (dementia praecox) endet. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts wurde jedoch deutlich, dass sich die beobachteten Krankheitsmanifestationen und Verhaltensauffälligkeiten häufig nicht einheitlich negativ entwickeln.

"Aktuell wird von einem mesolimbisch-mesokortikalen Ungleichgewicht ausgegangen, bei dem es zu einer frontalen dopaminergen Hypoaktivität und einer mesolimbischen dopaminergen Hyperaktivität kommt [Theorie der regionalen Spezifität; Davis et al. (1991)]. Durch die dopaminerge Hypoaktivität im frontalen Bereich wird die Entstehung negativer Symptomatik erklärt, während die mesolimbische dopaminerge Hyperaktivität mit schizophrener Positivsymptomatik in Zusammenhang gebracht wird (Howes & Kapur, 2009)." (aus Falkai et al., 2016)

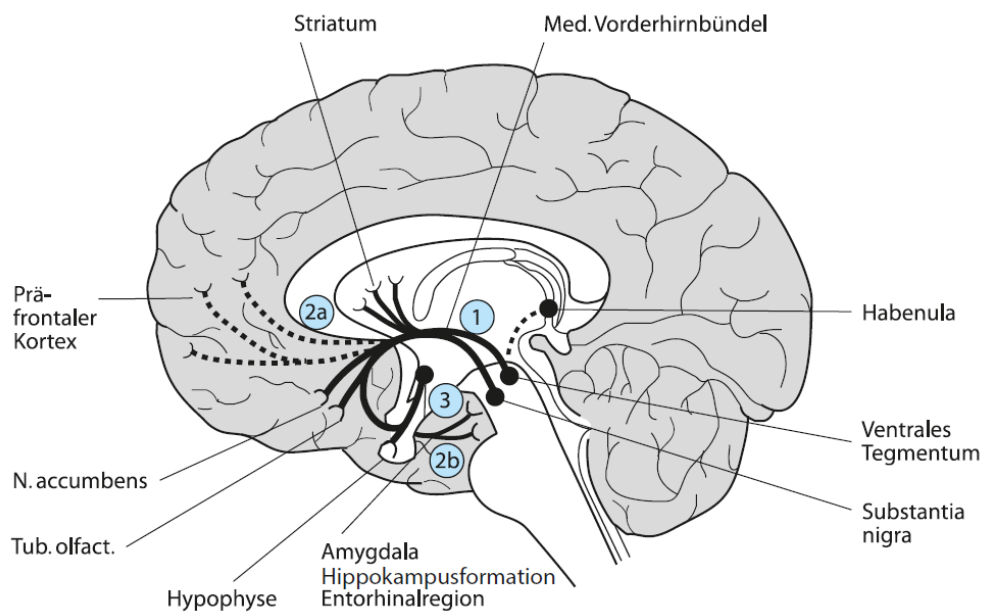


Abbildung 8.3.: Wichtige dopaminerge Bahnsysteme des ZNS

1 Nigrostriataler Trakt

2a mesolimbischer Trakt

2b mesokortikaler Trakt

3 tuberinfundibulärer Trakt

Die Abbildung 8.3 stammt aus der Übersichtsarbeit von Falkai et al. (2016).

Glutamathypothese: “Die Glutamathypothese der schizophrenen Psychosen ging in den ersten Arbeiten prinzipiell von einer Unterfunktion des glutamatergen Systems aus, da eine Blockade des glutamatergen N-Methyl-D-Aspartat-(NMDA-) Rezeptors durch Ketamin (Anästhetikum) und Phencyclidin (PCP; Droge „angel dust“) psychotische Symptome bedingt hat. Interessant war bei diesen Versuchen, dass nicht nur Positivsymptome, sondern auch Negativsymptome und kognitive Symptome beobachtet werden konnten (Javitt et al. 2012). Auch wenn diese Ergebnisse im Feld nicht ganz unumstritten sind, haben in den letzten Jahren tierexperimentelle Studien, neuropathologische Arbeiten und neurochemische Bildgebungsuntersuchungen Befunde für die glutamaterge Hypothese der Schizophrenien zusammengetragen. Die Komplexität der Situation wird deutlich, wenn man beachtet, dass eine verminderte glutamaterge Transmission in subkortikalen Regionen beispielsweise eine erhöhte dopaminerge Transmission bedingt und dass Störungen der GABAergen Neurotransmission eine dysfunktionale Regulation von NMDA-Rezeptor-tragenden Neuronen nach sich ziehen (Übersicht bei Hasan et al. 2014). Insgesamt geht die Glutamathypothese somit weit über die nicht unumstrittenen Befunde der Ketamin/PCP-Modellpsychose hinaus und muss als integrative Theorie unter Berücksichtigung gestörter inhibitorischer Funktionen und einem gestörten Gleichgewicht zwischen Inhibition und Fazilitation bei der Schizophrenie verstanden werden. Die Komplexität dieser Theorie wird dadurch deutlich, dass trotz des prinzipiell einfachen Targets der ionotropen Glutamaterezeptoren bisher alle Versuche, entsprechende Pharmaka zu entwickeln, nicht erfolgreich gewesen sind.” (aus Falkai et al., 2016)

Disinhibitionshypothese: “Die Störung dopaminerg und glutamaterger Funktionen bei der Schizophrenie muss immer in Kontext der Disinhibitionshypothese, die eine Störung GABAerger Funktionen postuliert, betrachtet werden. In der Hirnentwicklung scheint es bei Patienten mit einer Schizophrenie bereits in der frühen Adoleszenz zu einer Fehlregulation zu kommen, die durch eine pathologische Zunahme fazilitatorischer Funktionen und eine zeitgleiche Reduktion inhibitorischer Funktionen den Netzwerkeffekt einer Hyperexzitabilität bedingt (Rapoport et al. 2013). Dieses Ungleichgewicht des Exzitations-/Inhibitionsgleichgewichts, welches bereits im Prodromalstadium angenommen wird, muss daher als eines der wesentlichen pathophysiologischen Konzepte der Schizophrenien diskutiert werden. Die Evidenz der Disinhibitionshypothese kann aus tierexperimentellen und neuropathologischen Arbeiten sowie aus humanphysiologischen Experimenten extrahiert werden (Hasan et al. 2014). Beispielsweise ist die Dichte der GABAergen Interneurone reduziert, das GABA-synthetisierende Enzym GAD-67 in der Funktion gestört oder die kortikale Erregbarkeit im Sinne einer Disinhibition (z. B. „short-latency inhibition“, Präpulsinhibition oder „mismatch negativity“) reduziert (z. B. Benes et al. 1991; Benes 2011; Hashimoto et al. 2008; Hasan et al. 2014). Durch das komplexe Wechselspiel zwischen verminderter GABAerger Funktion mit reduzierter Freisetzung von GABA und dadurch bedingter reduzierter Hemmung der glutamatergen Pyramidenneurone wird in der Pathogenese der Schizophrenie die zuvor genannte Verschiebung des Exzitations-/Inhibitionsgleichgewichts zugunsten der Übererregbarkeit erklärt. Durch die Dysfunktion sowohl der Inter- als auch der Pyramidenneurone entsteht eine Störung der wechselseitigen Kontrolle, wie dies in verschiedenen Arbeiten für den DLPFC gezeigt worden ist (Lewis 2009; Hasan et al. 2014).” (aus Falkai et al., 2016)

8.2.1. Neurokognitive Störungen

Neurokognitive Störungen sind charakteristisch für Patienten mit einer Schizophrenie und tragen wesentlich zu den funktionellen Beeinträchtigungen bei, die mit dieser psychischen Störung verbunden sind (McCutcheon et al., 2023).

Neurokognitive Störungen betreffen verschiedene kognitive Domänen. Nachfolgend sind einige der typischen neurokognitiven Störungen bei Patienten mit Schizophrenie aufgeführt:

- **Aufmerksamkeit und Vigilanz:** Viele Menschen mit Schizophrenie zeigen Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeitskontrolle und Vigilanz. Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit auf relevante Reize zu lenken und aufrechtzuerhalten, können zu kognitiven Einschränkungen führen.
- **Arbeitsgedächtnis:** Patienten mit Schizophrenie haben oft Probleme im Bereich des Arbeitsgedächtnisses, was die Fähigkeit betrifft, Informationen über einen kurzen Zeitraum zu speichern und zu manipulieren. Diese Schwierigkeiten können sich auf komplexe Denkaufgaben und Problemlösungsfähigkeiten auswirken.
- **Exekutive Funktionen:** Die exekutiven Funktionen, einschließlich Planung, kognitiver Flexibilität und Problemlösung, sind bei Schizophrenie häufig beeinträchtigt. Schwierigkeiten bei der Initiierung, Überwachung und Anpassung von Handlungen können zu Alltagsproblemen führen.
- **Verarbeitungsgeschwindigkeit:** Viele Patienten mit Schizophrenie zeigen eine verringerte Verarbeitungsgeschwindigkeit, was sich auf die Geschwindigkeit auswirkt, mit der sie Informationen verarbeiten können. Dies kann zu Verzögerungen bei der verbalen und nicht-verbalen Informationsverarbeitung führen.
- **Soziale Kognition:** Beeinträchtigungen in der sozialen Kognition, einschließlich der Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung, Empathie und der Interpretation sozialer Hinweise, sind bei Schizophrenie häufig. Diese Schwierigkeiten können zu sozialen Interaktionsproblemen führen.
- **Veränderungen im Lernen und Gedächtnis:** Patienten mit Schizophrenie können Schwierigkeiten beim Lernen und beim Abrufen von Informationen aus dem Gedächtnis haben. Dies betrifft sowohl das episodische als auch das semantische Gedächtnis.

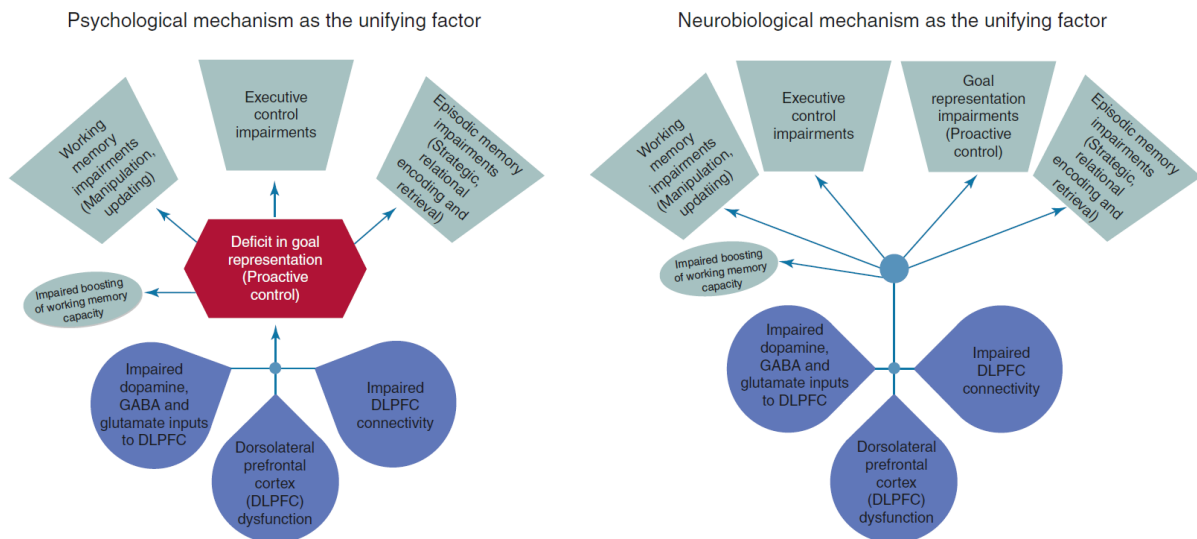


Abbildung 8.4.: Potenzielle gemeinsame Mechanismen neurokognitiver Störungen bei Patienten mit einer Schizophrenie (nach Barch & Ceaser, 2012)

“Die Abbildung veranschaulicht zwei potenzielle Wege, die Defizite bei der Zielerhaltung/proaktiven Kontrolle, die DLPFC-Funktion und andere kognitive Beeinträchtigungen bei Schizophrenie miteinander verbinden. Die linke Abbildung zeigt einen Weg, bei dem der Einfluss der DLPFC-Dysfunktion auf Defizite in kognitiven Bereichen wie exekutive Kontrolle, Arbeitsgedächtnis und episodisches Gedächtnis bei Schizophrenie durch eine Beeinträchtigung der proaktiven Kontrolle vermittelt wird, die zu Beeinträchtigungen in diesen anderen Bereichen führt. Die Abbildung rechts veranschaulicht einen Weg, bei dem die DLPFC-Funktion die kognitive Funktion in vielen Bereichen der Schizophrenie (einschließlich der proaktiven Kontrolle) direkt beeinflusst, bei dem aber Defizite in anderen kognitiven Bereichen nicht durch Beeinträchtigungen der proaktiven Kontrolle vermittelt werden.” (Barch

& Ceaser, 2012)

! Wichtig

Neurokognitive Defizite vs. Negativsymptomatik

Neurokognitive Störungen und Negativsymptomatik sind zwei miteinander verbundene Aspekte in der Symptomatik der Schizophrenie. **Negativsymptome** (z. B. Avolition, affektive Verflachung, Anhedonie, soziale Rückzug) beziehen sich auf den Verlust oder die Verminderung normaler Funktionen und Verhaltensweisen. **Neurokognitive Störungen** beziehen sich auf Defizite in kognitiven Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen (Planung, Problemlösung), Verarbeitungsgeschwindigkeit und sozialer Kognition. Im Prinzip kann davon ausgegangen werden, dass der Negativsymptomatik neurokognitive Störungen zugrundeliegen. Beispielsweise kann der soziale Rückzug durch eine Kombination aus Aufmerksamkeitsdefiziten, Problemen bei der Handlungsregulation, Störungen sozialer Kognitionen etc. zustande kommen.

8.3. Psycho-soziale Aspekte

Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie ist seit vielen Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen (Rössler, 2001). Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass eine Reihe von sozialen und psychologischen Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf einer Schizophrenie haben können (Cantor-Graae, 2007).

Keiner der psychosozialen Faktoren ist aber ursächlich für die Entstehung verantwortlich. Vielmehr erhöhen früh auftretende psychosoziale Stressoren die Vulnerabilität, später auftretende Stressoren wirken sich stärker im Verlauf der Erkrankung aus und haben beispielsweise Einfluss auf das Rückfallrisiko.

Frühe psychosoziale Risikofaktoren (pränataler Stress, städtische Umwelt, Mißbrauch in der Kindheit) könnten einzeln oder additiv einen aversiven Einfluss auf die neurobiologische Entwicklung haben und diese verändern. Es können durch diese Faktoren beispielsweise abweichende neuronale Netze entstehen, die die Anfälligkeit für eine psychotische Erkrankung erhöht (Stilo & Murray, 2019).

Zu den späteren Faktoren zählen beispielsweise nicht normative Lebensereignisse, Migration/Minderheitenstatus, High-expressed Emotions und Drogenmißbrauch. Insb. der Faktor "High-expressed Emotion" ist im Hinblick auf das Rückfallrisiko empirisch gut untersucht.

8.3.1. Expressed Emotion

Das Konzept der "Expressed Emotion" (EE), zu Deutsch "ausgedrückte Emotion" bezieht sich auf den emotionalen Ton und die Art der Kommunikation innerhalb einer Familie oder sozialen Umgebung eines Menschen mit Schizophrenie, aber auch auf Menschen mit anderen psychischen Störungen [Butzlaff & Hooley (1998)].

In der Regel wird EE anhand von drei Hauptkomponenten gemessen: Kritik, Überinvolviertheit und fehlende emotionale Ausdrücke (siehe Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Wearden et al., 2000).

1. **Kritik:** Dies bezieht sich auf negative Äußerungen, die sich auf die Person mit Schizophrenie beziehen. Kritik kann direkte Angriffe oder abwertende Bemerkungen umfassen und wird als ein Maß für die negative emotionale Atmosphäre innerhalb der Familie betrachtet.
2. **Überinvolviertheit:** Dieser Aspekt beschreibt übermäßige Sorge und übertriebene Einmischung in das Leben der Person mit Schizophrenie. Eine hohe Überinvolviertheit kann als eine Form von übermäßigem Stress für den Betroffenen betrachtet werden.
3. **Fehlende emotionale Ausdrücke:** Hier geht es darum, wie gut oder schlecht die Familie in der Lage ist, ihre positiven Emotionen auszudrücken. Eine geringe emotionale Ausdrucksfähigkeit kann auf eine emotional distanzierte oder unterdrückte Atmosphäre hindeuten.

Studien haben gezeigt, dass ein hoher EE-Index in der Familie und auch dem Umfeld eines Patienten das Rückfallrisiko für Menschen mit Schizophrenie deutlich erhöhen kann (Fahrer et al., 2022; O’Driscoll et al., 2019). Dieser Zusammenhang wird oft durch das Stress-Vulnerabilitäts-Modell erklärt, das besagt, dass Menschen mit einer genetischen Veranlagung für psychische Erkrankungen anfälliger für Stressfaktoren sind. Ein hoher EE in der Familie kann als ein solcher Stressor wirken und dadurch das Rückfallrisiko steigern .

Die Anwendung des EE-Konzepts hat auch therapeutische Implikationen. Psychoedukation und familiäre Interventionen können dazu beitragen, den EE-Index zu senken und somit die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen bei Schizophrenie zu verringern (McFarlane, 2016). Es ist wichtig zu betonen, dass EE nicht die alleinige Ursache für Rückfälle ist, sondern ein wichtiger Faktor unter mehreren anderen.

8.4. Verständnisfragen

1. Skizzieren Sie den hypothetischen Krankheitsverlauf bei der Schizophrenie und nennen Sie verschiedene Risikofaktoren.
2. Was versteht man unter Prodromalphase bei der Schizophrenie?
3. Welche Symptome zeigen Patienten in der Prodromalphase der schizophrenen Erkrankung? Nennen Sie drei dieser Symptome.
4. Welche Störung wird von Millan et al. (2016) als ursächliche Pathophysiologie der Schizophrenie angenommen?
5. Welche Symptome werden der frontalen dopaminergen Hyperaktivität zugeordnet?
6. Welche Symptome werden der mesolimbischen Hyperaktivität zugeordnet?
7. Was besagt die Glutamat-Hypothese der Schizophrenie?
8. Was besagt die Disinhibitionshypothese der Schizophrenie?
9. Was versteht man unter neurokognitiven Störungen? Nennen Sie drei neurokognitive Störungen und erläutern Sie diese.
10. Wie erklären Barch und Ceaser (2012) die Entstehung neurokognitiver Defizite?
11. Welche psychosozialen Faktoren können einen Einfluss auf den Verlauf einer schizophrenen Störung haben?
12. Wann im Verlauf einer schizophrenen Erkrankung wirken sich psychosoziale Faktoren aus?
13. Was versteht man unter “Expressed Emotion”?
14. Nennen Sie die drei Hauptkomponenten anhand derer Expressed Emotion gemessen wird. Erläutern Sie diese.
15. Welche Auswirkungen kann eine hohe ausgedrückte Emotionalität (“high expressed emotion”) in der Familie eines Patienten mit einer Schizophrenie haben?
16. Welche therapeutischen Implikationen gibt es im Hinblick auf die “ausgedrückte Emotionalität” in Familien mit einem an einer Schizophrenie erkrankten Person?
17. Welche anderen Faktoren können noch für einen Rückfall verantwortlich gemacht werden?

9. Schizophrenie: Therapie

9.1. Einleitung

Die Behandlung von Schizophrenie erfordert einen umfassenden Ansatz, der sowohl medikamentöse als auch psychosoziale Interventionen und andere Maßnahmen umfasst.

Die Behandlung erfolgt ausschließlich symptomatisch. Medikamente und auch psychosoziale Interventionen haben keinen direkten, dauerhaften Einfluss auf die ursächliche Pathophysiologie (Millan et al., 2016).

9.2. Psychopharmakotherapie

Laut [S3-Leitlinie Schizophrenie](#) soll die Wahl des geeigneten Antipsychotikums sowie der Applikationsform gemeinsam mit der betroffenen Person und dem behandelnden Arzt vorgenommen werden. Hierbei sollen berücksichtigt und erörtert werden:

- das klinische Zielsyndrom
- Vorerfahrungen bzgl. Wirkungen und Nebenwirkungen mit einem oder mehreren Präparat(en) im bisherigen Behandlungsverlauf
- Vor- und Nachteile des jeweiligen Präparats
- metabolische, motorische, kardiovaskuläre oder hormonelle/sexuelle Nebenwirkungen (siehe @fig-unw-antipsychotika)
- Nutzen und Risiken bei Verzicht auf eine Behandlung mit Antipsychotika
- Präferenzen des Betroffenen
- Geschlechtsspezifische Aspekte, Alter der Patienten und Komorbiditäten

Laut Leitlinie sollen die Behandlungsvereinbarung und Krisenpässe des Patienten, wenn vorhanden, berücksichtigt werden. Im Verlauf einer Behandlung soll die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüft und bei Änderungen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

In der [S3-Leitlinie Schizophrenie](#) sind folgende weitere allgemeine Aspekte zur medikamentösen Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie aufgeführt:

“In der pharmakologischen Behandlung der Schizophrenie kommen Medikamente unterschiedlicher Substanzklassen zur Anwendung. In Deutschland sind aktuell fast 30 Antipsychotika verfügbar.

Nach der chemischen Struktur können Antipsychotika prinzipiell unterteilt werden in:

- Trizyklische Antipsychotika:
 - Phenothiazine mit verschiedenen substituierten Seitenketten wie Chlorpromazin (in Deutschland vom Markt genommen) Fluphenazin, Levopromazin, Perazin, Perphenazin, Promethazin und Thioridazin; Azaphenothiazine wie Prothipendyl
 - Thioxanthene wie Flupentixol, Zuclopenthixol und Chlorprothixen

– Dibenzodiazepine wie Clozapin, Dibenzothiazepine wie Quetiapin, Thienobenzodiazepine wie Olanzapin, Dibenzothiepine wie Zotepin (in Deutschland seit 2010 nicht mehr verfügbar)

- Butyrophenone wie Benperidol, Bromperidol, Haloperidol, Melperon, Pipamperon und Trifluoperidol
- Diphenylbutylpiperidine wie Pimozid und Fluspirilen,
- Benzisoxazolpiperidine wie Risperidon; Phenylindolpiperidine wie Sertindol,
- Substituierte Benzamide wie Amisulprid, Sulpirid und Tiaprid
- Benzisothiazolderivate wie Ziprasidon
- Dichlorphenyl-Piperazinyl-Quiloninon wie Aripiprazol
- Dichlorophenylpiperazin-Derivate wie Cariprazin

Abhängig von der chemischen Klasse, der Dosierung, der Behandlungsfrequenz und der Behandlungsdauer, vor allem jedoch von den individuellen Gegebenheiten des Patienten, kann durch die antipsychotische Behandlung eine Vielzahl von Nebenwirkungen induziert werden. Antipsychotika sind in der Akuttherapie und der Rezidivprophylaxe potente Medikamente mit NNT von 4 bis 9 und damit vergleichbar statistisch effektiv wie viele somatische Medikamente. Diese hohe Effektivität bedingt der allgemeinen Pharmakologie folgend auch entsprechende Nebenwirkungen (siehe Abbildung 9.1).

	Alkathisie	Parkinsonoid	Spätdyskinesien	Gewichtszunahme	Metabolische Veränderungen	Diabetes mellitus	Obstipation	Hyperprolaktinämie	Dysmenorrhoe/ Amenorrhoe	Sexuelle Dysfunktion	Sedierung	Orthostatische Dysregulation	Verlängerung der QTZeit	Transaminasen-/ Bilirubinanstieg	Blutbildveränderungen	Agranulozytose/ Panzytopenie	Epileptische Anfälle	MNS	Pneumonie
Amisulprid	+	+	+	0/+	0/+	0/+	++	+++	++	++	0/+	0/+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?	0
Aripiprazol	++	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Cariprazin	++	++	+	0/+	0/+	0/+	0	0	0	0	0	0/+	0/+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Clozapin	+	0	0	+++	+++	+++	+++	0/+	0/+	+	+++	+++	+	++	+	++	++	0/+	++
Flupentixol	+++	+++	++	++	+	+	++	0/+	0/+	+	++	++	0/+	+	0/+	0/+	+	0/+	?
Fluphenazin	+++	+++	+++	0/+	0/+	0/+	+	0/+	0/+	+	++	++	+	+	+	0/+	++	0/+	?
Haloperidol	+++	+++	+++	+	0/+	0/+	+	+++	++	++	+	0	0/+	++	+	0/+	0/+	+	?
Lurasidon ¹	+/++	+/++	+	0/+	0/+	0/+	+	+	+	+	+	0/+	0/+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Melperon	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	++	++	+	0/+	+	0/+	?	0/+	?
Olanzapin	+	0/+	0/+	+++	+++	+++	++	+	0	+	+/++	++	0/+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	+
Paliperidon	+	++	+	++	+	+	++	+++	+++	++	0/+	+	+	++	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Perphenazin	++	++	++	++	+	?	+	+	+	+	+	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Pipamperon	++	+	0/+	?	?	+	?	0/+	++	++	++	++	+	+	+	0/+	0/+	0/+	?
Quetiapin	+	0/+	0/+	++	++	++	+	0/+	0/+	+	++ ²	++ ²	+	++	++	0/+	0/+	0/+	+
Risperidon	+	++	+	++	+	+	++	+++	++	++	+	+	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	+
Sertindol	+	0/+	+	++	+	+	+	+	+	+	0/+	+	+++	0/+	0/+	0/+	0/+	0/+	?
Ziprasidon	+/++	+	+	0/+	0/+	0/+	0/+	+	0/+	+	+	0/+	++	+	0/+	0/+	0/+	?	?
Zuclopentixol	+++	+++	++	++	+	+	++	++	++	++	+++	++	0/+	0/+	0/+	0/+	+	0/+	?

Abbildung 9.1.: Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Einnahme von Antipsychotika

Anmerkung zu Abbildung 9.1: Die Abbildung wurde basierend auf den CINP Schizophrenia Guidelines und der dortigen Referenzen sowie der vorherigen AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ erstellt und im Expertenkonsens basierend auf Informationen aus Fachinformationen und neueren Meta-Analysen angepasst. Fehlende Daten wurden durch die Fachinformationen und anhand des Standardwerks für Psychopharmakologie in Deutschland ergänzt. Die Angaben zur Pneumonie wurden aus einer Meta-Analyse extrahiert. Prinzipiell können bei breiter Anwendung der Präparate auch unerwartete Nebenwirkungen auftreten, so dass die Pharmakovigilanz [alle Aktivitäten, die sich mit der Aufdeckung, Bewertung, dem Verstehen und der Prävention von Nebenwirkungen oder von anderen Arzneimittelbezogenen Problemen befassen] stets erfolgen muss.

¹Lurasidon ist in Deutschland für die Behandlung der Schizophrenie zugelassen, die Substanz kann aber nicht zulasten der GKV verordnet werden.“

0=nicht vorhanden, (+)=vereinzelt oder kein signifikanter Unterschied zu Placebo, +=selten, +=gelegentlich, +++=häufig ?=keine ausreichende Datenlage zur Abschätzung der Häufigkeit. Zu beachten ist, dass es sich hier nicht um systematisch zusammengetragene quantitative Häufigkeitsabschätzungen handelt, sondern um qualitativ abgeschätzte klinische Erfahrungswerte unter Berücksichtigung der zu Beginn genannten Quellen. MNS: Malignes Neuroleptisches Syndrom

Extrapyramidales Syndrom (EPS)

Das EPS ist eine Gruppe von Nebenwirkungen, die im Zusammenhang mit der Anwendung von Antipsychotika, insbesondere von klassischen (typischen) Neuroleptika, auftreten können. Hier sind einige der wichtigsten Komponenten des extrapyramidalen Syndroms:

1. **Akathisie:** Dies ist eine subjektive Unruhe und der starke Wunsch zu bewegen. Patienten mit Akathisie können Schwierigkeiten haben, still zu sitzen oder zu stehen und erleben einen inneren Drang zur Bewegung.
2. **Parkinsonismus:** Dies ähnelt den Symptomen der Parkinson-Krankheit und kann Tremor (Zittern), Bradykinesie (verlangsamte Bewegungen), Rigor (Muskelsteifigkeit) und posturale Instabilität (Instabilität beim Stehen oder Gehen) umfassen.
3. **Dystonie:** Dystonie ist durch unwillkürliche Muskelkontraktionen gekennzeichnet, die zu abnormalen Haltungen oder Bewegungen führen können. Dies kann Muskelspasmen, Krämpfe oder Verzerrungen betreffen.
4. **Spätdyskinesien:** Diese treten in der Regel nach längerer Anwendung von Antipsychotika auf und sind durch unwillkürliche, repetitive Bewegungen, häufig im Gesichtsbereich, gekennzeichnet. Diese können als Grimassieren, Zucken oder Zungenbewegungen auftreten.

Siehe Vorlesungsfolien für weitere Ausführungen zur medikamentösen Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie bzw. psychotischen Störung.

9.3. Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen spielen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Lebensqualität, der sozialen Integration und der Bewältigung von Herausforderungen im Alltag. Hier sind einige wichtige psychosoziale Interventionen bei der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie:

- **Psychoedukation:** Informative Schulungsprogramme, die Patienten und ihren Familien grundlegende Kenntnisse über Schizophrenie vermitteln. Dies umfasst Informationen über die Natur der Erkrankung, Symptome, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien (Bäumel & Pitschel-Walz, 2020).
- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** CBT kann helfen, problematische Denk- und Verhaltensmuster zu identifizieren und zu modifizieren. Sie konzentriert sich auf die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, die Reduktion von belastenden Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität (Lincoln, 2019). Auch die Verbesserung der Medikamentencompliance ist ein Ziel.
- **Soziales Kompetenztraining in Verbindung mit einem kognitiven Training:** Dieses Training zielt darauf ab, die sozialen Fertigkeiten, aber auch kognitiver Funktionen der Patienten zu verbessern. Es kann dabei helfen, die zwischenmenschliche Kommunikation, emotionale Intelligenz und die Fähigkeit zur Konfliktlösung zu stärken (siehe Roder et al., 2008; Roder & Müller, 2013).
- **Unterstützte Beschäftigung und Ausbildung:** Programme, die darauf abzielen, die beruflichen Fähigkeiten und die Integration in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Dies kann den Patienten helfen, ihre beruflichen Ziele zu erreichen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen (**Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland**).

- **Familietherapie:** Einbeziehung der Familienmitglieder in den Behandlungsprozess. Familientherapie kann die Kommunikation innerhalb der Familie verbessern (siehe Expressed Emotion), Beziehungen stärken und den Familienmitgliedern helfen, effektiver mit den Herausforderungen der Schizophrenie umzugehen (McFarlane, 2016).
- **Unterstützung bei der Lebensbewältigung:** Dies umfasst die Förderung von Fertigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen, die Entwicklung von Selbstpflegefähigkeiten und Strategien zur Problemlösung (siehe z. B. [Soziotherapie](#)).

Diese psychosozialen Interventionen sollten in enger Zusammenarbeit mit der medikamentösen Behandlung erfolgen.

Siehe Vorlesungsfolien für weitere Ausführungen zu psychosozialen Interventionen bei Patienten mit einer Schizophrenie bzw. psychotischen Störung.

Prävention

Klinische Studien zu pharmakotherapeutischen und psychosozialen und/oder kognitiven Interventionen bei jungen hilfesuchenden Risikopersonen, haben insgesamt eine Verringerung des Übergangs in eine Psychose ergeben. Weitere empirische Befunde stehen hierzu allerdings noch aus (Millan et al., 2016).

9.4. Betreutes Wohnen

Das Betreute Wohnen ist ein unterstützendes Wohnmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie, die nicht mehr vollständig eigenständig leben können, aber auch keinen dauerhaften stationären Aufenthalt benötigen. Es bietet eine Balance zwischen professioneller Betreuung und der Förderung von Selbstständigkeit. Das Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern, die soziale Integration zu fördern und Rückfälle zu vermeiden.

Das Betreuten Wohnens bietet eine Individuelle Betreuung, ein gemeinschaftliches oder eigenständiges Wohnen, Unterstützung bei der Teilnahme an Therapien und der Etablierung einer Tagesstruktur. Auch soll der Aufbau sozialer Kontakte gefördert und bei Krisen eine schnelle Hilfe initiiert werden.

Sozialdienste in den Kliniken unterstützen den Patienten und die Angehörigen bei der Suche nach einem Platz im Betreuten Wohnen. Allerdings gilt es zu beachten, dass nicht jeder Patient für das Betreute Wohnen in Frage kommt. Die soziale Situation, der Verlauf der Erkrankung, die Bedürfnisse des Pat. etc. haben einen Einfluss auf die Entscheidung, einen Platz im Betreuten Wohnen zu suchen.

Die Kosten für das Betreute Wohnen werden auf Antrag überwiegend durch die Sozialhilfe und die Eingliederungshilfe getragen. Gegebenenfalls müssen sich die Patienten an den Kosten beteiligen.

9.5. Verständnisfragen

1. Welche Empfehlungen gibt die S3-Leitlinie der AWMF bezüglich der Psychopharmakotherapie von Patienten mit einer Schizophrenie?
2. Welche Themen sollten mit den Patienten vor einer Psychopharmakotherapie besprochen werden?
3. Nennen Sie eine zwei Substanzklassen der Antipsychotika und erläutern Sie diese.
4. Welche Nebenwirkungen können bei der Einnahme von Antipsychotika auftreten? Nennen Sie drei Nebenwirkungen.

5. Wie können Nebenwirkungen wie extrapyramidale Symptome (EPS), metabolische Veränderungen oder Sedierung das Therapieergebnis beeinflussen, und welche Strategien gibt es, um diese zu minimieren?
6. Inwiefern spielen Therapietreue (Adhärenz) und die subjektive Akzeptanz der Medikation durch den Patienten eine Rolle für den langfristigen Erfolg der Psychopharmakotherapie, und wie kann die Adhärenz verbessert werden?
7. Was versteht man unter einem Extrapiramidale Syndrom (EPS)? Welche Symptome sind Bestandteil eines EPS?
8. Was versteht man unter Psychoedukation?
9. Welche Informationen sollten bei einer Psychoedukation dem Patienten und evtl. auch den Angehörigen vermittelt werden?
10. Nennen Sie zwei psychosoziale Interventionen und erläutern Sie diese.
11. Welche Aspekte werden in einem sozialen Kompetenztraining behandelt?
12. Inwiefern können kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und psychoedukative Ansätze dazu beitragen, die Krankheitseinsicht und die Therapieadhärenz bei Schizophrenie-Patienten zu fördern?
13. Wie kann das Konzept der Expressed Emotion (EE) in der familientherapeutischen Arbeit genutzt werden, um die Kommunikation und das Verständnis zwischen Patienten und ihren Angehörigen zu verbessern?
14. Welche spezifischen Techniken oder Strategien können in der Familientherapie eingesetzt werden, um einen hohen Grad an kritischen Kommentaren, Feindseligkeit oder emotionaler Überinvolvierung (Merkmale von hoher EE) zu reduzieren?
15. Inwiefern kann eine Psychoedukation für Angehörige dazu beitragen, das Verständnis für die Erkrankung zu fördern und die emotionale Belastung in Familien mit hoher Expressed Emotion zu verringern?
16. Welche langfristigen Auswirkungen haben familientherapeutische Interventionen, die auf die Reduktion von Expressed Emotion abzielen, auf den Krankheitsverlauf und die Rückfallrate bei Patienten mit Schizophrenie?
17. Was versteht man unter Familientherapie bei der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie?
18. Welche Rolle spielt die Soziotherapie bei der Unterstützung von Patienten mit Schizophrenie im Alltag, und wie kann sie individuell angepasst werden?
19. Wie kann das Betreute Wohnen dazu beitragen, die Selbstständigkeit und soziale Integration von Patienten zu fördern, und welche Rolle spielen dabei die Betreuer und das soziale Umfeld?
20. Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Übergangsgestaltung vom stationären Setting (z. B. Klinik) ins Betreute Wohnen, und wie können diese Herausforderungen erfolgreich bewältigt werden?

Teil III.

ADHS

ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Im englischen wird das Akronym ADHD verwendet, das für Attention Deficit Hyperaktivit Disorder steht.

Bei der ADHS handelt es sich um eine psychische Störung, bei der Aufmerksamkeitsprobleme, Impulsivität und Hyperaktivität die zentralen Merkmale darstellen. Eine ADHS tritt im Kindesalter auf und kann bis ins Erwachsenenalter persistieren.

Die Prävalenz von ADHS liegt bei Kindern und Jugendlichen bei ca. 7% und bei Erwachsenen bei ca. 2%, allerdings mit großer Unsicherheit aufgrund methodischer Unterschiede in der vorhandenen Literatur. Jungen sind häufiger von der Störung betroffen als Mädchen.

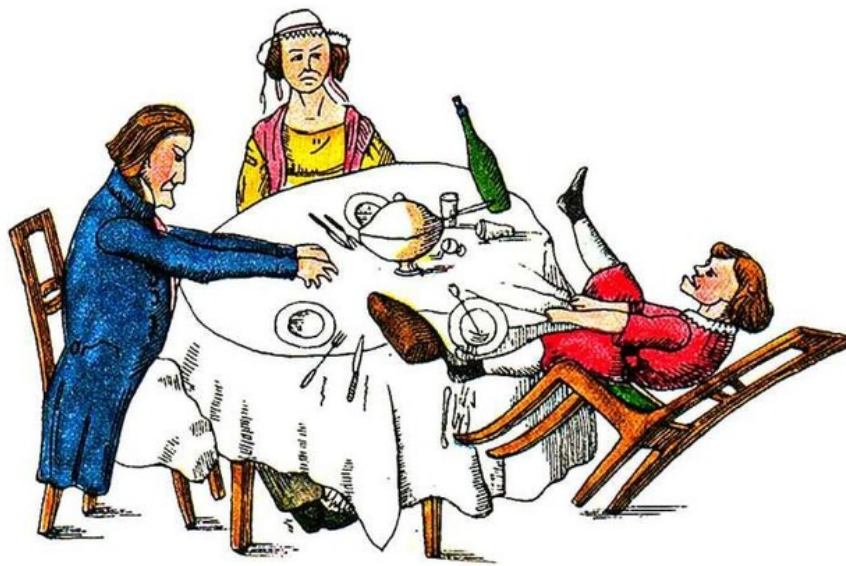


Abbildung 9.2.: Der Zappel-Philipp aus dem Struwwelpeter

10. ADHS: Symptomatik

10.1. Einleitung

In den weiteren Abschnitten dieses Kapitels sind verschiedene Erfahrungsberichte von Betroffenen aufgeführt, anhand der die klinische Symptomatik und die damit einhergehenden psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen verdeutlicht werden soll. Im letzten Abschnitt wird auch noch auf die Veränderung der Symptomatik im Entwicklungsverlauf hingewiesen.

10.2. Erfahrungsberichte

10.2.1. Erfahrungsbericht einer Mutter mit einem Kind mit ADHS

Mein Sohn Max wurde im Alter von sechs Jahren mit ADHS diagnostiziert. Anfangs waren wir als Eltern besorgt und verwirrt über seine impulsiven Handlungen und seine Unfähigkeit, sich zu konzentrieren. Die Diagnose brachte Klarheit, aber auch eine Flut von Fragen und Zweifeln mit sich.

Die täglichen Herausforderungen begannen früh am Morgen. Die morgendliche Routine war eine regelrechte Schlacht. Das Aufstehen, Anziehen und Frühstück war ein Kampf, der oft in Tränen endete. Die Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule führten zu ständigen Problemen und schulischen Misserfolgen, die Max' Selbstwertgefühl stark beeinträchtigten.

Die Hausaufgaben waren eine tägliche Quelle von Stress und Frustration für uns beide. Es war schwer, ihm zu helfen, wenn er selbst so frustriert und unruhig war. Die Organisation und Planung seines Tagesablaufs gestaltete sich als eine große Herausforderung.

Die sozialen Interaktionen waren ebenfalls schwierig. Max hatte Schwierigkeiten, Freundschaften zu knüpfen, weil er oft übermäßig impulsiv oder ungeduldig war. Er war nicht böse oder gemein, aber er hatte Schwierigkeiten, seine Emotionen zu kontrollieren.

Die Entscheidung, ihn medikamentös zu behandeln, war nicht einfach, aber sie brachte eine gewisse Erleichterung. Die Medikamente halfen ihm, sich besser zu konzentrieren und ruhiger zu werden, aber es war kein Allheilmittel. Wir begannen auch Verhaltensstrategien zu erlernen, um ihm zu helfen, sich zu organisieren und seine Emotionen zu kontrollieren.

Die größte Lektion, die ich als Mutter gelernt habe, war die Bedeutung von Geduld und Akzeptanz. Wir mussten lernen, dass Max anders ist, aber nicht weniger wertvoll. Es erfordert viel Geduld, Liebe und Unterstützung, aber jeden Tag sehen wir auch kleine Fortschritte und Erfolge, die uns glücklich machen.

10.2.2. Interview mit Daniela Chirici

Interview mit Daniela Chirici, die in einem Buch ihre Erfahrungen mit ihrem hyperaktiven Sohn zusammengefasst hat.

“Schon früh merkt Daniela Chirici, dass ihr Sohn Kilian anders ist als andere Kinder. Als die Diagnose ADHS gestellt wird, ist zumindest klar, warum Kilian solche Probleme in der Schule und im Sozialverhalten hat. Sie beginnt, für die ADHS-Organisation Schweiz Beiträge zu schreiben, die sie jetzt im Buch „Eine Kindheit mit ADHS“ zusammengefasst und mit anderen Texten ergänzt hat. Wir haben mit Daniela Chirici über ihr Buch und ihre Erfahrungen gesprochen, über Herausforderungen, Kraftquellen und die Möglichkeit, anderen Betroffenen zu helfen.

Frau Chirici, hätten Sie sich selbst ein Buch gewünscht, wie das, was Sie jetzt geschrieben haben?

So ein Buch hätte mir persönlich sehr geholfen, vor allem auf der emotionalen Ebene, z.B., wenn die Angriffe von außen kommen, wie geht man damit um? Es hieß, Kilian sei unerzogen, ich hätte ihn nicht im Griff usw. Ich hätte mir ein Buch gewünscht, das aus dem Leben gegriffen ist. Die Ratgeber, die Tipps, die sind alle wunderbar, auch lesenswert und empfehlenswert, aber mir hat der familiäre Aspekt gefehlt. Wie geht man in der Partnerschaft damit um, wie geht man mit so einem Kind um? Was heißt das für die Familie? Darum denke ich, das Buch, das ich geschrieben habe, ist genau so eins, das ich selbst nirgends gefunden habe.

Wann wurde klar, dass Kilian anders ist als andere Kinder? Und wie lange hat es dann bis zur Diagnose ADHS gedauert?

Ich habe es schnell gemerkt nach der Geburt. Meine Freundin hatte zeitgleich auch ihr erstes Kind bekommen, da hatte man direkt einen Vergleich. Mein Sohn hat durchgeschrien die ganze Nacht, von 18 Uhr bis 8 Uhr morgens. Dann habe ich gemerkt, dass er schon als Baby an Strukturen gebunden war, nur wenn ich immer die gleichen Zeiten einhielt, dann hatte ich die Chance, dass er einschlief. Er war auffällig im Spracherwerb – er war schon später dran als die anderen Kinder – und im Sozialverhalten. Mit 11 Monaten ist er gelaufen und ab da war ich beschäftigt mit Hinterherlaufen, da fiel es extrem auf, dass er gar nicht zur Ruhe gekommen ist. Auch das Essen war ein Thema, es hat ewig gedauert, bis er mal einen Löffel gegessen hat. Er war von Anfang an, vom ersten Atemzug, für mich auffällig, ich habe gemerkt, der ist irgendwie anders. Ich bin dann früh zum Kinderarzt gegangen, die haben gesagt, ich soll keine hysterische Mutter sein, es käme schon alles. Es blieb aber schwierig, er hat andere Kinder gebissen, ist im Sandkasten über die Bauten der anderen drüber, wir haben uns sehr unbeliebt gemacht auf dem Spielplatz. Dann bin ich wieder zum Kinderarzt, ich habe gesagt, er bleibt nie bei einer Sache, er konzentriert sich gar nicht! Aber auch da – er war 5 – hieß es, ich soll nicht immer so hysterisch tun, es sei schon alles in Ordnung.

“Es hieß, ich soll nicht immer so hysterisch tun, es sei schon alles in Ordnung.”

Dann kam der Eintritt in den Kindergarten und nach kaum 6 Wochen hat man schon zu uns gesagt, wir sollen zum Gespräch kommen. Da habe ich gewusst, die kommen jetzt mit diesem „aber“ – und so war es dann auch. Er war 6 Jahre und 4 Monate, als man die Diagnose gestellt hat. Und bis dahin hat man immer gedacht, es liegt an mir, ich sollte es ja ruhig und gelassen nehmen.

Hätte es etwas geändert, wenn die Diagnose früher da gewesen wäre?

Ja, das hätte etwas geändert, dann hätte ich auch mehr Unterstützung gehabt, Kilian hätte Anrecht gehabt auf eine Frühförderung, man hätte die Schulsituation ganz anders angehen können. Kilian hat mit 4 Jahren immer noch nicht durchgeschlafen, das war in der Spielgruppe kaum tragbar. Hätte ich es vorher gewusst, man hätte ganz anders mit dem Thema umgehen können.

Dann hat Ihnen die Diagnose in gewisser Weise geholfen?

Ja, das war dann so ein Aha-Erlebnis: Ach darum macht er diese Sachen, deswegen ist es so, dann könnte ich ihm noch so helfen. Man hat sich dann auch nicht immer die Schuld an allem gegeben. Ich war ja strukturiert und klar, ich habe nicht verstanden, was ich falsch mache. Ich stand abends oft vor seinem Bett, wenn er mal geschlafen hat und hab mir meinen Sohn angeschaut und überlegt: irgendwas stimmt nicht, ich weiß nicht, was es ist, aber ich weiß, du bist ein guter Kerl. Mutterliebe habe ich gespürt zu diesem Kind, das habe ich nie in Frage gestellt.

Kilian und Sie sind relativ früh an die Öffentlichkeit gegangen, d.h., sie beide haben in Dokumentarfilmen mitgewirkt, Sie selbst haben Beiträge für die ADHS-Organisation in der Schweiz geschrieben – wie kam es dazu?

Ich war in einer Elterngesprächsgruppe, wo sich betroffene Eltern austauschen konnten, dort wurden Leute für den Vorstand gesucht und ich bin dann eingetreten. In dieser Zeit hat das Schweizer Fernsehen angefragt, ob es Familien mit ADHS-Kindern gäbe, die bereit wären für eine Dokumentation. Jemand aus dem Präsidium der elpos sprach mich an, weil sie meinte, wir wären genau die Richtigen. Da habe ich zuerst gesagt, Nein, das mache ich sicher nicht, ich stelle doch nicht mein Kind zur Schau. Dann habe ich ein paar Nächte darüber geschlafen und habe gedacht: Warum eigentlich nicht? Es ist ja ein Thema, bei dem es jedes Mal eine Medikamentendiskussion gibt, eine Erziehungsdiskussion – warum kann man nicht mal aufzeigen, was es für das Kind heißt und für die Familie. Nach diesem ersten Film war die Nachfrage noch groß, so dass man einen zweiten gedreht hat. Am Schluss war dann klar, die Leute wollten immer noch wissen, wie es mit Kilian weiterging, denn der zweite Film hat aufgehört, als Kilian gerade in einem Dilemma feststeckte. So kam es dann zum dritten Film, der Reportage „Kilian – Eine Kindheit mit ADHS“.

Für Kilian war es in Ordnung?

Ja, der war damals 9 ½ ungefähr, ich habe ihm gesagt, wir hätten die Möglichkeit, ins Fernsehen zu gehen und sein Satz war: Mama, lass uns das doch machen, ich kann doch zeigen, wie das ist, dass man das auch endlich versteht, wie es mir geht. Da habe ich gedacht, dann ist es auch richtig. Für ihn hat das gestimmt, und es stimmt auch heute noch. Der ist auch stolz auf das Buch, er hat gesagt, er will das dann bei den Bestsellern sehen! Stellen wir mal hohe Ziele statt kleine Ziele!

“Mama, lass uns das doch machen, ich kann doch zeigen, wie das ist, dass man das auch endlich versteht, wie es mir geht.”

Das Leben mit einem von ADHS betroffenen Kind ist sehr herausfordernd, hat Ihnen das Schreiben geholfen? Was hat Ihnen noch Kraft gegeben?

Das Schreiben kam zustande, weil die Redakteurin aus unserem Verein, nachdem wir im Fernsehen waren, meinte, da sollte man etwas dazu schreiben. Erst waren 1,2 Artikel geplant, daraus sind jetzt 10 Jahre geworden. Es waren schwierige Situationen, die wir hatten und ich denke manchmal, ja, das war wie eine Selbsttherapie, es niederzuschreiben. Meine Beiträge sollten aber auch hilfreich sein, damit andere davon profitieren können.

Ich war sehr oft angespannt, in der schwierigsten Phase habe ich gedacht: Ich manage hier alles, was kann ich machen, dass ich mal entspannen kann, dass ich mal den Kopf frei bekomme und Kraft tanken kann. Ich hatte einen Kindheitstraum: Panflöte spielen. Ich habe mir eine Lehrerin gesucht und habe angefangen – ohne musikalische Vorkenntnisse! Und seither spiele ich Panflöte im Ensemble. Das war die Entspannung, bei der ich wusste, das lässt mich die Gedanken unterbrechen. Und das ist heute noch so. Dann habe ich das Segeln kennen gelernt und habe gemerkt, die Freiheit auf dem See, die hilft mir, wieder Kraft zu schöpfen. Hilfreich sind auch Treffen mit Freundinnen, der Austausch, die „Frauengespräche“, oder mal zusammen wellnessen gehen. Es braucht Mut zu sagen: jetzt nehme ich mir die Auszeit, weil ich sie brauche. Ich wusste, ich muss durchhalten bei Kilian, sonst schafft er das nicht.

Sie arbeiten selbst inzwischen als Erziehungsberaterin und Elterncoach, wie sehr helfen hier Ihre eigenen Erfahrungen?

Die Erfahrung macht es für mich einfacher, einmal durch die medizinischen Background als Krankenschwester und dann aus der Perspektive als Mutter, ich kann mich in die Eltern gut einfühlen, wie es ihnen geht und ich weiß auch, wie der Alltag aussieht, das kann ich eins zu eins nachempfinden. Durch die Ausbildung als Entwicklungs- und Lerntherapeutin weiß ich, wie ich die Kinder fördern kann, in ihrer Entwicklung und individuell, denn jedes AHDS-Kind ist ja individuell. Da freut es mich natürlich, dass ich Kindern und Eltern eine Unterstützung anbieten kann. Ich möchte auch die Eltern mehr ins Boot holen, gerade auch Eltern, die selbst von ADHS betroffen sind, meistens brauchen die sogar mehr Unterstützung als die Kinder. Ich merke, wie sich die Eltern wohlfühlen, es braucht nicht viele Worte, sie müssen es mir nicht groß erklären, weil ich weiß, wovon sie reden. Das ist natürlich ein Vorteil.

Was möchten Sie Leser*innen Ihres Buches vermitteln, was wären Ihre wichtigsten Anliegen?

Ich will, dass das Buch Mut und Hoffnung gibt! Es gibt diese dunkle Seite, wo man denkt, es geht nie vorwärts, alles läuft nur noch schief. Aber ich will zeigen, dass es gut werden kann. Dass es zwar Energie braucht, dass es herausfordernd ist, dass man auch oft an seine Grenzen kommt – aber die Kernbotschaft meines Buches ist immer: Dranbleiben lohnt sich.

“Die Kernbotschaft meines Buches ist immer: Dranbleiben lohnt sich!”

Es geht nicht immer in die gewünschte Richtung, aber wenn man dranbleibt, und das macht, was man machen kann, dann haben die Kinder eine Chance, das soll das Buch zeigen. Kilian hatte den schwierigsten Schulweg gehabt, den ich in unserer Gruppe gehört habe, und dennoch ist er auf einem guten Weg, Er hat große Widrigkeiten erlebt und trotzdem steht er jeden Morgen um 5 Uhr morgens auf und sagt: ich gehe gerne arbeiten und komme abends wieder heim und bin dann müde.“

10.2.3. Erfahrungsbericht einer Erwachsenen

Folgendes Interview mit der Journalistin und Buchautoren (“Kirmes im Kopf”) Angelina Boerger wurde am [16. März 2023 im DER STANDARD](#) abgedruckt. In dem Interview beschreibt sie u.a. die alltäglichen Probleme, die sich mit einer ADHS ergeben.

“Als Angelina Boerger mit 29 Jahren die Diagnose ADHS bekommt, bricht sie in Tränen aus. Aber nicht, weil sie bestürzt darüber ist, die Tränen kommen ihr, weil sie erleichtert ist. Endlich hat sie einen Namen für ihr “Anderssein”. Weil sie zuvor kaum etwas über ADHS im Erwachsenenalter gehört hat, ist für sie ab diesem Zeitpunkt klar, dass es viel mehr Aufklärung darüber geben muss, und sie beschließt, ein Buch zu schreiben.

In vielen Köpfen ist immer noch fest verankert: ADHS haben vor allem Buben, die nicht still sitzen können. Dabei sind genauso Mädchen und auch Erwachsene davon betroffen, Bei ihnen äußert es sich häufig nur anders, ihre Unruhe findet mehr im Inneren statt. Typische Beispiele dafür sind, wenn sich die Gedanken im Kreis drehen, Deadlines nicht eingehalten werden können, Selbstzweifel oder häufiges Zuspätkommen. Um trotzdem in der Gesellschaft und im Beruf nicht negativ aufzufallen, versuchen viele mit nicht diagnostiziertem ADHS, diese Schwierigkeiten zu verdecken oder zu kompensieren, was einen erheblichen Kraftaufwand für die Betroffenen bedeutet. Nicht selten sind Burnout, Depressionen, Suchtverhalten oder Angsterkrankungen die Folge. Die eigentliche Ursache, nämlich ADHS, wird jedoch immer noch häufig übersehen.

Um mehr Bewusstsein für ADHS im Erwachsenenalter zu schaffen, begann Boerger ihre Geschichte aufzuschreiben. Herausgekommen ist das Buch “Kirmes im Kopf”. Im STANDARD-Interview erzählt

sie, mit welchen Schwierigkeiten sie im Alltag konfrontiert ist und warum es so wichtig ist, mit alten Vorurteilen aufzuräumen.

STANDARD: Sie haben die Diagnose ADHS erst im Erwachsenenalter bekommen. Wie kam es überhaupt dazu?

Boerger: Das war reiner Zufall. Bei einer Recherche für den WDR zum Thema ADHS habe ich zum ersten Mal davon gehört, dass auch Erwachsene diese Diagnose bekommen können. Für mich war das bis dahin immer etwas, das Kinder und vielleicht noch Jugendliche haben. Aber auf einmal merkte ich, dass alles, was dort beschrieben wurde, zu 100 Prozent auch auf mich zutraf. Ich begann Rückschlüsse auf mein eigenes Leben zu ziehen, und mir war ziemlich schnell klar, dass auch ich ADHS haben muss. Bis ich dann die Diagnose auch schwarz auf weiß hatte, hat es dann aber noch einige Monate gedauert.

STANDARD: Was hat sich seitdem für Sie verändert?

Boerger: Für mich hat sich alles verändert. Endlich konnte ich anfangen, Frieden mit mir zu schließen, denn nun weiß ich, dass mein Verpeiltsein nicht daran liegt, dass ich zu dumm oder zu faul bin, sondern mein Gehirn funktioniert einfach ein bisschen anders. Leider denken viele Menschen immer noch, dass Gehirne alle gleich funktionieren müssen. Wenn es nicht so ist, bekommt man schnell einen Stempel, dass etwas nicht stimmt, dass man nicht normal ist. Erst ganz langsam beginnen die Menschen zu begreifen, dass diese Vielfältigkeit etwas Schönes und Bereicherndes sein kann.

STANDARD: Sie sprechen von ihrem Verpeiltsein. Was meinen Sie damit?

Boerger: Es sind häufig Kleinigkeiten, die sich dann summieren. Etwa die Wäsche so lange in der Waschmaschine zu vergessen, bis sie modrig riecht und man sie dann noch mal waschen muss. Sich aus der Wohnung auszuschließen, weil man schon wieder den Schlüssel drinnen vergessen hat, oder auch in den falschen Bus zu steigen und bis ans andere Ende der Stadt zu fahren. Das sind alles Dinge, die einen im Alltag erheblich aufhalten und die andere Menschen nur ziemlich schwer verstehen können, vor allem, wenn sie häufig vorkommen.

STANDARD: Aber fast jeder hat schon einmal die Wäsche vergessen oder sich aus der Wohnung ausgesperrt. Was macht den Unterschied zu Personen mit ADHS aus?

Boerger: Das stimmt natürlich. Einzelne Dinge davon passieren anderen Menschen wahrscheinlich auch hin und wieder. Bei ADHS kommt es aber auf die Summe an. Wichtig ist dabei auch, dass sie nicht an besonders fordernde Abschnitte im Leben gebunden sind. Wer gerade in einer stressigen Phase steckt, vergisst sicher auch mal die Wäsche. Mir passieren diese Dinge jedoch kontinuierlich und über einen langen Zeitraum hinweg. Dazu kommt, dass man auch Konsequenzen in Kauf nimmt, die kaum jemand nachvollziehen kann. Es kam schon mal vor, dass ich es nicht geschafft habe, meine 700-Euro-Kleider-Bestellung zurückzuschicken, obwohl ich vier Wochen Zeit dafür hatte. Ich hab dieses Paket jeden Tag liegen gesehen und wusste auch, dass es ganz dringend verschickt werden muss. Aber was soll ich sagen, ich habe es einfach nicht geschafft, damit zur Post zu gehen. Irgendwann habe ich es gar nicht mehr wahrgenommen. Als Konsequenz hat man dann Gewand im Wert von 700 Euro zu Hause, das einem nicht mal passt oder gefällt.

STANDARD: Und wie sieht es im Berufsleben aus? Haben Sie dort auch schon negative Erfahrungen gemacht?

Boerger: Beruflich kann diese Verpeiltheit einen ganz schön in die Bredouille bringen. Etwa wenn man die Bewerbungsfrist nicht einhalten konnte und somit nicht zum Bewerbungsgespräch eingeladen wird. Oder man nicht bezahlt wird, weil der Text, den man schreiben sollte, zu spät abgegeben wurde. Abgesehen vom finanziellen Verlust, der vielleicht sogar dazu führt, dass man die nächste Miete nicht bezahlen kann, macht das auch etwas mit dem Selbstwertgefühl. Ich hatte oft das Gefühl, dass ich schon wieder gescheitert und einfach zu dumm bin. Die anderen schaffen es ja auch,

diese Deadlines einzuhalten. Ich habe dann im Laufe der Jahre gelernt, wie auch ich diese Deadlines einhalten kann. Das funktioniert allerdings nur, wenn man häufig über die eigenen Grenzen geht. Es kam nicht nur einmal vor, dass ich die ganze Nacht gesessen bin, um diesen einen Text doch noch rechtzeitig abgeben zu können, weil ich es die Wochen zuvor, die ich dafür Zeit gehabt hätte, einfach nicht geschafft habe. Das Problem dabei ist, dass dieses über Grenzen gehen jedes Mal enorm viel Energie kostet, die man nicht zurückbekommt. Nicht selten kommt es dann nach ein paar Jahren zum großen Knall. Viele landen dann etwa im Burnout oder bekommen Depressionen, ohne die eigentliche Diagnose, nämlich ADHS, zu kennen.

STANDARD: Sie hatten zu Beginn ja nur die Vermutung, dass es ADHS sein könnte. Wie haben Sie die Diagnose bekommen?

Boerger: Ich war bereits in einer Verhaltenstherapie, weil ich das Gefühl hatte, ich kann mit Stress nicht gut umgehen. Ich hatte Angst, dass ich in einem Burnout lande, wenn ich so weitermache wie bisher. Ich wollte lernen, mich zusammenzureißen und Struktur in mein Leben zu bringen. Zumindest dachte ich, dass ich das machen muss. Meiner Therapeutin erzählte ich dann von meinem Verdacht und sie antwortete nur, dass sie von ADHS im Erwachsenenalter zwar bereits gehört hätte, aber selbst nach 22 Jahren Berufserfahrung noch nie diese Diagnose gestellt hat und sich erst erkundigen müsse. Mir war in diesem Moment klar, dass sie nicht die richtige Therapeutin für mich sein kann. Also wandte ich mich an meine Hausärztin, die mir einige Kontakte gab. Doch überall, wo ich anrief, war entweder Aufnahmestopp, oder ich bin gar nicht erst durchgekommen. Der erste Termin, der mir angeboten wurde, war 18 Monate später. Aber als dann tatsächlich ADHS diagnostiziert wurde, hatte ich Tränen in den Augen. Nicht weil ich traurig war, ich war einfach so froh, nun endlich zu wissen, dass mein Gehirn einfach anders funktioniert und es nicht an mir liegt, dass ich einige Sachen nicht so hinbekomme wie andere Menschen.

STANDARD: Wie gehen Sie mit der Diagnose um?

Boerger: Ich will anderen Menschen davon erzählen und ihnen eine Plattform geben, um sich darüber auszutauschen. Selbst wenn es ginge, würde ich aber mein ADHS nicht mehr hergeben wollen. Denn neben den ganzen Anstrengungen, die ADHS mit sich bringt, gibt es auch viele positive Dinge. Wie ich auf die Welt blicke etwa, ist für mich einfach etwas ganz Besonderes. Ich nehme alles ganz intensiv wahr. Das kann anstrengend sein, das kann aber auch wundervoll sein. Weil man sich leicht mitreißen lässt und weil man alles spürt und ich mich auch an den kleinsten Dingen erfreuen kann. Natürlich sind dazu auch andere Menschen in der Lage, aber vielleicht nicht in dieser Intensität. Außerdem liebe ich es, dass ich mich immer wieder umentscheide, dass ich immer wieder alles über dem Haufen werfen kann und mich verändere. Es ist ständig viel los in meinem Kopf. Wie bei der Kirmes dreht sich immer alles weiter. Das ist es auch, was mich antreibt und was mich glücklich macht. (Jasmin Altrock, 15.3.2023)“

10.3. Videos mit Erfahrungsberichten

[ADHS - So krass ist es wirklich!](#)

10.4. ADHS-Symptome im Entwicklungsverlauf

Die Symptome einer ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) verändern sich im Verlauf des Lebens. Es gibt Unterschiede zwischen den Symptomen im Kindesalter und im Erwachsenenalter (siehe Tabelle [10.1](#)).

Tabelle 10.1.: Unterschiedliche Symptome bei Kinder und Erwachsenen mit einer ADHS

Symptom	ADHS im Kindesalter	ADHS im Erwachsenenalter
Hyperaktivität	Ausgeprägte körperliche Unruhe, Schwierigkeiten, still zu sitzen	Innere Unruhe, Schwierigkeiten, innerlich zur Ruhe zu kommen
Aufmerksamkeitsprobleme	Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, leichte Ablenkbarkeit	Schwierigkeiten bei der Aufmerksamkeitssteuerung, Organisation von Aufgaben
Impulsivität	Deutliche Impulsivität, Entscheidungen ohne Überlegung	Subtilere Impulsivität, Schwierigkeiten beim Warten, Neigung zu riskantem Verhalten
Schwierigkeiten in der Schule	Probleme mit schulischer Leistung, Unruhe im Klassenzimmer	Berufliche Herausforderungen, Organisationsschwierigkeiten
Soziale Schwierigkeiten	Probleme beim Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen	Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, Impulsivität in sozialen Situationen
Innere Unruhe	-	Ausgeprägte innere Unruhe, Schwierigkeiten beim Entspannen
Organisationsprobleme	-	Schwierigkeiten bei der Organisation und Strukturierung des Alltags
Berufliche Herausforderungen	-	Schwierigkeiten im beruflichen Umfeld, geringe Frustrationstoleranz

11. ADHS: Diagnostik

11.1. Einleitung

In diesem Kapitel wird das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; engl. ADHD) erläutert. Die Diagnose basiert auf der Integration verschiedener Informationsquellen und diagnostischen Methoden (multimodale Diagnostik). Neben der Beurteilung durch Eltern, Lehrer und Erzieher sowie der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist die Verwendung von standardisierten Fragebögen, klinischen Interviews und evtl. computergestützten Tests sehr zu empfehlen.

Die Diagnosestellung erfolgt genauso wie bei allen anderen psychischen Störungen anhand klinischer Kriterien. Es existieren bislang kein Biomarker mit ausreichender Sensitivität und Spezifität, um damit individuell die Diagnose ADHS zu stellen. [Darum kann ADHS nicht mit einem Biomarker diagnostiziert oder die Therapie damit ausgewählt werden.](#) ADHS ist und bleibt eine klinische Diagnose.

Multimodale Diagnostik

Bei der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen wird häufig der Begriff "multimodale Diagnostik" verwendet. Der Begriff bezieht sich auf einen umfassenden Ansatz zur Erfassung und Bewertung verschiedener Aspekte des psychischen Wohlbefindens, Verhaltens und Funktionierens bei Kindern und Jugendlichen. Bei der Diagnostik sollen nicht nur verschiedene Bewertungsinstrumente und Verfahren (z. B. Verhaltensbeobachtung, Rating- und Testverfahren) eingesetzt, sondern auch neben dem Kind/Jugendlichen mehrere andere Informationsquellen (z. B. Eltern, Lehrer) einbezogen werden.

11.2. Anamnese und Exploration

Bei der Anamnese sind folgende Fragen relevant:

- Warum erfolgt die Vorstellung? (Analyse der Symptomatik Ort, Zeitpunkt, Intensität und Häufigkeit, vorausgehende Ereignisse, situative Auslöser, Reaktion der Bezugspersonen, Dauer und Verlauf, was verbessert, was verschlimmert?)
- Wer wollte die Aufnahme und warum? (Wer am meisten, wer am wenigsten?)
- Warum gerade jetzt?
- Wie erklären sich die beteiligten Personen die Probleme?
- Was wurde bisher zur Lösung des Problems schon versucht? Was hat geholfen? Welche Helfersysteme sind involviert?
- Wie war das Verhalten im Kindergarten bzw. im Vorschulalter?
- Wie war die Einschulung und der bisherige Schulverlauf?
- Welche Sozialkontakte gibt es?
- Welche Interessen und Hobbies gibt es? Wie wird die Freizeit gestaltet?
- Gibt es körperliche Erkrankungen?
- Werden Medikamente eingenommen?
- Wie sieht die Beziehung zu Eltern, Geschwistern (Reihe) und Gleichaltrigen aus?

- Wie sieht die familiäre Situation aus? (Wer gehört dazu?, Alter, Tätigkeit, Wohnsituation, Verwandtschaft in der Nähe?, Weitere Personen mit besonderer Bedeutung?)
- Wie sehen die finanziellen Verhältnisse der Familie aus?
- Gibt es besondere Risiken?

Das sind nur einige der möglichen Themen, die in der Anamnese eine Rolle spielen können.

11.3. Psychischer Befund

Der Psychische Befunde wird bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS im Prinzip genauso wie bei anderen Patienten erstellt (AMDP, 2022). Allerdings müssen beim psychischen Befund noch zusätzlich einige kinder- und jugendtypische (entwicklungspsychologische) Merkmale (z.B. geistige Reife) und spezifische Symptome von primär im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Störungen (z. B. Enuresis, oppositionelles Verhalten) berücksichtigt werden.

In Abbildung 11.1 ist eine Ausschnitt aus dem **Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-2)** abgebildet, das speziell für die Erhebung der Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen entwickelt wurde (Döpfner et al., 2022).

13 Andere					0	9					0	9
13.1 Abnorme Bindung an Objekte (beschreibe):	sF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.2 Abnorme Vorlieben/Interessen (beschreibe):	sF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.3 Selbstverletzendes Verhalten (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.4 Suizidgedanken (beschreibe):	Sf	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.5 Suizidale Handlungen (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.6 Alkoholmissbrauch	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.7 Drogenmissbrauch (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.8 Exzessive Mediennutzung	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.9 Körperschemastörung	sF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.10 Geschlechtsdysphorie	Sf	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.11 Sexuelle Störungen (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.12 Sexualisiertes Verhalten (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.13 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.14 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9
13.15 Nicht andernorts beschrieben (beschreibe):	SF	3	2	1	0	9		3	2	1	0	9

Abbildung 11.1.: Auszug aus dem CASCAP-2

Beim Ausfüllen des CASCAP-2 wird die Datenquelle (sF, F, S) und die Herkunft der Daten (während der Exploration, anderer Kontext) auf einer 5-stufigen Likert Skala (3=stark, 2=deutlich, 1=leicht, 0=nicht vorhanden, 9=nicht bekannt) dokumentiert.

11.4. Klassifikatorische Diagnostik

11.4.1. Das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalter

Zur Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen wird im deutschsprachigen Raum das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) verwendet (siehe Abbildung 11.2 und Abbildung 11.3).

Das MAS wurde entwickelt, um bei Kindern und Jugendlichen eine umfassendere und differenziertere Diagnose zu ermöglichen. In Ergänzung des ICD-10 Kap. V sollten nicht nur die klinischen Syndrome, sondern auch Entwicklungsrückstände, Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD, abnorme psychosoziale Umstände und das psychosoziale Funktionsniveau explizit diagnostiziert werden.

Das MAS bietet einen breiteren und umfassenden Blick auf die Problematik von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung.

11.4.2. ICD-10

Symptome der Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD-10:

Unaufmerksamkeit

Mindestens sechs Monate lang mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten,
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrecht zu erhalten,
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird,
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden),
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren,
6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern,
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge,
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt,
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

Hyperaktivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen,

Achse	Titel	Inhalt
1	klinisch- psychiatrisches Syndrom	<p>Diagnosen nach ICD-10:</p> <p>Altersbezogene Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen • F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend • F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung <p>Störung ohne eigenen Altersbezug:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen • F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen • F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen • F30-F39 Affektive Störungen • F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen • F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren • F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
2	umschriebene Entwicklungs- rückstände	<p>Abweichungen vom allgemeinen Entwicklungsniveau des Kindes/Jugendlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • F80 Sprechen und Sprache • F81 schulische Fertigkeiten • F82 motorische Funktionen • F83 kombinierte Entwicklungsstörungen • F88 andere Entwicklungsstörungen • F89 n.n.b. Entwicklungsstörung
3	Intelligenzniveau	<p>psychometrische oder klinische Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sehr hohe/weit überdurchschnittliche Intelligenz IQ > 129 • hohe/überdurchschnittliche Intelligenz IQ 115 – 129 • normale Intelligenz IQ 85 - 115 • Normvariante durchschnittliche Intelligenz IQ 85 – 84 • niedrige/unterdurchschnittliche Intelligenz IQ 70 – 84 <p>F7 Intelligenzminderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F70 leichte Intelligenzminderung/Debilität IQ 50 – 69 • F71 mittelgradige Intelligenzminderung/Imbezillität IQ 35 – 49 • F72 schwere Intelligenzminderung/Ausgeprägte Imbezillität IQ 20 – 34 • F73 schwerste Intelligenzminderung/Idiotie IQ < 20 • .Intelligenzniveau nicht bekannt (Weder durch klinische noch durch psychometrische Einschätzung einschließlich F78 und F79) <p>F78 sonstige Intelligenzminderung F79 nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung</p>
4	Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD-10	Nicht-psychische Krankheiten und Syndrome

Abbildung 11.2.: Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Achse 1-4)

Achse	Titel	Inhalt
5	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	<p>ursächliche oder für den Therapieverlauf relevante psychosoziale Umstände (z.B. Behinderung eines Elternteils):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 keine Probleme • 1 abnorme intrafamiliäre Beziehungen • 2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie • 3 inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (Z62.8) • 4 Abnorme Erziehungsbedingungen • 5 Abnorme unmittelbare Umgebung • 6 Akute, belastende Lebensereignisse • 7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren • 8 Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit (Z55 = Schule, Z56 = Arbeit) • 9 Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes (Z72.8)
6	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus	<p>psychologische, soziale oder schul-berufliche Funktionsfähigkeit, bezogen auf die psychische Störung, Entwicklungsstörung oder intellektuellen Behinderung; Angaben kompetenz- und nicht defizitbezogen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Herausragende / gute soziale Funktionen: Herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehung mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen. 12. Mäßige soziale Funktion: Insgesamt mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen (das Funktionsniveau kann – aber muss nicht – in ein oder zwei Bereichen hervorragend sein). 13. Leichte soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektiv soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie). 14. Mäßige soziale Beeinträchtigung: Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen. 15. Ernsthafte soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich). 16. Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. 17. Funktionsunfähig in den meisten Bereichen: Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen. 18. Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation. 19. Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation. 20. Nicht zutreffend / nicht einschätzbar.

Abbildung 11.3.: Multiachsiges Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Achse 5-6)

2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird,
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl),
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen,
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

Impulsivität

Mindestens sechs Monate lang mindestens eins der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß.

Die Kinder

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist,
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen,
3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein),
4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

Zusätzliche diagnostische Kriterien

1. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.
2. Symptomausprägung: Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z. B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z. B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind meist unzureichend.)
3. Die Symptome (Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität) verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.
4. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-), eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-).

11.4.3. ICD-11

Im ICD-11 wird die übergeordnete ICD-10-Kategorie *Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend* aufgegeben und stattdessen wird die ADHS – ähnlich wie im DSM-5 – einer Kategorie mit der Bezeichnung „Neuronale Entwicklungsstörungen (neurodevelopmental disorders)“ zugeordnet (siehe Tabelle 11.1).

Damit betont auch die ICD-11 die enge Verknüpfung von neuronaler Reifung und der ADHS-Symptomatik. Auch die Bezeichnung des Störungsbildes und die Subklassifikation ändert sich im ICD-11. Die ICD-11 übernimmt auch hier weitgehend die Binnendifferenzierung des DSM-5.

Ansonsten sind die Symptomkriterien der ICD-11 – vergleichbar zu den klinischen Kriterien der ICD-10 – bewusst weniger präzise formuliert als die DSM-5-Kriterien. Die ICD-11 hält auch den Störungsbeginn vage – mit Beginn in der Entwicklungsphase, typischerweise in der frühen bis mittleren Kindheit – und liegt damit nahe am DSM-5, das einen Beginn vor dem Alter von 12 Jahren fordert. Die weiteren Kriterien – Symptombdauer von mindestens 6 Monaten und in einem dem Entwicklungsstand

des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenem Ausmaß, Beeinträchtigungen durch diese Symptome in zwei oder mehr Lebensbereichen und deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen – stimmen mit ICD-10 und DSM-5 überein (Banaschewski et al., 2017).

Die Aufgabe der Hauptkategorie der psychischen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend erleichtert auch den Zugang zu dieser Diagnose für Erwachsene, was insb. vor den Erkenntnissen zum Verlauf der Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter hilfreich ist (Banaschewski et al., 2017).

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nach ICD-11

Tabelle 11.1.: ADHS im ICD-11

Code	Bezeichnung
6A05	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.0	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend unaufmerksamem Erscheinungsbild
6A05.1	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit vorwiegend hyperaktiv-impulsivem Erscheinungsbild
6A05.2	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit gemischten Erscheinungsbild
6A05.Y	Anderweitig bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
6A05.Z	Nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

11.4.4. DSM-5

Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung nach DSM-5:

A. Sechs (ab einem Alter von 17 Jahren: fünf) oder mehr der Folgenden Symptome von **Unaufmerksamkeit** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen:

1. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
2. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
3. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn / sie ansprechen
4. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und bringt Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende
5. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern, verliert häufig Gegenstände, die er / sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Schulmaterialien, Stifte, Bücher, Werkzeug...)
7. lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken
8. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

Sechs (ab einem Alter von 17 Jahren: fünf) oder mehr der folgenden Symptome der **Hyperaktivität und Impulsivität** sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand nicht zu vereinbarenden Ausmaß aufgetreten und wirken sich direkt negativ auf soziale und schulische/berufliche Aktivitäten aus:

1. zappelt häufig mit Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
2. steht oft in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
3. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen und Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
4. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
5. ist häufig „auf dem Sprung“ oder handelt oftmals, als wäre er /sie „getrieben“
6. redet häufig übermäßig viel

Impulsivität

1. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
2. kann häufig nur schwer warten, bis er / sie an der Reihe ist
3. unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

Zusätzliche diagnostische Kriterien:

- B. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität- Impulsivität treten bereits vor dem Alter von zwölf Jahren auf.
- C. Mehrere Symptome der Unaufmerksamkeit oder der Hyperaktivität-Impulsivität bestehen in zwei oder mehr verschiedenen Lebensbereichen (z. B. zu Hause, in der Schule oder bei der Arbeit; mit Freunden oder Verwandten; bei anderen Aktivitäten)
- D. Es sind deutliche Hinweise dafür vorhanden, dass sich die Symptome störend auf die Qualität des sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsniveaus auswirken oder dieses reduzieren.
- E. Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, Persönlichkeitsstörung, Substanzintoxikation oder -entzug)

11.5. Dimensionale Diagnostik

11.5.1. Ratingsverfahren und Fragebögen

Die reliable und valide Erfassung der Symptome von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine ADHS über verschiedene Beurteiler:innen hinweg ist wichtig, um die **situative Pervasivität** festzustellen. Es reicht nicht aus, nur die Eltern nach der Symptomatik zu befragen.

Hierzu können verschiedene Fragebögen und Ratingskalen eingesetzt werden. In Abbildung 11.4, die von Döpfner et al. (2022) stammt, sind die verschiedenen diagnostischen Zugangswege und Messinstrumente aufgeführt.

Eine der ersten und ältesten Ratingskalen war die Connors Rating Skala, die in den 1960er Jahre aus einer Sammlung von informellen Fragen an Eltern von auffälligen Kindern entwickelt wurde. Erst 1970 veröffentlichte Keith Connors seine vorläufige Arbeit über die psychometrischen Eigenschaften der Skala (Connors, 1970). Nach der Veröffentlichung wurde die Skala, die in verschiedenen Versionen

Klinisches Urteil (KU) Verhaltensbeobachtung (VB)	Elternurteil (EU)	Erzieher/Lehrerurteil (LU)	Selbsturteil (SU)
<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologisches Befund-System für Kinder- und Jugendliche (CASCAP-2) • Diagnose-Checkliste zum Screening psychischer Störungen (DCL-SCREEN*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elternfragebogen (VBV-EL) des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV 3-6) • Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R) • Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (FBB-SCREEN*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Erzieherfragebogen (VBV-ER) des Verhaltensbeurteilungsbogens für Vorschulkinder (VBV 3-6) • Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R) • Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (FBB-SCREEN*) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R) • Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (SBB-SCREEN*)

Abbildung 11.4.: ADHS Ratingskalen und Fragebögen für verschiedene Beurteiler

(Eltern, Lehrer) vorliegt, mehrfach erweitert und ergänzt. Die ersten 12 Items der Connors Skala sind in Tabelle 11.2 abgebildet.

Tabelle 11.2.: Items der Connors Skala für Eltern

Item	Fragestellung	Antwortmöglichkeiten
1	Beachtet Details nicht	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
2	Fällt durch Unruhe auf	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
3	Hat Schwierigkeiten, im Unterricht ruhig zu bleiben	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
4	Ist leicht ablenkbar	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
5	Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
6	Vermeidet oder zögert, sich mit Aufgaben zu beschäftigen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
7	Vergisst in der Regel Dinge im täglichen Leben	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
8	Beeilt sich oft in unpassenden Situationen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
9	Redet oft zu viel	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
10	Hat Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich ruhig zu beschäftigen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
11	Ist ständig in Bewegung, kann nicht stillsitzen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft
12	Hat Schwierigkeiten, ruhig zu arbeiten oder Aufgaben zu erledigen	Nie, Manchmal, Oft, Sehr oft

Im deutschen Sprachraum wird häufig der **Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen (FBB-HKS)** benutzt (siehe Abbildung 11.5 und Abbildung 11.6), der Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter ist. Sowohl die Connors Skalen als auch der FBB-HKS liefern vergleichbare Ergebnisse (Erhart et al., 2008).

11.5.2. Computergestützte Tests

Computergestützte Tests können, müssen aber nicht Bestandteil der ADHS-Diagnostik sein. Diese Tests bieten eine standardisierte Methode zur Erfassung von Verhaltensmerkmalen, insb. kognitiven Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit). Nachfolgend sind einige computergestützte Tests aufgeführt:

Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer und Erzieher: FBB-HKS

Name des Kindes / Jugendlichen: <u>Paul</u> Alter: <u>7</u> Datum:												
beurteilt von: <input type="checkbox"/> Vater <input checked="" type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Lehrer(in) <input type="checkbox"/> Erzieher(in) <input type="checkbox"/> Anderem: Name:					Wie zutreffend ist die Beschreibung				Wie problematisch erleben sie das Verhalten			
Kreuzen sie bitte für jede Beschreibung - <u>zuerst</u> die Zahl an, die angibt, <u>wie zutreffend</u> die Beschreibung für das Kind / den (die) Jugendliche(n) ist - und <u>danach</u> die Zahl, die angibt, <u>wie problematisch</u> Sie dieses Verhalten erleben	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
01. Beachtet bei den Schularbeiten, bei anderen Tätigkeiten oder bei der Arbeit häufig Einzelheiten nicht oder macht häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
02. Hat bei Aufgaben oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
03. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie/ihn ansprechen.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
04. Kann häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu Ende bringen.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
05. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
06. Hat eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen sie/er sich länger konzentrieren und anstrengen muss (z.B. Hausaufgaben). Vermeidet diese Aufgaben oder macht sie nur widerwillig.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
07. Verliert häufig Gegenstände, die sie/er für bestimmte Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
08. Lässt sich oft durch seine Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
09. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergisst Schulsachen oder Kleidungsstücke).	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
10. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
11. Steht oft im Unterricht oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
12. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
13. Läuft häufig herum oder klettert permanent, wenn es unpassend ist.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
14. Beschreibt ein häufig auftretendes starkes Gefühl der inneren Unruhe (besonders bei Jugendlichen).	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
15. Zeigt durchgängig eine extreme Unruhe, die durch die Umgebung oder durch Aufforderungen nicht dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
16. Ist häufig „auf Achse“ oder handelt oft, als wäre sie/er angetrieben.	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3
17. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
18. Kann häufig nur schwer warten, bis sie/er an der Reihe ist (z.B. bei Spielen oder in einer Gruppe).	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3
19. Unterbricht oder stört andere häufig (z.B. platzt in die Unterhaltung oder Spiele anderer hinein).	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
20. Redet häufig übermäßig viel.	0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	2	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3	0	1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	3

Abbildung 11.5.: Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen - 1. Seite: Beispiel

Beantworten sie bitte abschließend noch folgende Fragen, wenn zumindest eines der auf der ersten Seite beschriebenen Verhaltensprobleme für das Kind / die (den) Jugendliche(n) zutrifft	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
A1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme sind insgesamt sehr belastend.	0	1	2	3
A2. <u>Bei Schulkindern und berufstätigen Jugendlichen:</u> Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die schulische oder berufliche Leistungsfähigkeit erheblich. <u>Bei Vorschulkindern:</u> Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Fähigkeit des Kindes erheblich, intensiv und ausdauernd zu spielen oder sich selbst zu beschäftigen.	0	1	2	3
A3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen (Eltern, Erziehern, Lehrern) erheblich.	0	1	2	3
A4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehungen zu anderen Kindern bzw. Jugendlichen erheblich.	0	1	2	3
Nur von den Eltern zu beantworten:				
B1. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten in der Familie auf.	0	1	2	3
B2. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten im Kindergarten bzw. in der Schule auf.	0	1	2	3
B3. Die beschriebenen Verhaltensprobleme treten außerhalb der Familie und des Kindergartens bzw. der Schule auf (z.B. in Freizeitgruppen oder wenn das Kind zu Besuch ist).	0	1	2	3
B4. Die beschriebenen Verhaltensprobleme haben vor dem Altern von 7 Jahren begonnen.	0 stimmt nicht 1 stimmt			
B5. Die beschriebenen Verhaltensprobleme bestehen seit mindestens 6 Monaten.	0 stimmt nicht 1 stimmt			
B e m e r k u n g e n :				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Vielen Dank für ihre Mitarbeit </div>				

Abbildung 11.6.: Fremdbeurteilungsbogen für Hyperkinetische Störungen - 2. Seite: Beispiel

- Computergestützte Tests können die Reaktionszeiten auf visuelle oder auditive Reize messen. Ein schneller Wechsel der Aufmerksamkeit oder längere Reaktionszeiten können auf ADHS hinweisen.

3. Kontinuierliche Verhaltensüberwachung:

- Durch die kontinuierliche Überwachung des Verhaltens während der Testdurchführung können subtile Veränderungen oder Auffälligkeiten erkannt werden, die auf ADHS hindeuten könnten.

4. Arbeitsgedächtnistests:

- Diese Tests bewerten die Fähigkeit, Informationen über kurze Zeiträume zu behalten und damit zu arbeiten. Personen mit ADHS können Schwierigkeiten mit dem Arbeitsgedächtnis haben, was sich in diesen Tests zeigen könnte.

5. Inhibitortests:

- Hierbei wird die Fähigkeit zur Impulskontrolle bewertet. Personen mit ADHS neigen dazu, impulsiver zu sein, und dies kann durch Tests gemessen werden, die die Fähigkeit zur Unterdrückung von Impulsen prüfen.

Die Vorteile von computergestützten Tests in der ADHS-Diagnostik liegen in ihrer Objektivität, Standardisierung und der Möglichkeit, große Mengen von Daten effizient zu sammeln und zu analysieren (Lange et al., 2014). Dennoch sollten diese Tests als Teil eines umfassenderen diagnostischen Prozesses betrachtet werden, der klinische Beobachtungen, Interviews und andere Verhaltensbewertungen einschließt.

Diagnose anhand der Ergebnisse von Tests

Wie eingangs dieses Kapitels erwähnt wurde, ist und bleibt die Diagnose einer ADHS eine klinische Diagnose, die bei jedem einzelnen Patienten individuell anhand klinischer Kriterien (Verhaltensproblemen) gestellt wird.

11.6. ADHS bei Erwachsenen

Im ICD-10 Kap. V gibt es keine spezifische Diagnose für Erwachsene mit einer ADHS, obwohl wir zwischenzeitlich aufgrund epidemiologischer Studien wissen, dass die Symptomatik bei einem Teil der Patienten im Erwachsenenalter fortbesteht und die Betroffenen erheblich psychosoziale Probleme haben (Biederman et al., 2012; Cherkasova et al., 2022). Die Symptomatik verschwindet nicht automatisch im Verlauf der Entwicklung.

Anamnese

Folgende Fragen können bei der Durchführung der Anamnese hilfreich sein:

- Haben Sie Familienangehörige mit ADHS?
- Welche Probleme gab es in der Schule?
- Wie unterschied sich ihr Schulalltag, das Studium oder der Beruf von anderen?
- Wie erledigen Sie wichtige Angelegenheiten?
- Wie organisieren Sie Ihr Leben?
- Wie würden Sie Ihre Fähigkeit einschätzen, Beziehungen aufrecht zu erhalten?
- Welche Tätigkeiten oder Jobs hatten Sie bislang?
- Welche Unfälle oder Verletzungen hatten Sie bislang?

- Rauchen Sie? Trinken Sie Alkohol?
- Welche Mittel verwenden Sie, um zur Ruhe zu kommen?
- Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung?

Wender und Kollegen haben eine Liste von Kriterien für die Diagnostik einer ADHS im Erwachsenenalter (siehe Tabelle 11.3) publiziert, die als "Utah Criteria" allgemein anerkannt sind (siehe Wender et al., 2001).

Tabelle 11.3.: Utah-Kriterien für die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter

Symptombereich	Beschreibung
A. Motorische Hyperaktivität	Zeigt sich in Unruhe, Unfähigkeit sich zu entspannen; "Nervosität" (d. h. Unfähigkeit zur (d. h. Unfähigkeit, zur Ruhe zu kommen, keine Erwartungsangst); Unfähigkeit, bei sitzenden Tätigkeiten zu verharren (z. B. Filme oder Fernsehen ansehen, Zeitung lesen); immer auf dem Sprung, dysphorisch wenn sie inaktiv sind.
B. Aufmerksamkeitsdefizite	Manifestiert durch die Unfähigkeit, sich auf Gespräche zu konzentrieren; durch Ablenkbarkeit (Unfähigkeit, Fremdreize herauszufiltern); Schwierigkeiten, sich auf das Lesen von oder Aufgaben zu konzentrieren ("die Gedanken sind häufig woanders"); häufige "Vergesslichkeit"; durch häufiges Verlieren oder Verlegen von Dingen; Vergessen von Terminen, Plänen, Autoschlüsseln, Geldbörse usw.
C. Affektive Labilität	Wird in der Regel vor der Pubertät beschrieben, in manchen Fällen so weit zurück, wie der Patient sich erinnern kann. Manifestiert sich durch eindeutige Wechsel von einer normalen Stimmung zu Depression oder leichter Euphorie oder - häufiger - Aufregung; Depression wird beschrieben als "niedergeschlagen", "gelangweilt" oder "unzufrieden"; Anhedonie ist nicht vorhanden; Stimmungsschwankungen dauern normalerweise Stunden bis höchstens ein paar Tage ohne signifikante physiologische Begleiterscheinungen; Stimmungsschwankungen können spontan auftreten oder reaktiv sein.
D. Hitziges Temperament, explosive kurzzeitige Ausbrüche	Hitziges Temperament, "kurze Zündschnur", "niedriger Siedepunkt"; auf einen Ausbruch folgt in der Regel eine schnelle Beruhigung. Die Betroffenen berichten, dass sie vorübergehend die Kontrolle verlieren und sich vor ihrem eigenen Verhalten erschrecken; sie beschreiben sich als leicht provozierbar oder ständig reizbar; Temperamentsprobleme beeinträchtigen persönliche Beziehungen.
E. Emotionale Überreaktivität	Die Betroffenen können gewöhnliche Belastungen nicht bewältigen und reagieren übermäßig oder unangemessen mit Depression, Verwirrung, Unsicherheit, Angst oder Wut; emotionale Reaktionen stören die angemessene Problemlösung - sie erleben wiederholt Krisen im Umgang mit mit routinemäßigen Lebensbelastungen; beschreiben sich selbst als leicht "belästigt" oder "gestresst".
F. Desorganisation, Unfähigkeit, Aufgaben zu erledigen	Mangelnde Organisation bei der Ausübung des Berufs, der Haushaltsführung oder der Erledigung von Schularbeiten Schularbeiten; Aufgaben werden häufig nicht erledigt; die Person geht von einer Aufgabe zur nächsten; Desorganisation bei Aktivitäten, Problemlösung, Zeiteinteilung Zeiteinteilung; Mangel an "Durchhaltevermögen".

Symptombereich	Beschreibung
G. Impulsivität	Geringfügige Manifestationen sind z. B. Reden, bevor man etwas durchdacht hat; Unterbrechung von Gesprächen anderer; Ungeduld (z. B. beim Autofahren); Impulskäufe. Größere Manifestationen können denen ähneln, die bei Manie und antisozialer Persönlichkeitsstörung auftreten. Persönlichkeitsstörung und umfassen schlechte Leistungen im Beruf, abrupte Anbahnung oder Beendigung von Beziehungen (z. B. mehrere Ehen, Trennungen, Scheidungen); übermäßige übermäßige Beteiligung an vergnüglichen Aktivitäten, ohne die Risiken schmerzhafter Konsequenzen zu erkennen (z. B. Kaufrausch, unsinnige Geschäftsinvestitionen, rücksichtsloses Fahren); Unfähigkeit Handlungen aufzuschieben, ohne Unbehagen zu empfinden. Probanden treffen Entscheidungen schnell und einfach ohne Nachdenken, oft auf der Grundlage unzureichender Informationen, zum eigenen Nachteil.
H. Assoziierte Merkmale	Instabile Ehe; schulischer und beruflicher Erfolg, der hinter den Erwartungen aufgrund von Intelligenz und Bildung zurückbleibt; Alkohol- oder Drogenmissbrauch; atypisches Ansprechen auf psychoaktive Medikamente; familiäre Vorgeschichte von ADHS in der Kindheit; antisoziale Persönlichkeitsstörung und Briquet-Syndrom.

Ein zwingender Schritt bei der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter ist der Nachweis des Vorliegens der ADHS-Symptomatik im Kindesalter (≤ 12 Lj., DSM-5).

Eine retrospektive Befunderhebung ist allerdings nicht einfach, insb. wenn keine belastbaren Dokumente aus dem Kindes- und Jugendalter vorliegen (siehe Abbildung 11.7) und sich die Patienten auch nicht mehr gut an die Kindheit erinnern können. Hinzu kommt, dass Erinnerungen verzerrt (z. B. übertrieben) sein können.

Abbildung 11.7 stammt aus dem Artikel von Heine & Exner (2021) und verdeutlicht, welche Bestandteile eine retrospektive Befunderhebung haben kann.

Mit der Kurzsкала der Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) kann versucht werden, den Schweregrad der ADHS-Symptomatik in der Kindheit eines Erwachsenen systematisch einzuschätzen (siehe Abbildung 11.8).

Die deutsche Bearbeitung der Wender-Utah-Rating-Skala stammt von Retz-Junginger et al. (2002).

Fremdanamnese

In der Fachliteratur wird ganz oft die Durchführung von Fremdanamnesen empfohlen. Allerdings ist das in der klinischen Praxis kaum oder nur schwer durchführbar, weil die relevanten Personen nicht mehr verfügbar sind oder die Patienten andere Personen nicht einbeziehen möchten.

Die WURS-k ist Bestandteil der [Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene \(HASE\)](#). Einzelne Bausteine der HASE können zum Screening oder der Schweregradbeurteilung bzw. zur Diagnostik der Subtypen nach DSM-IV eingesetzt werden. Die HASE besteht aus vier Einzelverfahren:

1. Wender Utah Rating Scale – dt. Kurzform (WURS-k): dient der retrospektiven Diagnostik von ADHS-Symptomen in der Kindheit.
2. ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB): beinhaltet die 18 diagn. Kriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion (siehe Abbildung 11.9).
3. ADHS-Diagnostische Checkliste (ADHS-DC): ist eine Fremdbeurteilungsskala für Experten auf der Basis der 18 diagn. Kriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion.

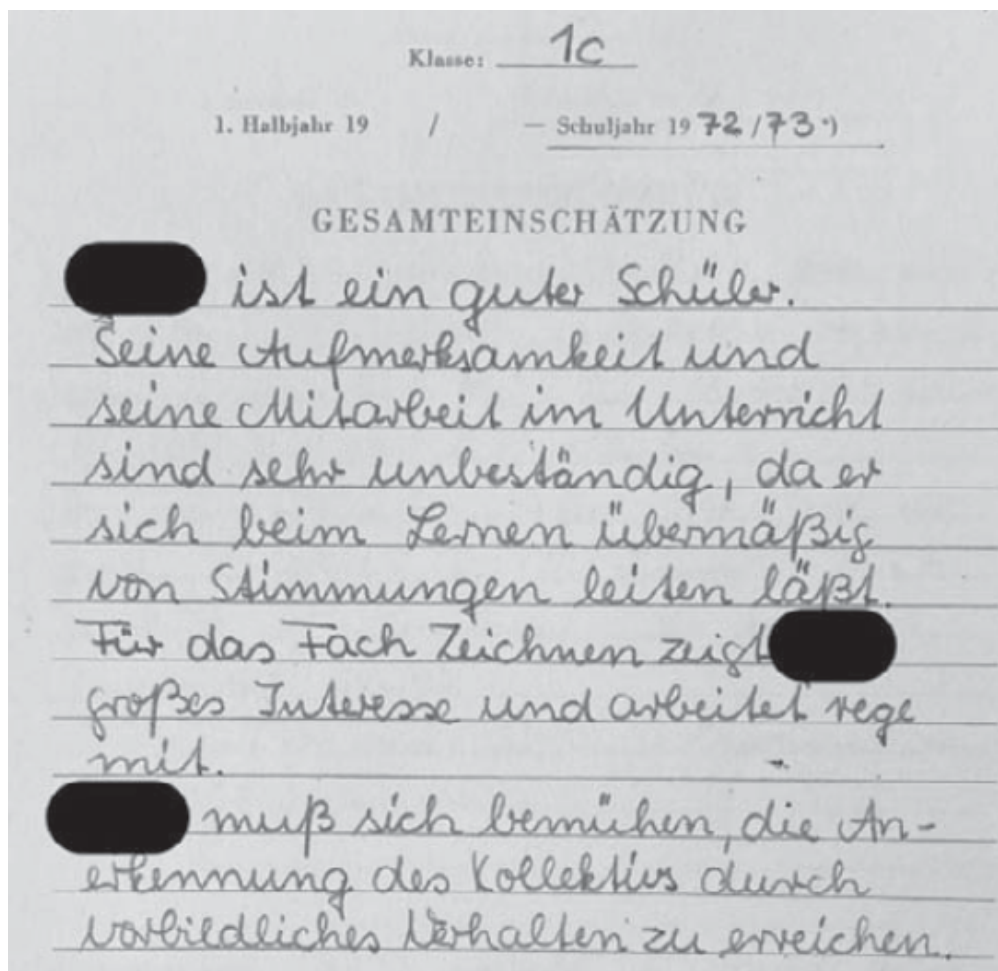


Abbildung 11.7.: Beispiel einer retrospektiven Befunderhebung in Form von Schulzeugnissen

	①	②	③	④
1. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	①	②	③	④
2. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich zappelig und nervös.	①	②	③	④
3. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	①	②	③	④
4. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	①	②	③	④
5. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	①	②	③	④
6. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	①	②	③	④
7. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	①	②	③	④
8. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	①	②	③	④
9. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	①	②	③	④
10. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	①	②	③	④
11. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	①	②	③	④
12. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	①	②	③	④
13. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich oft ärgerlich oder verärgert.	①	②	③	④
14. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verfügte ich über eine gute motorische Koordinationsfähigkeit und wurde immer zuerst als Mitspieler ausgesucht.	①	②	③	④
15. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich eine Tendenz zur Unreife.	①	②	③	④
16. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verlor ich oft die Selbstkontrolle.	①	②	③	④
17. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich die Tendenz, unvernünftig zu sein oder unvernünftig zu handeln.	①	②	③	④
18. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Probleme mit anderen Kindern und keine langen Freundschaften.	①	②	③	④
19. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Angst die	①	②	③	④

Trifft nicht zu
gering ausgeprägt
mäßig ausgeprägt
deutlich ausgeprägt
stark ausgeprägt

Abbildung 11.8.: Ausschnitt aus der Kurzversion der Wender-Utah-Rating-Skala

4. Wender-Reimherr-Interview (WRI): ist ein strukturiertes Interview mit 28 psychopathologischen Merkmalen, die sich im Bereich der Diagnostik der ADHS des Erwachsenenalters als wichtig herausgestellt haben.

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6. Ich gehe Aufgaben, die geistige Anstrengung erforderlich machen, am liebsten aus dem Weg. Ich mag solche Arbeiten nicht oder sträube mich innerlich dagegen. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 7. Ich verlege wichtige Gegenstände (z. B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeuge). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. Ich vergesse Verabredungen, Termine oder telefonische Rückrufe. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. Ich bin zappelig. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. Es fällt mir schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z. B. im Kino, Theater). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. Ich fühle mich unruhig. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. Ich kann mich schlecht leise beschäftigen. Wenn ich etwas mache, geht es laut zu. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. Ich bin ständig auf Achse und fühle mich wie von einem Motor angetrieben. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 15. Mir fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin (z. B. beim Einkaufen). | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 17. Ich unterbreche und störe andere, wenn sie etwas tun. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 18. Ich rede viel, auch wenn mir keiner zuhören will. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Abbildung 11.9.: Ausschnitt aus der ADHS-Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB)

Verwendung von neuropsychologischen Tests bei der ADHS-Diagnostik bei Erwachsenen

Da sich die ADHS-Symptomatik bei Erwachsenen von Kindern und Jugendlichen unterscheidet und insg. schwerer zu fassen ist, wird in der Fachliteratur auch die Verwendung von (neuropsychologischen) Tests empfohlen, um Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sowie ggfs. Gedächtnisleistungen zu überprüfen (Davidson, 2007). Trotz solcher Empfehlungen gilt es zu beachten, dass die (neuropsychologischen) Tests, die meistens computergestützt durchgeführt werden, nur ergänzende Hinweise liefern. Eine ADHS-Diagnose basiert nach wie vor auf klinischen Merkmalen, wie sie im ICD oder DSM festgelegt sind.

11.7. Verständnisfragen

1. Nennen Sie je zwei Symptome, die typische für Kinder mit einer ADHS und für Erwachsene mit einer ADHS sind.
2. Welche frühen Entwicklungsauffälligkeiten (z. B. im Kleinkind- oder Schulalter) könnten auf eine ADHS hinweisen, und wie lassen sich diese im Gespräch erfassen?

3. Welche Rolle spielen familiäre Vorbelastungen (z. B. ADHS bei Eltern oder Geschwistern) bei der Anamnese, und wie können diese systematisch erfragt werden?
4. Erläutern Sie den Begriff "multimodale Diagnostik". Worauf bezieht sich das Adjektiv "multimodal"?
5. Nennen Sie vier wichtige Aspekte, die es in der Anamnese zu erheben gilt.
6. Wozu wird das CASCAP-2 verwendet?
7. Nennen und beschreiben Sie zwei Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS).
8. Welche Rolle spielen Eltern, Lehrer und andere Bezugspersonen bei der Diagnosestellung einer ADHS, und wie können ihre Beobachtungen am besten in den diagnostischen Prozess integriert werden?
9. Warum wird bei der Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen das MAS eingesetzt?
10. Nennen Sie die drei Kernsymptome bei der Diagnostik einer ADHS.
11. Welche Unterformen der ADHS werden im ICD-11 und im DSM-5 unterschieden?
12. Nennen Sie je zwei Verhaltensweisen, anhand derer im Alltag auf das Vorliegen von Problemen bei der Aufmerksamkeit, Aktivität und Impulsivität geschlossen wird.
13. Wie können komorbide Störungen (z. B. Angststörungen, Lernschwierigkeiten) die Diagnose einer ADHS erschweren, und wie geht man damit um?
14. Wie kann man sicherstellen, dass die Diagnose einer ADHS nicht vorschnell gestellt wird, sondern auf einer umfassenden und differenzierten Untersuchung beruht?
15. Welche diagnostischen Instrumente oder Testverfahren (z. B. Fragebögen, klinische Interviews) sind am zuverlässigsten, um eine ADHS im Kindes- und Jugendalter zu identifizieren?
16. Wie unterscheidet man zwischen altersgemäßer Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität und klinisch relevanten ADHS-Symptomen?
17. Welches Zeitkriterium gilt bei der Diagnostik einer ADHS?
18. Nennen Sie einen Fragebogen (Ratingskala) zur Erfassung der ADHS-Symptomatik.
19. Welche Rolle spielen computergestützte Tests bei der Diagnostik einer ADHS?
20. Beschreiben Sie das diagnostische Vorgehen bei der Diagnostik von Erwachsenen mit Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS.
21. Was versteht man unter Pervasivität?
22. Welche spezifischen Symptome oder Verhaltensweisen bei Erwachsenen sind besonders aussagekräftig, um eine ADHS zu diagnostizieren, und wie unterscheiden sie sich von denen im Kindesalter?
23. Wie kann man bei Erwachsenen zwischen ADHS-Symptomen und anderen psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Burnout differenzieren?
24. Welche Rolle spielt die retrospektive Betrachtung der Kindheit (z. B. Schulleistungen, Verhaltensauffälligkeiten) bei der Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter?
25. Wie können Selbstberichte und Fremdbeurteilungen (z. B. durch Partner oder Familienangehörige) in die Diagnostik einer ADHS bei Erwachsenen integriert werden?
26. Welche diagnostischen Instrumente oder Testverfahren eignen sich besonders gut, um eine ADHS bei Erwachsenen zu identifizieren, und wie zuverlässig sind diese?

12. ADHS: Ätiologie

12.1. Einleitung

“Die Pathophysiologie der ADHS ist komplex und umfasst vermutlich eine „ätiopathogenetische Kaskade“, bei der unterschiedliche Pathomechanismen miteinander verzahnt sind und ineinander greifen.“ (Sobanski et al., 2015).

Folgende Anforderungen müssen an ein gutes ätiologisches Modell gestellt werden:

- Es muss die unterschiedliche (paradoxe) Wirkung der Medikation erklären.
- Es muss erklären, warum es verschiedene Subtypen der Störung gibt.
- Es muss erklären, warum bestimmte psychische Störungen gehäuft komorbid auftreten.
- Es muss die hohen genetischen Konkordanz bei der Störung erklären.
- Es muss die Veränderungen der Symptomatik über die Zeit (inkl. Remission) erklären.
- Es muss erklären, in wie psychosoziale Faktoren einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung haben.
- Es muss erklären, welche Rolle Risikofaktoren spielen.

12.2. Neurobiologische Aspekte

Neurobiologische ätiologische Modelle der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zielen darauf ab, die zugrunde liegenden biologischen Faktoren zu verstehen, die zur Entwicklung und Manifestation dieser neurologischen Entwicklungsstörung beitragen. Es wurden verschiedene neurobiologische Modelle vorgeschlagen, die das komplexe Zusammenspiel zwischen genetischen, neurochemischen und strukturellen Aspekten beschreiben. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte dieser Modelle charakterisiert:

1. Genetische Faktoren

- **Erblichkeit:** Die Forschung weist auf eine starke genetische Komponente bei ADHS hin. Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien deuten auf eine geschätzte Erblichkeit von etwa 70-80 % hin.
- **Polygene Natur:** ADHS gilt als polygen, d. h. es sind mehrere Gene mit geringen individuellen Auswirkungen beteiligt. Gene, die mit Neurotransmittersystemen wie Dopamin und Noradrenalin in Verbindung stehen, scheinen eine besondere Rolle zu spielen.

2. Neurotransmitter-Dysregulation

- **Dopamin und Noradrenalin:** Die Dysregulierung der Neurotransmittersysteme Dopamin und Noradrenalin ist ein zentraler psychopathologischer Prozess. Diese Systeme sind entscheidend für Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und exekutive Funktionen. Genetische Variationen in Dopaminrezeptorgenen (z. B. DRD4, DRD5) werden häufig im Zusammenhang mit ADHS untersucht.

3. Strukturelle und funktionelle Gehirnanomalien

- **Frontale Kortexdysfunktion:** Der präfrontale Kortex, eine Region, die für exekutive Funktionen zuständig ist, scheint betroffen zu sein. Es gibt Hinweise auf strukturelle Anomalien und verminderte Aktivität in diesem Hirnareal.
- **Striatale Dysfunktion:** Das Striatum, das an der Belohnungsverarbeitung und der motorischen Kontrolle beteiligt ist, weist bei Personen mit ADHS eine veränderte Funktion auf.

4. Neuroentwicklungsbedingte Faktoren

- **Pränatale und perinatale Faktoren:** Pränatale und perinatale Risikofaktoren wie Rauchen der Mutter, Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht wurden mit einem erhöhten ADHS-Risiko in Verbindung gebracht.

5. Neurokognitive Beeinträchtigungen

- **Exekutive Dysfunktion:** ADHS ist häufig durch Defizite bei den exekutiven Funktionen gekennzeichnet, einschließlich Problemen mit dem Arbeitsgedächtnis, der Hemmung und der kognitiven Flexibilität.

6. Dysregulation des Belohnungssystems

- **Belohnungsmangelhypothese:** Einige Modelle gehen von einer Belohnungsmangelhypothese aus, die besagt, dass Personen mit ADHS stimulierende Aktivitäten suchen, um ein unteraktives Belohnungssystem zu kompensieren.

7. Neuroinflammation und Beteiligung des Immunsystems

- **Entzündungsprozesse:** Neue Forschungsarbeiten untersuchen die Rolle der Neuroinflammation und der Dysregulation des Immunsystems bei ADHS.

Es ist wichtig zu beachten, dass sich aufgeführten Modelle und Faktoren nicht gegenseitig ausschließen, und die Interaktion zwischen genetischen und umweltbedingten Faktoren trägt wahrscheinlich zu der bei ADHS beobachteten Heterogenität bei (siehe Abbildung 12.1).

Umwelt bzw. psychosoziale Faktoren kommen bei dem abgebildeten Modell in den Faktor E (environmental factors) und A x E (gene–environment interactions) zum Tragen.

@kieling2008

Endophänotypen

Endophänotypen sind vererbare Merkmale, die sich aus Labormessungen wie elektroenzephalographischen Anomalien, neurokognitiven Leistungsdefiziten und gestörter Erkennung von Gesichtsemissionen ableiten lassen. Sie treten sowohl bei Patienten als auch bei ihren nicht betroffenen Verwandten auf (siehe Iacono, 2018).

12.3. Psycho-soziale Aspekte

Trotz der starken neurobiologischen Faktoren, die in der Pathophysiologie der ADHS eine Rolle spielen, dürfen psychosoziale Faktoren nicht übersehen werden. In Abbildung 12.2 ist vereinfacht ein ätiologisches Modell dargestellt, bei dem auch neurokognitiven Störungen der Patienten und die mit der ADHS-Symptomatik einhergehenden negativen Konsequenzen berücksichtigt werden. Die Abbildung eignet sich auch gut für die Psychoedukation der Bezugspersonen.

Wüstner et al. (2019)

In Abbildung 12.3 sind die am häufigsten untersuchten Umweltfaktoren bei ADHS zusammengestellt (Thapar et al., 2012).

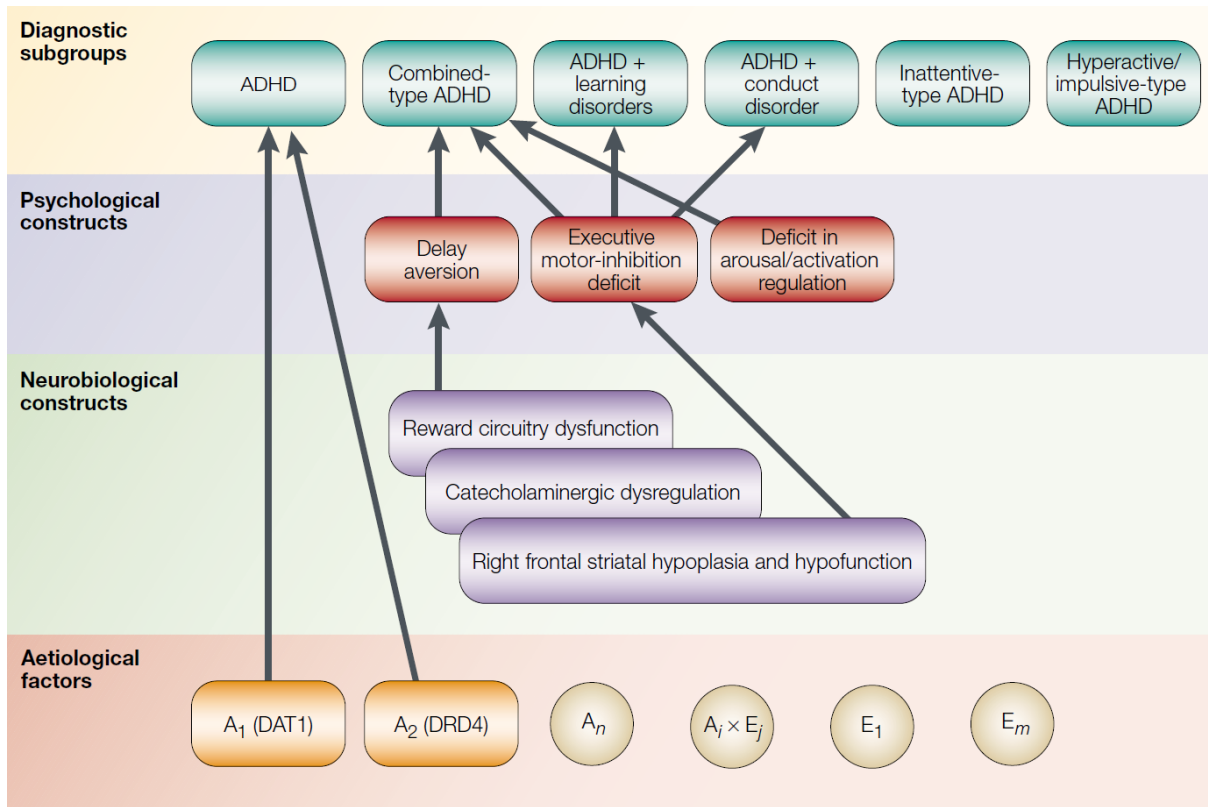


Abbildung 12.1.: Neurobiologisches ätiologisches Modell der ADHS

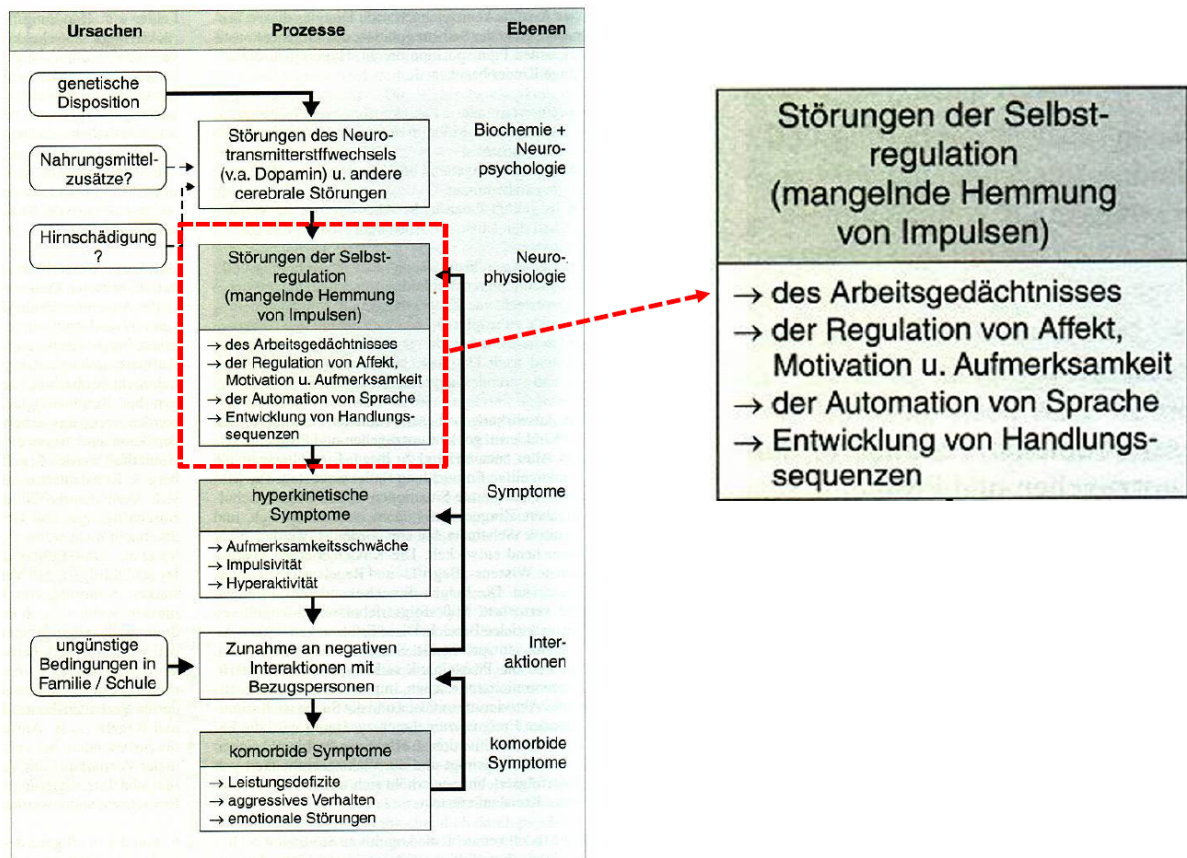


Abbildung 12.2.: Vereinfachtes ätiologisches Modell der ADHS

Pre- and perinatal factors	Environmental toxins	Dietary factors	Psychosocial adversity
Maternal smoking, alcohol and substance misuse <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Organophosphate pesticides <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Nutritional deficiencies eg zinc, magnesium, polyunsaturated fatty acids <i>Correlate not yet proven risk factor</i>	Family adversity & low income <i>Correlate not yet proven risk factor</i>
Maternal stress <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Polychlorinated biphenyls <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Nutritional surpluses eg sugar, artificial food colourings <i>Correlate not yet proven risk factor</i>	Conflict/parent-child hostility <i>Correlate not yet proven risk factor</i>
Low birth weight and prematurity <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Lead <i>Risk but not proven causal risk factor</i>	Low/high IgG foods <i>Correlate not yet proven risk factor</i>	Severe early deprivation <i>Risk, likely causal risk factor</i>

Abbildung 12.3.: Übersicht die am häufigsten untersuchten Umweltfaktoren bei ADHS

13. ADHS: Therapie

14. Einleitung

In den Leitlinien und den Lehrbüchern wird zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS ein multimodales Vorgehen empfohlen (z. B. [S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen](#)).

Der Begriff “**multimodal**” bezieht sich dabei auf die an der Therapie beteiligten Personen, aber auch auf die Anzahl und Arten von Interventionen (Döpfner, 2020).

Bei den Personen sind es die Eltern, Lehrer, Erzieher und evtl. andere Bezugspersonen (z. B. Großeltern), die einbezogen werden sollten. Bei der Behandlung stehen die Psychoedukation, medikamentöse Behandlung und Psychotherapie (insb. verhaltenstherapeutische Interventionen) im Fokus.

In Abbildung [14.1](#) ist ein Entscheidungsbaum für die Therapieplanung abgebildet (siehe Döpfner, 2009).

Die Abbildung [14.1](#) stammt aus dem Lehrbuchkapitel von Döpfner (2009).

14.1. Psychopharmakotherapie

Es gibt eine Vielzahl an Belegen für die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung (insb. für die Behandlung mit Stimulanzien) zur kurzfristigen Symptomreduktion.

Es gibt jedoch nur begrenzte Belege für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie bei der Abschwächung negativer Lebensverläufe wie Bildungsniveau, Beschäftigung, Drogenmissbrauch, Verletzungen, Selbstmorde, Kriminalität und komorbide psychische und somatische Erkrankungen (Chaulagain et al., 2023).

Die Pharmakotherapie wird mit Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, vermindertem Appetit und erhöhtem Blutdruck in Verbindung gebracht, aber über mögliche unerwünschte Wirkungen bei Langzeitanwendung ist weniger bekannt.

Weitere Informationen zur medikamentösen Therapie finden Sie in den Vorlesungsfolien.

14.2. Psychotherapie

14.2.1. Kinder und Jugendlichen

Die Belege für die Wirksamkeit nicht-pharmakologischer Behandlungen sind uneinheitlich und die methodische Qualität der publizierten Studien ist insgesamt nicht besonders gut (Fabiano et al., 2009). Allgemein lässt sich sagen, dass psychosoziale Interventionen hinsichtlich der kurzfristigen Symptomreduktion nicht so effektiv sind wie die Psychopharmakotherapie mit Stimulantien.

Dennoch werden in den Leitlinien psychosoziale Interventionen (insb. verhaltenstherapeutische Interventionen wie Token-Programme, Elterntrainings etc.) empfohlen, da nicht alle Eltern eine medikamentöse Behandlung wünschen, nicht alle Patienten eine positive Medikamentenwirkung zeigen,

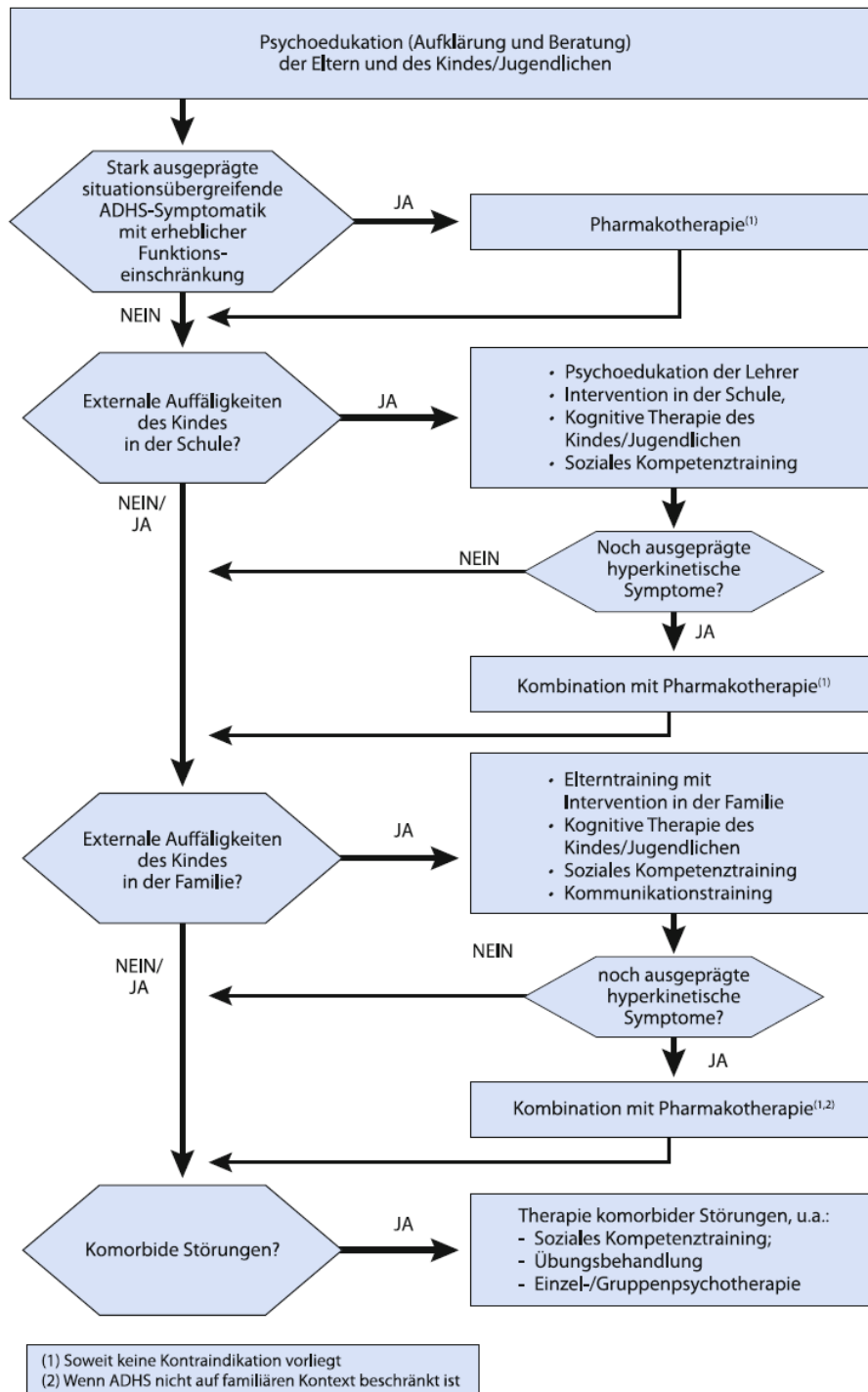


Abbildung 14.1.: Entscheidungsbaum zur Planung einer Behandlung von Schulkindern

unerwünschte Nebenwirkungen auftreten können und es bei der Behandlung nicht nur um eine kurzfristige Symptomreduktion geht, sondern auch um den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit der Störung in Familie und Schule. Allerdings ist auch bzgl. der psychosozialen Interventionen nicht klar, ob und wie gut diese negative Lebensverläufe verhindern können.

Besonderheiten bei der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Kinder ...

- sind eher orientiert am Hier und Jetzt,
- haben ein hohes Entwicklungstempo,
- haben noch flexible Glaubenssysteme und Selbstkonzepte,
- haben zunehmend mehr, aber insgesamt noch wenig Erfahrung und
- weisen eine große Abhängigkeit von Umweltbedingungen auf.

Kinder ...

- haben Schwierigkeiten über sich zu sprechen,
- können psychische Vorgänge noch nicht richtig verstehen,
- können eigene psychische Zustände und die anderer Menschen noch nicht gut verstehen und
- können sich selbst von außen und innen noch nicht differenziert betrachten.

14.2.1.1. Elternt raining

Das Elternt raining, das nicht nur von Therapeuten, sondern auch von Krankenkassen angeboten wird (z. B. [ADHS-Elternt rainer der AOK](#)) zielt darauf ab, Eltern mit den notwendigen Fähigkeiten und Strategien auszustatten, um den Umgang mit den spezifischen Herausforderungen, die mit der Erziehung eines Kindes mit ADHS einhergehen, zu erleichtern (siehe z. B. Barkley, 2021). Hier sind einige Aspekte des Elternt rainings bei ADHS:

1. Psychoedukation

- Elternt raining beginnt oft mit einer Psychoedukation, bei der Eltern Informationen über ADHS erhalten. Dies umfasst die Symptome, mögliche Ursachen, und die neurobiologischen Grundlagen der Störung (siehe z. B. den Ratgeber ADHS von Döpfner et al., 2019).

2. Strategien für den Umgang mit Verhalten

- Eltern lernen effektive Strategien zur Bewältigung von Verhaltensproblemen, die häufig mit ADHS verbunden sind. Dazu gehören Techniken zur Förderung von Selbstkontrolle, Belohnungssysteme, klare Kommunikation und die Umsetzung konsistenter Konsequenzen.

3. Positives Erziehungsverhalten

- Der Schwerpunkt liegt oft auf positivem Erziehungsverhalten. Das bedeutet, die Betonung auf Lob, Anerkennung und Verstärkung positiven Verhaltens zu legen. Dies kann die Motivation des Kindes steigern und das gewünschte Verhalten fördern (siehe z. B. [Wege aus der Brüllfalle](#)).

4. Struktur und Routine

- Kinder mit ADHS profitieren oft von klaren Strukturen und Routinen. Eltern lernen, wie sie eine unterstützende Umgebung schaffen können, die ihrem Kind hilft, sich besser zu organisieren und den Alltag zu bewältigen.

5. Kommunikationsfähigkeiten

- Verbesserung der Kommunikation zwischen Eltern und Kind ist auch ein Aspekt eines Elterntrainings. Dies beinhaltet das Entwickeln von effektiven Kommunikationsfähigkeiten, um Missverständnisse zu minimieren und das Selbstwertgefühl des Kindes zu stärken.

6. Selbstfürsorge für Eltern

- Elterntraining berücksichtigt oft die Bedeutung der Selbstfürsorge für Eltern. Die Herausforderungen bei der Erziehung eines Kindes mit ADHS können belastend sein, daher ist es wichtig, dass Eltern ihre eigenen Bedürfnisse berücksichtigen und Strategien zur Stressbewältigung erlernen, insb. wenn ein oder beide Elternteile selbst psychische Probleme haben.

7. Einbindung des Kindergartens oder der Schule

- Elterntraining kann auch Aspekte der Zusammenarbeit mit der Schule umfassen. Dies beinhaltet die Kommunikation (insb. Abstimmung) mit dem Kindergarten oder der Schule.

Das Ziel des Elterntrainings bei ADHS ist es, Eltern zu befähigen, ihre Kinder besser zu unterstützen und die Herausforderungen im Alltag zu bewältigen. Indem Eltern lernen, effektive Erziehungstechniken anzuwenden, kann die Lebensqualität sowohl für das Kind als auch für die Familie insgesamt verbessert werden.

14.2.1.2. Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit einer ADHS

Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)

Eines der in Deutschland am häufigsten eingesetzten Therapieprogramme für Kinder mit einer ADHS ist das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP). In Abbildung 14.2 ist die Deckseite des Manuals abgebildet.

In Abbildung 14.3 und Abbildung 14.4 sind Ausschnitte aus dem Inhaltsverzeichnis des THOP-Manuals abgebildet.

SAVE - Strategien für Jugendliche mit ADHS

Mit dem SAVE, das für Jugendliche konzipiert ist und in der Gruppe durchgeführt werden kann, soll eine Kompetenzsteigerung in den drei Kernbereichen Aufmerksamkeit, Verhaltensorganisation und Emotionsregulation erreicht werden (Sproeber et al., 2013). In zehn Trainingssitzungen werden mit den Jugendlichen Strategien eingeübt für Motivation, verbesserte Aufmerksamkeit, verbessertes Planungsverhalten, Problemlösungen, Emotionsregulation und Selbstmanagement.

In Abbildung 14.5 ist ein Ausschnitt aus dem Inhaltsverzeichnis des SAVE-Therapieprogramms abgebildet.

14.2.1.3. Token Economy Programm (syn.: Token-Programm, Verhaltensprogramm)

Ein Token economy Intervention ist eine empirisch sehr gut untersuchte verhaltenstherapeutische Technik, mit der versucht wird, die Auftretenswahrscheinlichkeit von bestimmten **gelernten** Verhaltensweisen zu beeinflussen (Hine et al., 2017). Tokens (Wertmarken) werden eingesetzt, um funktionales Verhalten zu belohnen. Token economy Programme basieren auf den Erkenntnissen des operanten Lernens (Rinck & Becker, 2011).



Abbildung 14.2.: Cover des Therapiemanuals THOP

8	Durchführungsanleitung für die Therapiebausteine des Eltern-Kind-Programms	177
	<i>Themenblock 1: Problemdefinition, Entwicklung eines Störungskonzeptes und Behandlungsplanung</i>	
	<i>(Bausteine F01/K01–F04/K04)</i>	177
8.1	Bausteine F01 und K01: Definition der Verhaltensprobleme des Kindes in der Familie	177
8.1.1	Vorbereitung der Sitzung	179
8.1.2	Ablauf der Sitzung	180
8.1.3	Schwierige Therapiesituationen	181
8.2	Bausteine F02 und K02/03: Erarbeitung der Elemente eines gemeinsamen Störungskonzeptes	184
8.2.1	Vorbemerkung	184
8.2.2	Ablauf der Sitzung	187
8.2.3	Schwierige Therapiesituationen	199
8.3	Baustein F03 und K02/K03: Entwicklung eines gemeinsamen Störungskonzeptes	199
8.3.1	Vorbereitung	201
8.3.2	Ablauf der Sitzung	201
8.3.3	Schwierige Therapiesituationen	207
8.4	Bausteine F04 und K04: Behandlungsziele und Behandlungsplanung	208
8.4.1	Vorbereitung	210
8.4.2	Ablauf der Sitzung	210
8.4.3	Schwierige Therapiesituationen	216

Abbildung 14.3.: Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis des THOP-Manuals

Ein Token economy Programm hat folgende Bestandteile:

1. **Token:** In einem Token-Programm werden Wermarken oder Symbole als Mittel zur Verstärkung eines positiven Verhaltens eingesetzt. Diese Wertmarken können verschiedene Formen annehmen, z. B. Aufkleber, Punkte, Chips oder andere Gegenstände, die im therapeutischen Rahmen vereinbart wurden. Entscheidend ist, dass die Wertmarken eine Bedeutung haben und später gegen reale Belohnungen eingetauscht werden können (z. B. Spielzeit am Computer, Spielkarten).
2. **Verhaltensziele:** Gemeinsam mit allen Beteiligten werden bestimmte Verhaltensziele festgelegt, die gefördert werden sollen (z. B. 20 Minuten Hausaufgaben bearbeiten, Spielsachen wegräumen). Dabei kann es sich um Verhaltensweisen handeln, die sich auf die Emotionsregulierung, soziale Fähigkeiten, schulische Leistungen oder andere relevante Ziele beziehen. Wichtig ist, dass die Ziele konkret formuliert und prinzipiell auch erreichbar sind.
3. **Markenverstärkung:** Wenn das gewünschte Verhalten gezeigt wird, erhält er eine Marke als sofortige positive Verstärkung. Dieser Token dient als greifbare Belohnung und wird sofort nach dem Auftreten des Verhaltens gegeben, so dass die Verbindung zwischen dem Verhalten und der Belohnung deutlich wird.
4. **Token-Tausch:** Gesammelte Token können gegen vorher festgelegte Belohnungen eingetauscht werden. Diese Belohnungen werden im Voraus vereinbart und können von Privilegien bis hin zu Gegenständen von Interesse reichen. Der Tauschprozess motiviert den Einzelnen, sich weiterhin positiv zu verhalten.
5. **Konsistenz und Kontingenz:** Die Wirksamkeit einer Token-Ökonomie hängt von der Konsistenz und Kontingenz ab. Konsistenz bedeutet, dass das System in verschiedenen Situationen und zu verschiedenen Zeiten konsequent angewendet wird. Kontingenz bezieht sich auf die klare

<i>Themenblock 2: Förderung positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Eltern-Kind-Beziehungen (Bausteine F05/K05 und F06/K06)</i>		217
8.5	Bausteine F05 und K05: Fokussierung der Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse mit dem Kind	217
8.5.1	Ablauf der Sitzung	219
8.5.2	Schwierige Therapiesituationen	224
8.5.3	In der nächsten Sitzung: Auswertungsgespräch zur Therapieaufgabe <i>Was-ist-schön-Tagebuch</i>	225
8.6	Bausteine F06 und K06: Aufbau positiver Spielinteraktionen	226
8.6.2	Schwierige Therapiesituationen	234
8.6.3	Spaß- & Spiel-Zeit mit Geschwistern	236
8.6.4	In der nächsten Sitzung: Auswertungsgespräch zur Therapieaufgabe <i>Spaß- & Spiel-Zeit</i>	237
<i>Themenblock 3: Pädagogisch-therapeutische Interventionen zur Verminderung von impulsivem und oppositionellem Verhalten (Bausteine F07/K07–F12/K12)</i>		238
8.7	Bausteine F07 und K07: Etablierung von klaren Regeln und Grenzen	238
8.7.1	Ablauf der Sitzung	240
8.7.2	Auswertungsgespräch über die Therapieaufgaben in der nächsten Sitzung	244
8.7.3	Schwierige Therapiesituationen	244
8.8	Bausteine F08 und K08/09: Entwicklung effektiver Aufforderungen	245
8.8.1	Ablauf der Sitzung	248
8.8.2	Schwierige Therapiesituationen	252
8.8.3	In der nächsten Sitzung: Auswertungsgespräch zur Therapieaufgabe <i>Wirkungsvolle Aufforderungen</i>	252
8.9	Bausteine F09 und K08/09: Soziale Verstärkung bei Beachtung von Aufforderungen	253
8.9.1	Ablauf der Sitzung	255
8.9.2	Schwierige Therapiesituationen	257
8.9.3	In der nächsten Sitzung: Auswertungsgespräch zur Therapieaufgabe <i>Aufforderungs-Tagebuch</i>	259
8.10	Bausteine F10 und K10: Soziale Verstärkung bei nicht-störendem Verhalten	259
8.10.1	Ablauf der Sitzung	261

Abbildung 14.4.: Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis des THOP-Manuals

3	Sitzung 1: Kennenlernen	33
3.1	Schwerpunktthemen	34
3.2	Ablauf	34
3.3	Themen der Sitzung	34
3.3.1	Thema 1: Kennenlernen	34
3.3.2	Thema 2: Psychoedukation – Was ist ADHS?	34
3.3.3	Thema 3: Vorstellung der allgemeinen Sitzungsstruktur	35
3.3.4	Thema 4: Konzentrationsübung	37
3.3.5	Thema 5: Trainings- und Gruppenvereinbarungen	37
3.3.6	Thema 6: Der Trainingscoach	38
3.3.7	Thema 7: Abschluss	38
3.4	Handouts für Sitzung 1	39
4	Sitzung 2: Mein Weg	49
4.1	Schwerpunktthemen	50
4.2	Ablauf	50
4.3	Themen der Sitzung	50
4.3.1	Thema 1: Beginn	50
4.3.2	Thema 2: Vertiefen des Wissens über ADHS	50
4.3.3	Thema 3: Zielplanung Teil 1	51
4.3.4	Thema 4: Zielplanung Teil 2	52
4.3.5	Thema 5: Konzentrationsübung	53
4.3.6	Thema 6: Abschluss	53
4.4	Handouts für Sitzung 2	53
5	Sitzung mit den Trainingscoaches: Die Rolle der Trainingscoaches	59
5.1	Schwerpunktthemen	60
5.2	Ablauf	60
5.3	Themen der Sitzung	60
5.3.1	Thema 1: Beginn	60
5.3.2	Thema 2: Problemlösen und Problemlöseschritte	60
5.3.3	Thema 3: Unterstützungsmöglichkeiten durch die Trainingscoaches	61
5.3.4	Thema 4: Abschluss	62

Abbildung 14.5.: Ausschnitt aus dem Inhaltsverzeichnis von SAVE

Verbindung zwischen dem gewünschten Verhalten und der unmittelbaren Verstärkung durch Wertmarken.

6. **Individualisierte Pläne:** Tokenökonomien sind oft auf die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben der Teilnehmer zugeschnitten. Diese Individualisierung erhöht die Wirksamkeit des Systems, da sie die einzigartigen Eigenschaften und Motivationen jeder Person berücksichtigt.
7. **Ausblendungsprozess:** Wenn die Teilnehmer die gewünschten Verhaltensweisen immer besser beherrschen, kann die Token-Ökonomie allmählich ausgeblendet werden. Dies beinhaltet die Verringerung der Häufigkeit und des Ausmaßes der Tokenverstärkung, während die positiven Verhaltensweisen durch andere Mittel aufrechterhalten werden.
8. **Überwachung und Bewertung:** Regelmäßige Überwachung und Bewertung sind entscheidende Bestandteile einer Token-Ökonomie. Die Therapeuten verfolgen die Fortschritte der Teilnehmer, nehmen die notwendigen Anpassungen am Verstärkungssystem vor und geben Feedback, um kontinuierliche Verbesserungen zu fördern.

Insgesamt ist die Token-Ökonomie ein praktischer und systematischer Ansatz zur Verhaltensänderung, der sich in der Praxis sehr bewährt hat. Entscheidend für den Erfolg dieser Intervention ist aber, wie gut es gelingt, die Bezugspersonen, die das Programm ja im Alltag umsetzen sollen, einzubinden. Das ist nicht immer leicht, weil die Umsetzung viel Geduld, Ausdauer und Disziplin von den Bezugspersonen erfordert. Bei den Bezugspersonen spielen dabei auch die eigenen Überzeugungen bzgl. der Erziehung und der Ursache der Problematik eine große Rolle.

Umgang mit dysfunktionalem Verhalten

Gelerntes Verhalten wird aber nicht nur durch Belohnung beeinflusst, sondern auch durch Bestrafung. Ein Form der indirekten Bestrafung ist das "Response cost"-Verfahren, das in ein Token economy Programm eingebaut werden kann.

Response cost ist eine Technik des Verhaltensmanagements, die eingesetzt wird, um das Auftreten unerwünschter Verhaltensweisen zu verringern, indem man sie mit dem Wegfall oder Verlust eines wertvollen Reizes in Verbindung bringt. Auch diese Intervention beruht auf den Grundsätzen des operanten Lernens/Konditionierung.

Nachfolgend sind die wichtigsten Elemente der Response cost Technik dargestellt:

1. Identifizierung von unerwünschtem Verhalten

- Der erste Schritt besteht darin, das unerwünschte Verhalten, das reduziert werden soll, zu identifizieren und zu definieren. Dabei kann es sich um jedes Verhalten handeln, das störend, unangemessen oder kontraproduktiv ist.

2. Anreiz

- Ein wertvoller Anreiz, der oft als "Token" oder "Punkt" bezeichnet wird, wird der Person zunächst für funktionales Verhalten zur Verfügung gestellt.

3. Verlust des wertvollen Stimulus ("response cost")

- Wenn das unerwünschte Verhalten auftritt, erfährt die Person einen Verlust des geschätzten Tokens. Dieser Entzug eines Tokens wird auch als "response cost" bezeichnet.

4. Konsistenz und Kontingenz

- Die Wirksamkeit von Reaktionskosten hängt von der Konsequenz und Kontingenz ab. Es ist von entscheidender Bedeutung, die Reaktionskosten jedes Mal konsequent anzuwenden, wenn das unerwünschte Verhalten auftritt. Die Konsequenz (Verlust des geschätzten Reizes) muss direkt mit dem Auftreten des unerwünschten Verhaltens verknüpft sein.

5. Überwachung und Anpassung

- Eine kontinuierliche Überwachung des Verhaltens ist unerlässlich. Wenn sich die Kosten für die Reaktion nicht als wirksam erweisen oder wenn das unerwünschte Verhalten abnimmt, sind möglicherweise Anpassungen erforderlich. Dies könnte bedeuten, dass die Intensität der Reaktionskosten geändert oder zusätzliche Verstärkungsstrategien für positive Verhaltensweisen ermittelt werden. Prinzipiell gilt, dass das Response cost Verfahren für alle verständlich, pragmatisch und umsetzbar sein muss. Ein 24/7 Response cost Verfahren ist im Alltag nicht umsetzbar.

6. Ethische Überlegungen

- Beim Response cost Verfahren sollten immer auch deren potenzielle Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes/Jugendlichen geprüft werden. Es wird empfohlen, Response Cost in Verbindung mit positiven Verstärkungsstrategien und in einem unterstützenden und verständnisvollen Rahmen einzusetzen. Auch kann ein Response cost Verfahren nur wirken, wenn das Verhalten eine instrumentelle Funktion hat, also gelernt ist.

14.2.1.4. Soziales Kompetenztraining (SKT)

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS sind soziale Beeinträchtigungen weit verbreitet und bleiben oft auch bei einer erfolgreichen medikamentösen Therapie bestehen. Von daher werden häufig sogenannte Soziale Kompetenztrainings durchgeführt.

Die SKT-Programme sind meist für die Durchführung in der Gruppe konzipiert und meistens allgemein gehalten (z. B. Brettner et al., 2022; Pothmann, 2024). Das bedeutet, dass es primär um wichtige allgemeine soziale Kompetenzen (z. B. Konflikte lösen, effektiv kommunizieren) geht, weniger um spezifische Probleme von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS. Die Gruppenprogramme sind zusätzlich noch für bestimmte Altersgruppen (z. B. 6 bis 12 Jahre) konzipiert. Es gibt aber auch Therapieprogramme mit Fokus auf bestimmte Verhaltensstörungen (z. B. aggressives Verhalten). Beispielsweise zielt das Therapieprogramm von Görtz-Dorten & Döpfner (2010) auf die Reduktion aggressiven Verhaltens ab.

14.2.2. Erwachsene

Auch bei der Behandlung von Erwachsenen mit der Diagnose einer ADHS spielt die medikamentöse Behandlung eine wichtige Rolle. Und auch hier kommen Stimulantien zum Einsatz, für deren Wirksamkeit es zahlreiche Hinweise gibt (Koesters et al., 2008).

Genauso wie bei Kindern und Jugendlichen gibt es auch für Erwachsene verschiedene Therapiemanuale (z. B. Barkley, 2023; D'Amelio et al., 2023) und auch diverse Ratgeber sind verfügbar (z. B. Nyberg et al., 2013).

14.3. Verständnisfragen

1. Worauf bezieht sich das Adjektiv "multimodal" bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS?
2. Welche Empfehlungen macht die AWMF-Leitlinie in Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS?

3. Nennen Sie drei Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen, die einen Einfluss auf die Behandlung, insb. die Psychotherapie haben können.
4. Nennen Sie drei Bausteine eines Elterntrainings. Erläutern Sie die Inhalte der Bausteine.
5. Welche verhaltenstherapeutischen Techniken haben sich in der Praxis als besonders wirksam erwiesen, um die Aufmerksamkeit und Konzentration von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu verbessern?
6. Wie können Eltern und Bezugspersonen in die Verhaltenstherapie einbezogen werden, um die erlernten Strategien im Alltag konsequent umzusetzen und zu unterstützen?
7. Welche Rolle spielt die Belohnung von positivem Verhalten in der Verhaltenstherapie, und wie kann ein effektives Belohnungssystem gestaltet werden, um langfristige Verhaltensänderungen zu fördern?
8. Wie kann die Verhaltenstherapie an die individuellen Bedürfnisse und Entwicklungsstände von Kindern und Jugendlichen mit ADHS angepasst werden, um eine möglichst hohe Wirksamkeit zu erzielen?
9. Welche Herausforderungen treten häufig bei der Umsetzung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Schule auf, und wie können Lehrerinnen und Lehrer dabei unterstützt werden, diese Strategien im Unterricht anzuwenden?
10. Wie werden im THOP-Programm positive Verhaltensweisen gefördert, und welche Strategien werden eingesetzt, um die Motivation und das Selbstwertgefühl der Kinder zu stärken?
11. Wie kann die Verhaltenstherapie dazu beitragen, die sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu stärken und ihre Beziehungen zu Gleichaltrigen zu verbessern?
12. Welche Rolle spielt die Psychoedukation in der Verhaltenstherapie, und wie kann sie genutzt werden, um das Verständnis und die Akzeptanz der ADHS-Symptomatik bei den Betroffenen und ihren Familien zu fördern?
13. Wie können Token-Programme individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen angepasst werden, um eine maximale Motivation und langfristige Verhaltensänderung zu erreichen?
14. Welche Herausforderungen können bei der Implementierung von Token-Programmen in verschiedenen Umgebungen (z. B. zu Hause, in der Schule) auftreten, und wie können diese effektiv bewältigt werden?
15. Wie kann sichergestellt werden, dass die Belohnungen in einem Token-Programm für die Kinder und Jugendlichen attraktiv und sinnvoll bleiben, ohne dass sie ihre Wirksamkeit über die Zeit verlieren?
16. Welche verhaltenstherapeutischen Techniken haben sich in der Praxis als besonders wirksam erwiesen, um die Organisation und Zeitmanagementfähigkeiten von Erwachsenen mit ADHS zu verbessern?
17. Wie kann die Verhaltenstherapie dazu beitragen, die emotionalen Herausforderungen und die Impulsivität bei Erwachsenen mit ADHS zu bewältigen und zu regulieren?
18. Welche Rolle spielt die Psychoedukation in der Verhaltenstherapie für Erwachsene mit ADHS, und wie kann sie genutzt werden, um das Selbstverständnis und die Selbstakzeptanz der Betroffenen zu fördern?
19. Welche Strategien können in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden, um die sozialen Kompetenzen und Beziehungen von Erwachsenen mit ADHS zu stärken?
20. Welche Herausforderungen treten häufig bei der Umsetzung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen im Alltag von Erwachsenen mit ADHS auf, und wie können diese bewältigt werden?

Teil IV.

Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit, auch als Alkoholismus bezeichnet, ist eine psychische Störung, die durch einen zwanghaften, unkontrollierten Alkoholkonsum, Toleranzentwicklung, körperliche Abhängigkeit und Entzugserscheinungen charakterisiert ist. Es handelt sich um eine Form der Sucht, bei der das Verlangen nach Alkohol das tägliche Leben und die zwischenmenschlichen Beziehungen erheblich beeinträchtigt.

Es wird geschätzt, dass in Deutschland ca. 2-3% der Bevölkerung ein Alkoholproblem aufweisen. Mit der Alkoholabhängigkeit sind diverse gesundheitliche Probleme verbunden. Hierzu gehören diverse Krebsarten, neurologische und psychische Störungen, kardiovaskuläre und Magen-Darm-Krankheiten, perinatale Erkrankungen, Alkoholvergiftungen, Unfälle, Suizide und durch Gewalt verursachte Todesfälle. Die sozialen Folgen, die durch Alkoholkonsum verursacht werden, sind Gewalt, Vandalismus, öffentliche Ruhestörung, familiäre und finanzielle Probleme sowie Probleme und Unfälle am Arbeitsplatz (Babor et al., 2022).

Die Behandlung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit kann in verschiedenen Stufen erfolgen. Hierzu zählen die Entgiftungs- bzw. Entzugsphase, Entwöhnungsphase und Weiterbehandlungs- bzw. Nachsorgephase. Die Behandlung beinhaltet oft eine Kombination aus medikamentöser Therapie, Psychotherapie (insb. kognitiver Verhaltenstherapie), Selbsthilfegruppen und in schweren Fällen möglicherweise stationärer Entzug.

15. Alkoholabhängigkeit: Symptomatik

15.1. Einleitung

Die Bedeutung der Alkoholabhängigkeit erstreckt sich über verschiedene Bereiche, die sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Aspekte umfassen (siehe Babor et al., 2022 und Abbildung 15.1):

Gesundheitliche Auswirkungen: Langfristiger übermäßiger Alkoholkonsum kann zu Leberschäden, Herzerkrankungen, neurologischen Störungen, Krebs und anderen ernsthaften Gesundheitsproblemen führen. Die psychische Gesundheit kann ebenfalls stark beeinträchtigt sein, da Alkoholismus häufig mit Depressionen, Angstzuständen und anderen psychischen Störungen einhergeht.

Soziale Auswirkungen: Familienbeziehungen können darunter leiden, und das Verhalten eines alkoholabhängigen Menschen kann zu Konflikten und Belastungen innerhalb des familiären Umfelds führen. Zudem können Freundschaften, Arbeitsbeziehungen und das soziale Leben stark beeinträchtigt werden.

Wirtschaftliche Belastung: Alkoholabhängigkeit verursacht direkte Kosten für das Gesundheitssystem durch medizinische Behandlungen, Unfälle und andere gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums. Zudem gibt es indirekte Kosten wie Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz und soziale Unterstützungsleistungen.

Individuelles Leiden: Für Menschen, die unter Alkoholabhängigkeit leiden, kann das persönliche Leiden immens sein. Sie kämpfen möglicherweise mit Schuldgefühlen, einem Gefühl des Verlusts der Kontrolle über ihr Leben und einer starken Belastung durch die physischen und psychischen Auswirkungen des Alkoholkonsums.

Prävention und Behandlung: Frühzeitige Interventionen, Aufklärung und Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten sind entscheidend, um das Risiko von Alkoholabhängigkeit zu verringern und Betroffenen zu helfen, abstinent zu bleiben.

Die Abbildung stammt aus dem open access Buch von Babor et al. (2022).

15.2. Erfahrungsberichte

Hier erzählt Vlada, 33, warum ihre Krankheit jahrelang bei der Arbeit nicht auffiel und wie ihr eine Jobabsage wieder auf die Beine helfen konnte (siehe auch die entsprechende [Dokumentation auf YouTube](#)).

“Ich wurde vor etwa zehn Jahren alkoholabhängig. In der Zeit, in der ich trank, habe ich unter anderem als Au-pair, in einer Wirtschaftskanzlei und als Modelbookerin gearbeitet. Aufgefallen ist es niemandem, obwohl ich in meiner schlimmsten Phase schon morgens eine Flasche Weißwein getrunken habe und abends eine Flasche Wodka oder mehr. Ohne den Alkohol im Blut machten sich Entzugserscheinungen bemerkbar. Ich wurde zum Beispiel so nervös, dass meine Hände und Mundwinkel anfangen, zu zittern. Ich habe mich dafür geschämt und wollte meinen Zustand vor Kollegen und Kolleginnen verheimlichen. Das hat aber nur funktioniert, wenn ich bei der Arbeit getrunken

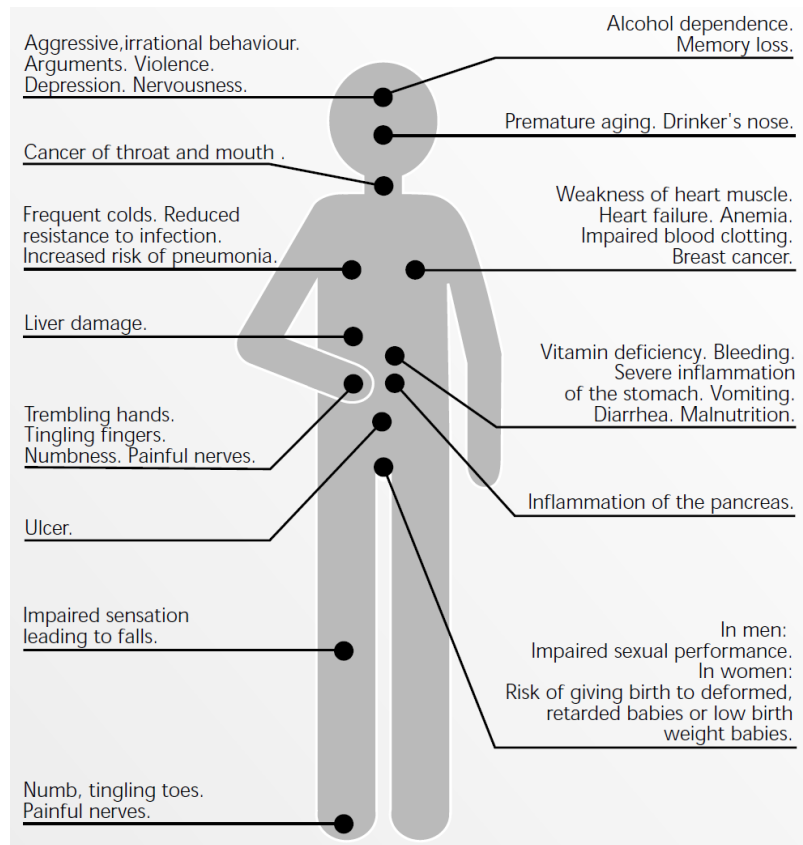


Abbildung 15.1.: Auswirkungen eines gefährlichen Alkoholkonsums

habe. In der Mittagspause kaufte ich deshalb ab und an kleine Piccoloflaschen, die gut in meinen Rucksack gepasst haben. Ich trank dann heimlich Sekt oder Weißwein auf der Bürotoilette oder im Treppenhaus. Danach ging ich an meinen Arbeitsplatz und machte weiter, als sei nichts gewesen.

Wann das Trinken bei mir zu einer Krankheit wurde, kann ich nicht genau sagen. In meiner Familie wurde gut und gerne Alkohol getrunken, und heute weiß ich, dass mindestens zwei meiner Verwandten abhängig waren. Einige wichtige Menschen in meinem Leben versuchten, ihre Probleme im Alkohol zu ertränken – und als Jugendliche habe ich das nachgemacht. Gleichzeitig gehört Alkohol in Deutschland so selbstverständlich zum Alltag dazu, dass es niemandem auffällt, wenn eine Person oft oder zu viel trinkt. Schon als Studentin war ich gern auf Partys unterwegs, bei denen ein Vollrausch dazugehörte. Beim Berufseinstieg habe ich damit einfach weitergemacht.

Als ich in der Modelagentur arbeitete, kam ich montags auch mal nach einer 18-Stunden-Party verkatert ins Büro. Ich machte mir keine Sorgen um mich, da ich dachte, dass es anderen genauso geht. Auch meine Kolleginnen und Kollegen haben solche Situationen eher weggelächelt. Dabei hätte ich eigentlich dringend einen Menschen gebraucht, der mich zur Seite nimmt und mir sagt, dass mein Verhalten alles andere als normal ist. Doch niemand hat gemerkt, wie viel ich trank – obwohl wir in einigen Büros, in denen ich gearbeitet habe, nur zu dritt oder zu viert waren.

Wahrscheinlich bin ich auch deshalb nicht aufgefliegen, weil ich meine Arbeit trotzdem immer noch gut gemacht habe. Ohne das Gift in meinem Körper wäre ich sicherlich schneller gewesen oder der ein oder andere Flüchtigkeitsfehler wäre nicht passiert. Aber solange man im Job einigermaßen funktioniert, sagt niemand etwas. Wahrscheinlich, weil man damit eine persönliche Grenze überschreiten würde. Außerdem habe ich im Büro meistens die Selbstbewusste gespielt und dadurch die Sucht gut verstecken können.

Über die Jahre habe ich eine Reihe von Tricks entwickelt: Wenn ich nach Feierabend mit Kollegen zu einer Veranstaltung oder in einer Bar unterwegs war, habe ich zuvor zu Hause vorgetrunken, damit nicht auffällt, dass ich eigentlich dreimal so viel benötige wie alle anderen. Im Büro habe ich immer sehr auf körperliche Distanz geachtet, damit niemand den Alkohol riecht. Das war vor allem dann problematisch, wenn mir jemand etwas am Computer zeigen wollte. Ich habe dann die Luft angehalten und in die andere Richtung ausgeatmet.

Nach zehn Jahren Trinken hat man mir meine Sucht auch körperlich angesehen. Mein Gesicht war aufgequollen, meine Hände haben gezittert und waren angeschwollen. Ich hatte Angstzustände, war ständig nervös und konnte ohne den Alkohol nicht mehr schlafen. Aber in all den Jahren hat mich nur eine einzige Vorgesetzte in einer Agentur darauf angesprochen und mir gesagt, dass sie sich Sorgen macht. Sie hatte selbst eine Burn-out-Erfahrung hinter sich und fürchtete, dass es mir genauso ergehen könnte. Sie kam damals aber nicht drauf, dass ich alkoholabhängig bin, und ich habe es auch nicht übers Herz gebracht, es ihr zu erzählen. Aber als ich Anfang 2018 eine Therapie beendete, habe ich Kontakt zu ihr aufgenommen. Ich habe ihr erklärt, was mit mir los war, und mich bei ihr entschuldigt. Ich hatte das Gefühl, sie enttäuscht und hintergangen zu haben. Überhaupt: In der Zeit, in der ich trank, habe ich mich immer gegenüber meinen Vorgesetzten geschämt. Ich hatte das Gefühl, sie enttäuscht und hintergangen zu haben.

Viele Menschen trinken wegen des Stresses im Job. Bei mir war das Gegenteil der Fall: Ich wusste oft nicht, was meine Aufgabe ist, und war dadurch unterfordert und sehr verunsichert. Außerdem hatte ich immer den Eindruck, ich mache zu wenig, und habe keinen Sinn in meiner Arbeit gesehen. Heute weiß ich, dass ich in keinem meiner Jobs richtig glücklich war. Etwas Neues auszuprobieren, habe ich mir damals aber nicht zugetraut. Ob nüchtern oder alkoholisiert, ich hatte immer mit starken Selbstzweifeln zu kämpfen.

Meine schlimmste Phase hatte ich 2017. An manchen Tagen war es so schlimm, dass ich morgens vor der Arbeit getrunken habe, weil ich nicht einmal einen Stift in meiner Hand halten konnte, ohne dass meine Hände gezittert haben. Oft besorgte ich mir schon direkt nach dem Aufstehen eine Weißweinflasche. Dafür bin ich jeden Morgen in einen anderen Kiosk gegangen, damit die Verkäufer keinen Verdacht schöpfen. Den Alkohol habe ich auf leeren Magen getrunken, während ich mich für die Arbeit fertig gemacht habe. Da wurde mir langsam klar, dass ich ein riesiges Problem habe. Trotzdem habe ich ein paar Monate lang so weitergemacht.

Der endgültige Zusammenbruch kam, als die Beziehung zu meinem damaligen Freund in die Brüche ging. Außerdem platzte noch eine Festanstellung, die mir in Aussicht gestellt worden war. Die Castingagentur, von der ich eine Jobzusage hatte, konnte mich doch nicht übernehmen. Das war zu viel für mich. Ich saß tagelang allein zu Hause, trank und war völlig am Ende. Einmal brachte mich eine damalige Freundin wegen schlimmer Angstzustände ins Krankenhaus. Ich hatte über 3,1 Promille im Blut. Menschen, die nicht alkoholabhängig sind, würden sich bei einem solchen Wert längst übergeben und könnten nicht mehr stehen. Ich konnte aber noch laufen und mich ganz normal unterhalten. Das hat mir gezeigt, wie abhängig ich wirklich war.

Heute denke ich: Die Jobabsage war im Endeffekt das Beste, was mir passieren konnte. Den Castingjob hätte ich emotional und körperlich nicht ausführen können. Vielleicht musste ich auch erst mal ganz tief ankommen, um zu verstehen, wie sehr ich Hilfe brauchte.

Kurz nach dem Vorfall im Krankenhaus bin ich für ein paar Wochen zu meinen Eltern gezogen. Ich habe mit ihnen offen über meine Probleme gesprochen und mich mit ihrer Hilfe für drei Wochen in eine Entzugsklinik einweisen lassen. Nach dem Aufenthalt ging es mir zwar vorerst besser, doch er hat nicht gereicht, um meine Probleme zu verstehen und sie wieder in den Griff zu bekommen. Eine Woche nach Entlassung war ich wieder überfordert und angespannt, und trank genauso viel wie zuvor. Nach der Entgiftung konnte mein Körper das aber nicht mehr verarbeiten. Also bin ich wieder im Krankenhaus gelandet und musste mir eingestehen, dass ich über einen längeren Zeitraum

therapeutische Hilfe benötige, um mein Leben gesünder auszurichten. Ich habe daraufhin eine 27-wöchige Therapie angefangen. Ich habe in dieser Zeit verstanden, dass ich nicht allein bin und dass es okay ist, manchmal schwach zu sein. Als ich noch einen Job hatte und den Anschein aufrechterhalten konnte, alles sei in Ordnung, habe ich mir diese Schwäche nicht gestattet.

Mittlerweile bin ich clean, trocken und stabil. Ich bin zufriedener mit mir und meinem Leben, als ich es jemals war. Ich achte heute viel mehr auf mich, habe mich beruflich neu orientiert und mein Umfeld geändert. Heute arbeite ich als Streetworkerin und mache nebenbei eine Ausbildung zur psychologischen Beraterin. Außerdem blogge ich über das Leben mit der Sucht. Im Gegensatz zu meinen vorherigen Jobs sehe ich jetzt einen Sinn in meiner Aufgabe und gehe gern zur Arbeit. So absurd es klingt: Meine Krankheit hatte auch etwas Gutes. Sie hat viel kaputtgemacht – aber mir auch den Weg in ein erfüllteres Leben eröffnet.

Ernst, 52 Jahre

“In meiner Familie wurde sehr viel Alkohol konsumiert, bereits meine Mutter war abhängig. Schon als dreijähriges Kind habe ich im Biergarten immer eine kleine Tasse mit Bier bekommen. Damit ich ruhiger bin, nicht so umtriebig. So habe ich mich früh daran gewohnt, bei Stress und Aufregung erst einmal etwas zu trinken. Auch wenn es Probleme in der Schule gab, was nicht selten vorkam, da ich eben etwas aufmüppig war. Meine Mutter sagte immer: “Komm, nimm dir erst einmal ein Bier.” Mit zwölf Jahren trank ich ein bis zwei Gläser am Tag.

Später, bei Partys mit Freunden, hatte ich immer Angst, nicht genug abzubekommen. Deswegen habe ich sehr schnell und viel getrunken, drei Bier, während meine Freunde nur eins tranken. Ich habe gemerkt, wie sich mit dem Alkohol meine Hemmungen lösten: Mädchen ansprechen und ausgelassen sein, das klappte einfach viel besser. Auch wenn ich beruflich Vorträge halten musste, trank ich, um lockerer zu werden. Eines Tages hat mich ein Kollege zum Frühschoppen eingeladen. Seitdem fing ich schon morgens um zehn mit dem Alkohol an. Jeden Tag in der Früh ging ich zur Tankstelle und kaufte Bier oder Sekt.

Lange Zeit habe ich mir etwas vorgelogen. Eines Tages wollte ich zum Beispiel mit Freunden eine Tour auf den Ätna unternehmen, drei Tage lang. Um mir zu beweisen, kein Alkoholiker zu sein. Als Alkoholiker würde ich Entzugserscheinungen haben, dachte ich, die traten zunächst nicht auf. Dafür habe ich die Tour abgebrochen. Ich sagte, das Wetter würde umschwingen, und die ganze Mannschaft kehrte auf mein Kommando um. Das Wetter änderte sich gar nicht, aber wir sind nach dem Abstieg in eine Pizzeria, wo ich sofort eine Flasche Wein bestellte. Ich dachte nur: Das gönne ich mir jetzt.

Mein Büro befand sich nicht weit von meinem Wohnhaus. Auf dem Weg dorthin kam ich immer an einer Tankstelle vorbei. Sie lag auf der linken Straßenseite, während ich zum Büro rechts in eine Straße abbiegen musste. Jeden Morgen, wenn ich aus dem Haus ging, nahm ich mir fest vor, nicht zur Tankstelle zu gehen. Je näher ich der Tankstelle kam, desto schwächer wurde mein Wille, und letzten Endes ging ich doch immer hinein. Eines Tages schaffte ich es, die Tankstelle nicht zu besuchen, da musste ich vor Freude beinahe weinen. Aus lauter Glück, es geschafft zu haben, hielt ich beim nächsten italienischen Restaurant und bestellte mir ein Glas Weißwein.

Im Alltag funktionierte ich, meine Frau merkte jahrelang nichts, schließlich kannte sie mich auch nicht anders. Ich unternahm viel mit unseren Kindern, allerdings achtete ich bei den Ausflügen, dass wir an einer Wirtschaft vorbeikamen, wo ich trinken konnte. Seelisch war ich jahrelang abwesend, meine Gedanken drehten sich nur um den Alkohol.

Durch das Trinken wird man einsam. Nicht, weil sich die Leute von einem zurückziehen würden, sondern weil man sich selbst kaum noch ausstehen kann. Früher schaute ich in den Spiegel und sah ein aufgedunsenes Gesicht, hervorquellende, rote Augen, eine richtige Fratze. Ich wog damals 17 Kilo

mehr als heute. Morgens, wenn ich mir die Zähne putzen wollte, musste ich mich immer übergeben, weil der Körper so überreizt war vom Alkohol. Dieses Gefühl besserte sich erst nach dem ersten Bier.

Irgendwann meinte ein guter Freund: "Du trinkst zu viel." Das hat mich total gewurmt. Ich wollte mir meine Sucht nicht eingestehen. Auch meine Frau wurde eines Tages misstrauisch, weil ich immer mit dem Vorwand, die Heizung zu reparieren, in den Keller ging. Dabei war die Heizung gar nicht kaputt. Sie hat meine Depots im Keller entdeckt, wollte aber nicht wirklich wahrhaben, was das bedeutete, denn bei Alkoholismus ist immer die ganze Familie betroffen.

Als eines Tages der Arzt feststellte, meine Leberwerte wären alarmierend, hat mir das einen Ruck gegeben. Ich war 39 Jahre alt und stellte mir vor, was mit meinen Kindern wäre, wenn mir etwas zustöße. Ich bin zu einer Beratungsstelle, und die Ärztin dort hätte mich auch gleich ein halbes Jahr auf Kur geschickt. Das kam allerdings nicht in Frage, denn als Selbständiger wäre ich dadurch pleitegegangen. Also bin ich in die Selbsthilfegruppe, das war meine Rettung. Bereits nach dem ersten Treffen konnte ich mich so weit zusammenreißen, auf dem Nachhauseweg nicht mehr bei der Tankstelle vorbeizugehen.

Am körperlichen Entzug litt ich etwa eine Woche. Ich befolgte die Ratschläge der anderen Gruppenmitglieder, zum Beispiel Unmengen Wasser zu trinken, so viel man nur könne. Das würde auch den Alkoholdurst mindern. Es dauerte noch ein halbes Jahr, bis ich mir die Tatsache, ein Alkoholiker zu sein, offen eingestehen und vor der Gruppe sagen konnte: "Ich bin Ernst und Alkoholiker." Aber wenn man aufhört, sich gegen diese Tatsache zu wehren, ist das der erste Schritt zur Besserung.

Am schwierigsten war zu lernen, mit den Gefühlen fertig zu werden, die ich unter Alkoholeinfluss nie wahrgenommen hatte. Ich hatte jahrzehntelang Glück oder Leid nur dumpf, wie aus großer Entfernung empfinden können. Mittlerweile führe ich ein erfülltes Leben, bin seit dreizehn Jahren trocken und fühle mich auch nicht eingeschränkt. Ich kann sogar ins Wirtshaus oder in den Biergarten gehen, mit Mineralwasser ist es dort genauso schön."

15.3. Dokumentationen über Alkoholabhängigkeit

Eine sehr sehenswerte Dokumentation über die Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit auf das Leben einer Betroffenen, aber auch auf deren Kinder, findet sich hier: [Meine Mutter, eine Alkoholikerin, Spiegel TV](#).

Ein weitere 30-minütiger Film über Kinder alkoholabhängiger Eltern, der auf YouTube zu finden ist: [Der Alkohol, meine Eltern und ich. Reportage, 2014](#)

15.4. Symptomatik der Alkoholabhängigkeit

Wichtige Symptome des **Alkoholentzugssyndroms**:

- Entzugssymptome
- Zittern
- Verlangen nach Alkohol
- Schlaflosigkeit
- lebhaftere Träume
- Angst
- Hypervigilanz

- Unruhe
- Reizbarkeit
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit und Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Schwitzen

Wichtige Symptome/Merkmale der **Alkoholabhängigkeit**:

- häufiger Konsum von Alkohol in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt anhaltender Wunsch oder erfolglose Bemühungen, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren.
- es wird viel Zeit mit Aktivitäten verbracht, die notwendig sind, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.
- Craving, d. h. ein starkes Verlangen oder ein Drang, Alkohol zu konsumieren.
- Wiederholter Alkoholkonsum, der dazu führt, dass man seinen Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nicht nachkommt.
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz anhaltender oder wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Wirkung von Alkohol verursacht oder verschlimmert werden.
- Wichtige soziale, berufliche oder freizeitliche Aktivitäten werden wegen des Alkoholkonsums aufgegeben oder reduziert.
- Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen er körperlich gefährlich ist.
- Der Alkoholkonsum wird fortgesetzt, obwohl man weiß, dass man ein anhaltendes oder wiederkehrendes körperliches oder psychisches Problem hat, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht oder verschlimmert wurde.
- Toleranzentwicklung, definiert durch einen der folgenden Punkte:
 - ein Bedarf an deutlich erhöhten Alkoholmengen, um einen Rausch oder eine gewünschte Wirkung zu erzielen
 - eine deutlich verringerte Wirkung bei fortgesetztem Konsum der gleichen Alkoholmenge
- Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Symptome äußern:
 - charakteristisches Entzugssyndrom für Alkohol
 - Alkohol (oder eine eng verwandte Substanz, wie z. B. ein Benzodiazepin) wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

15.5. Verständnisfragen

1. Welche körperlichen Symptome sind typisch für eine Alkoholabhängigkeit, und wie entwickeln sie sich im Verlauf der Erkrankung?
2. Wie äußern sich psychische Symptome wie Depressionen, Angstzustände oder Reizbarkeit bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit?
3. Welche Rolle spielen Entzugssymptome wie Zittern, Schwitzen oder Krampfanfälle bei der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit?
4. Wie unterscheiden sich die Symptome einer akuten Alkoholintoxikation von denen eines chronischen Alkoholmissbrauchs?
5. Welche Langzeitfolgen können sich aus einer Alkoholabhängigkeit für das Gehirn und das zentrale Nervensystem ergeben?

6. Wie zeigt sich das sogenannte "Craving" (starker Drang nach Alkohol) bei Betroffenen, und welche neurobiologischen Mechanismen liegen diesem zugrunde?
7. Welche körperlichen Erkrankungen (z. B. Leberzirrhose, Pankreatitis) sind häufig mit einer Alkoholabhängigkeit assoziiert?
8. Wie wirkt sich eine Alkoholabhängigkeit auf das soziale Verhalten und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen aus?
9. Welche psychischen Störungen treten häufig komorbid mit einer Alkoholabhängigkeit auf, und wie beeinflussen sie den Krankheitsverlauf?
10. Wie verändert sich die Symptomatik im Verlauf der Erkrankung, insbesondere bei fortgeschrittener Alkoholabhängigkeit?
11. Wie beschreiben Betroffene das Gefühl des "Craving" (des starken Verlangens nach Alkohol), und wie beeinflusst es ihren Alltag?
12. Welche emotionalen Zustände (z. B. Scham, Schuld, Hoffnungslosigkeit) begleiten das Erleben der Sucht bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit?
13. Wie nehmen Betroffene den Kontrollverlust über ihren Alkoholkonsum wahr, und wie beschreiben sie diesen Prozess?
14. Welche Rolle spielt Alkohol in der Bewältigung von Stress, Ängsten oder anderen emotionalen Belastungen aus Sicht der Patienten?
15. Wie erleben Betroffene die Reaktionen ihres sozialen Umfelds (Familie, Freunde, Kollegen) auf ihre Sucht?
16. Welche inneren Konflikte (z. B. zwischen dem Wunsch aufzuhören und dem Drang zu trinken) beschreiben Patienten im Zusammenhang mit ihrer Alkoholabhängigkeit?
17. Wie nehmen Betroffene die körperlichen und psychischen Entzugssymptome wahr, und wie beeinflussen diese ihr Verhalten?
18. Welche Bedeutung hat Alkohol im Leben der Betroffenen, und wie hat sich diese Bedeutung im Laufe der Zeit verändert?
19. Wie beschreiben Patienten den Übergang vom gelegentlichen Trinken zur Abhängigkeit, und wann wurde ihnen bewusst, dass sie ein Problem haben?

16. Alkoholabhängigkeit: Diagnostik

16.1. Einleitung

In diesem Kapitel wird das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit beschrieben.

In dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Bundesärztekammer herausgegebenen [Manual zur Prävention und Behandlung von riskantem, schädlichem und abhängigem Konsum](#) wird die in Abbildung 16.1 dargestellte diagnostische Beurteilung empfohlen.

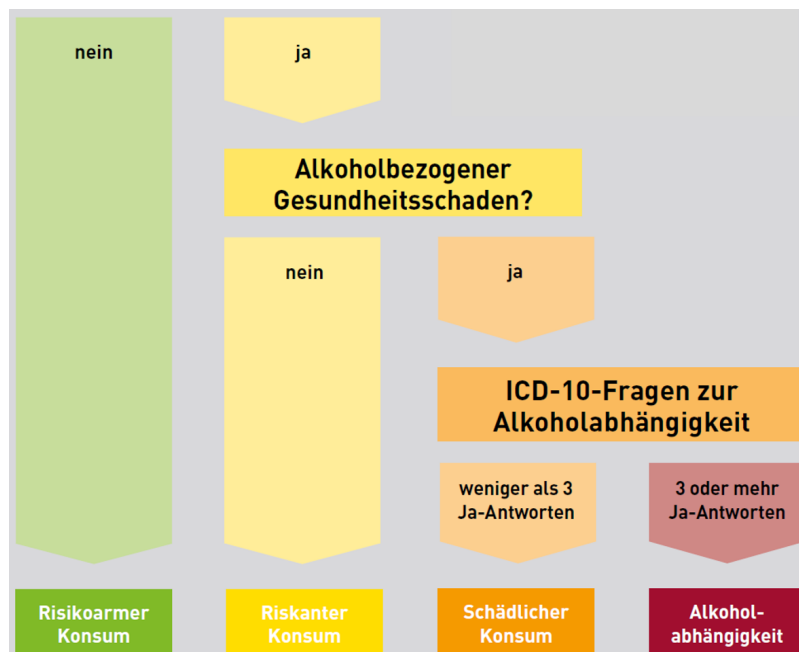


Abbildung 16.1.: Diagnostisches Vorgehen bei unterschiedlichen Konsummustern

Es geht den Herausgebern der Broschüre um das frühzeitige Ansprechen eines problematischen Alkoholkonsums sowie die Einleitung einer evtl. damit verbundenen notwendigen Behandlung. Ein frühzeitiges Erkennen einer Alkoholabhängigkeit ist allerdings aufgrund des Spektrum-Charakters der Alkoholabhängigkeit schwierig. Die Betroffenen gleiten meistens in die Sucht hinein, verlieren zunehmend die Kontrolle und weisen unterschiedliche Trinkmuster auf.

Das zentrale Problem bei der Feststellung einer Alkoholabhängigkeit ist, dass die Betroffenen den Konsum und die damit verbundenen Probleme aus Scham und/oder mangelnder Krankheitseinsicht verschweigen, bagatellisieren oder sogar ganz abstreiten. Von daher sind die Angaben des Patienten mit Vorsicht zu betrachten.

16.2. Anamnese

Folgende klinische Zeichen können auf einen pathologischen Alkoholkonsum hinweisen (Seitz et al., 2020):

- Gerötete Konjunktiven und ödematöses Gesicht (oft gerötet, mit Teleangiektasien oder Rhinophym)
- Typische Hautveränderungen (z.B. Spider Naevi, Palmarerythem, "Geldscheinhaut", Psoriasis, Nagelveränderungen)
- Tremor
- Vegetative Symptome (insb. vermehrtes Schwitzen, feuchte Hände)
- Gangunsicherheit (breitbeinig, tapsig)
- Reduzierter Allgemeinzustand
- Magen-Darm-Störungen (insb. morgendlicher Brechreiz, Sodbrennen, Inappetenz)
- Erhöhte Reizbarkeit, verminderte Impulskontrolle und Stresstoleranz
- Konzentrationsmangel
- Vergesslichkeit
- Leistungseinbußen (subjektiv und objektiv)
- Störungen der Libido oder der Potenz

Anamnese

Das Vorgehen bei der Anamnese unterscheidet sich je nach Situation, Anlaß bzw. Zielsetzung sowie dem Problembewusstsein des Patienten.

Hilfreiche Fragen bei der Exploration des Konsummusters im Zusammenhang mit bestehenden Beschwerden (Seitz et al., 2020):

- „Die Beschwerden, die Sie zu mir geführt haben – gibt es bei Ihnen einen Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum?“
- „Wenn Sie eine Trinkpause über einige Tage einlegen, verbessern sich Ihre Beschwerden oder werden diese Beschwerden eher stärker?“
- „Gibt es andere Möglichkeiten als Alkohol, um mit Ihren Beschwerden (psychischer oder körperlicher Art) besser zurechtzukommen?“
- „Hilft Alkohol gegen Ihre Beschwerden? Wenn ja, welche Mengen benötigen Sie, um Ihre Beschwerden zu lindern? Wie viel Alkohol vertragen Sie?“
- „Trinken Sie Alkohol, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen? Wenn ja, welche Wirkung des Alkohols wünschen Sie (betrunken werden, Stimmungsveränderung, Angstlösung usw.)?“
- „Wenn Sie bei einem Fest vermehrt Alkohol konsumieren, haben Sie am nächsten Tag Beschwerden, die auf den Alkoholkonsum zurückgeführt werden können (Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme, Unruhe, Reizbarkeit)? Verwenden Sie dann Alkohol, um diese Beschwerden zu lindern?“
- „Wenn Sie Medikamente gegen Ihre Beschwerden verordnet bekamen, konnten Sie dann in dieser Zeit Ihren Alkoholkonsum reduzieren oder ganz einstellen? Wenn dies nicht gelingt, welche Probleme hindern Sie daran (z.B. Entzugsbeschwerden, psychische oder soziale Probleme usw.)?“
- „Wenn Sie in den letzten Jahren über mehrere Monate nichts getrunken haben, war das angenehm für Sie? Welche Bedingungen waren gegeben, dass Sie dies geschafft haben? Würden Sie nochmals einen Versuch machen, auf Alkohol zu verzichten?“
- „Gibt es Orte oder Situationen, in denen es sehr schwierig ist, nichts zu trinken (sog. ‚Hot Spots‘), und gibt es Orte und Situationen, in denen Sie nie Alkohol zu sich nehmen (sog. ‚Cool Spots‘)?“

16.3. Psychischer Befund

Kern des psychischen Befundes ist die Psychopathologie des Patienten, die anhand der Gliederung der [Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie \(AMDP\)](#) erstellt wird. Es werden im psychischen Befund aber nicht nur psychopathologische Aspekte, sondern auch funktionale Verhaltensweise aufgeführt. Nachfolgend finden Sie ein Beispiel eines Psychischen Befundes bei einem Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit:

Der 52-jährige Mann zeigt deutliche psychopathologische Symptome im Zusammenhang mit einer mittelgradig schweren Alkoholabhängigkeit. Er ist altersentsprechend, aber etwas nachlässig gekleidet. Im Bereich des linken Oberarmes und am Hals befinden sich große Tätowierungen. Herr S. ist wach und bewussteinklar. Im Kontakt wirkt Herr S. mißtrauisch und verschlossen, im Verlauf des Gesprächs etwas aufgeschlossener, aber insg. ablehnend und wenig kooperativ. Behandlungsbereitschaft erscheint fremdmotiviert. Konzentration, Aufmerksamkeit sowie Gedächtnis erscheinen leicht beeinträchtigt. Die Intelligenz ist im mittleren Normbereich einzuschätzen. Der Antrieb ist unauffällig. Affektiv wirkt der Patient dysphorisch. Die emotionale Schwingungsfähigkeit aber gegeben. Der formale Gedankengang ist geordnet, aber inhaltlich auf Alkoholbeschaffung und -konsum eingengt. Pathologischer Alkoholkonsum (Bier und Schnaps). Keine Wahrnehmungsstörungen. Störungen des Ich-Erlebens sind nicht erkennbar. Hinweis auf soziale Ängst mit Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten. Aus der Vorgeschichte sind keine Suizidgedanken oder -versuche bekannt. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität. Therapiemotivation nicht erkennbar, Problembewusstsein nicht wirklich vorhanden.

! Wichtig

Achten Sie beim Psychischen Befund immer darauf, dass die Psychopathologie genau beschrieben ist. Anhand der Psychopathologie muss sich die Diagnose erschließen lassen.

16.4. Klassifikation

Bei Substanzgebrauchsstörungen sollte der dimensionale Charakter der Störung beachtet werden, auch wenn im ICD-10 und ICD-11 dieser Charakter nicht wirklich ersichtlich ist.

Im DSM-5 wird dem häufig gleitenden Übergang vom exzessiven, genussorientierten Substanzgebrauch zu habituellem Drogenkonsum besser Rechnung getragen, in dem nicht zwischen einem schädlichen Gebrauch und einer Abhängigkeit unterschieden wird, sondern nur noch von einer Substanzgebrauchsstörung ("alcohol use disorder, AUD" gesprochen wird (Abbildung 16.2).

16.4.1. ICD-10

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind im ICD-10 Kap. V im Abschnitt F10-F19 aufgeführt.

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert;

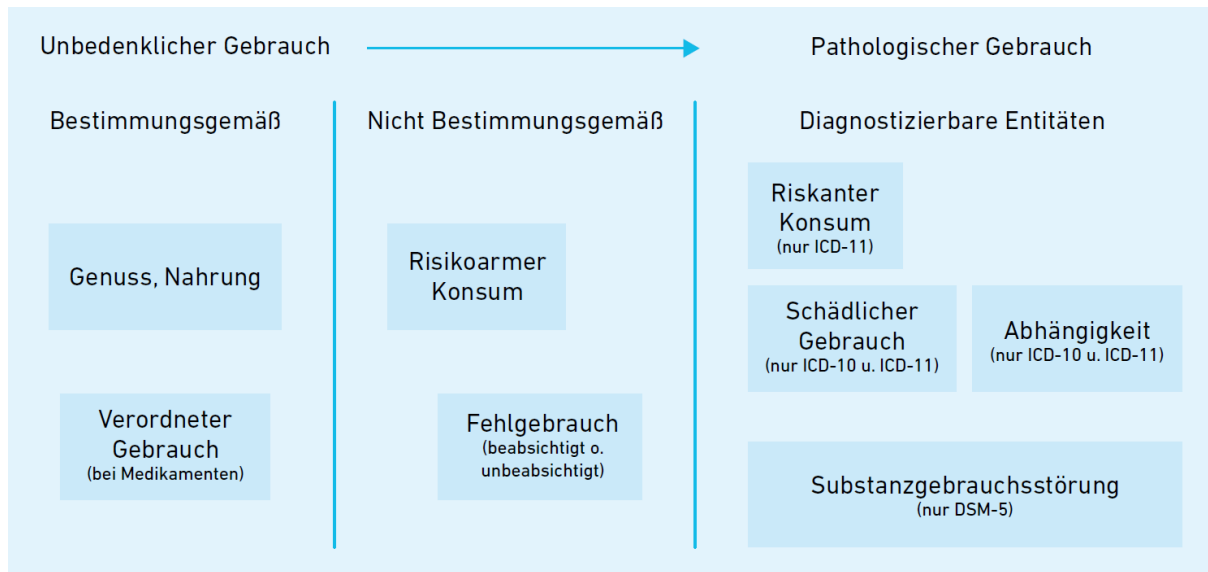


Abbildung 16.2.: Entstehung einer Abhängigkeit als Spektrum

diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.

Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhaltensweisen sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben.

Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll mit "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)" kodiert werden.

Tabelle 16.1.: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im ICD-10

Diagnosebeschreibung

In- to- xi- ka- ti- on (F10.0) Akute ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol; Es kommt zu Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affekts, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Diagnose soll nur dann als Hauptdiagnose gestellt werden, wenn zum Zeitpunkt der Intoxikation keine längerdauernden Probleme mit Alkohol bestehen.

Diagnosebeschreibung

Schädlichem durch Alkoholkonsum eine nachweisliche Folgeschädigung der psychischen oder Al- physischen Gesundheit der konsumierenden Person aufgetreten ist, kann ein schädlicher ko- Alkoholgebrauch diagnostiziert werden. Schädliches Verhalten wird häufig von anderen hol- kritisiert und hat auch häufig verschiedene negative soziale Folgeerscheinungen. Eine akute ge- Intoxikation oder ein Kater (engl. Hangover) beweisen allein noch nicht den brauchGesundheitsschaden, der für die Diagnose erforderlich ist. Das Konsummuster sollte (F10.1)entweder seit mindestens einem Monat bestehen oder in den letzten zwölf Monaten wiederholt aufgetreten sein. Liegt ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2) vor, ist ein schädlicher Alkoholgebrauch nicht zu diagnostizieren.

Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 müssen mindestens drei der (F10.2)folgenden sechs Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen von Alkohol.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums.

Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist. Ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wird ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben.

Alkoholentzugssyndroms handelt es sich um einen Symptomkomplex von unterschiedlicher (F10.3)Zusammensetzung und wechselndem Schweregrad. Es entsteht bei relativem oder absolutem Entzug von Alkohol, der wiederholt und zumeist über einen längeren Zeitraum und in hoher Dosierung konsumiert worden ist. Das Alkoholentzugssyndrom soll dann als Hauptdiagnose diagnostiziert werden, wenn es Grund für die gegenwärtige Konsultation ist und wenn das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert. Das Alkoholentzugssyndrom ist vor allem durch Zittern, Unruhe, Schwitzen, Schlafstörungen und Kreislaufprobleme geprägt. Häufige Merkmale sind auch psychische Störungen (z.B. Angst, Depressionen, Schlafstörungen). Es kann durch Krampfanfälle (ICD-10: F10.31) oder ein Delir (ICD-10: F10.4) mit (ICD-10: F10.41) oder ohne Krampfanfälle (ICD-10: F10.40) kompliziert werden.

Tabelle 16.2.: Psychische und körperliche Merkmale der Alkoholabhängigkeit

Kategorie	Psychische Merkmale	Körperliche Merkmale
Verhalten	Verlust der Kontrolle über den Alkoholkonsum; Unfähigkeit, den Konsum zu stoppen oder zu reduzieren; Vernachlässigung anderer Interessen oder Verpflichtungen	Zittern (Tremor), besonders bei Abstinenz; Schwierigkeiten, die Menge zu reduzieren oder aufzuhören; Entzugserscheinungen wie Schwitzen, Übelkeit, Kopfschmerzen bei Abstinenz
Emotionen	Zunehmende Gereiztheit, Angst oder Depression ohne Alkoholkonsum; Gefühl von Schuld oder Scham im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum	Depression, insbesondere während oder nach dem Alkoholkonsum; Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen
Denkvermögen	Vererrte Wahrnehmung der eigenen Trinkgewohnheiten; Leugnen des Ausmaßes des eigenen Alkoholkonsums	Gedächtnislücken oder Blackouts, besonders nach starkem Konsum
Beziehung	Probleme in sozialen Beziehungen aufgrund des Alkoholkonsums; Vernachlässigung von familiären oder beruflichen Verpflichtungen	Körperliche Vernachlässigung, ungesunde Ernährung und mangelnde Selbstpflege; Schlafstörungen, Schlaflosigkeit
Motivation und Interesse	Nachlassen des Interesses an Hobbys und Aktivitäten außerhalb des Trinkens	Gewichtsverlust oder -zunahme
Kognition	Beeinträchtigtetes Urteilsvermögen und Entscheidungsfähigkeit; Probleme beim Denken und Konzentrieren	-

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien F10-F19 zu benutzen, um das Zustandsbild noch etwas genauer zu beschreiben:

Tabelle 16.3.: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)

B ezeich- nung	Beschreibung
.0 Akute In toxi- kation [akuter Rausch]	Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewusstseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.
.1 Schädlicher Gebrauch	Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

B ezeich- nung	Beschreibung
.2	<p>Abhängigkeitssyndrom Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen. </p>
.3	<p>Entzugssyndrom Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden. </p>
.4	<p>Entzugssyndrom mit Delir (Delirium tremens, alkoholbedingt) Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe vierte Stelle .3) durch ein Delir, (siehe Kriterien für F05.-) kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten. Wenn organische Faktoren eine beträchtliche Rolle in der Ätiologie spielen, sollte das Zustandsbild unter F05.8 klassifiziert werden. </p>
.5	<p>Psychotische Störung Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt. </p>
.6	<p>Amnestisches Syndrom Ein Syndrom, das mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einhergeht. Das Immediatgedächtnis ist gewöhnlich erhalten, und das Kurzzeitgedächtnis ist mehr gestört als das Langzeitgedächtnis. Die Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters sind meist deutlich, ebenso wie die Lernschwierigkeiten. Konfabulationen können ausgeprägt sein, sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden. Andere kognitive Funktionen sind meist relativ gut erhalten, die amnestischen Störungen sind im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt. </p>
.7	<p>Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung Eine Störung, bei der alkohol- oder substanzbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann. Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, dass der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.</p>
.8	<p>Sonstige psychische und Verhaltensstörungen </p>

Code	Bezeichnung	Beschreibung
.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	

16.4.2. ICD-11

Im ICD-11 gibt es eine neue Kategorie mit der Bezeichnung "Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte". In dieser Kategorie werden Störungen durch Substanzgebrauch, aber auch jetzt neu aufgenommen "Störungen durch Verhaltenssuchte" (z. B. pathologisches Spielen) unterschieden.

"Zu den Störungen durch Substanzgebrauch gehören Störungen, die auf den einmaligen oder wiederholten Gebrauch von Substanzen mit psychoaktiven Eigenschaften, einschließlich bestimmter Medikamente, zurückzuführen sind. Dazu gehören Störungen im Zusammenhang mit vierzehn Klassen oder Gruppen von psychoaktiven Substanzen. In der Regel führt der anfängliche Gebrauch dieser Substanzen zu angenehmen oder ansprechenden psychoaktiven Wirkungen, die bei wiederholtem Gebrauch belohnend und verstärkend wirken. Bei fortgesetztem Gebrauch können viele der einbezogenen Substanzen zur Abhängigkeit führen. Sie können auch zahlreiche Formen von Schäden verursachen, sowohl für die psychische als auch für die körperliche Gesundheit. Störungen, die auf den schädlichen nicht-medizinischen Gebrauch nicht-psychoaktiver Substanzen zurückzuführen sind, werden ebenfalls in dieser Gruppe aufgeführt." (ICD-11)

Bei den "Störungen durch Substanzgebrauch" finden sich die in Tabelle 16.4 aufgeführten Diagnosen.

Tabelle 16.4.: Störungen durch Substanzgebrauch (ICD-11)

Code	Bezeichnung
6C40.0	Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol
6C40.1	Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol
6C40.2	Alkoholabhängigkeit
6C40.3	Alkoholintoxikation
6C40.4	Alkoholentzug
6C40.5	Alkoholinduziertes Delir
6C40.6	Psychotische Störung durch Alkohol
6C40.7	Bestimmte näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol
6C40.Y	Sonstige näher bezeichnete Störungen durch Alkohol
6C40.Z	Störungen durch Alkohol, nicht näher bezeichnet

Tabelle 16.5.: Ausführliche Beschreibung der Störungen durch Substanzgebrauch im ICD-11

Code	Bezeichnung	Beschreibung
6C40.0	Episode des schädlichen Gebrauchs von Alkohol	Eine Episode des Alkoholgebrauch, die zu einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit einer Person oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt. Die Schädigung der Gesundheit der Person ist auf einen oder mehrere der folgenden Punkte zurückzuführen: (1) Verhalten im Zusammenhang mit einer Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf Körperorgane und -systeme; oder (3) eine schädliche Art der Verabreichung. Die Schädigung der Gesundheit anderer umfasst jede Form von körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten der Person zurückzuführen ist, auf die sich die Diagnose des einmaligen schädlichen Gebrauch bezieht, und zwar aufgrund der Alkoholintoxikation. Diese Diagnose sollte nicht gestellt werden, wenn der Schaden auf ein bekanntes Muster des Alkoholgebrauchs zurückzuführen ist.
6C40.1	Schädliches Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol	Ein Verhaltensmuster bei Gebrauch von Alkohol, das die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt hat oder zu einem Verhalten geführt hat, das die Gesundheit anderer schädigt. Das Muster des Alkoholgebrauchs erstreckt sich über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten, wenn der Gebrauch episodisch ist, oder von mindestens einem Monat, wenn der Gebrauch kontinuierlich ist. Die Gesundheitsschädigung der Person ist auf einen oder mehrere der folgenden Punkte zurückzuführen: (1) Verhalten im Zusammenhang mit der Intoxikation; (2) direkte oder sekundäre toxische Wirkungen auf die Organe und Systeme des Körpers; oder (3) eine schädliche Art der Verabreichung. Die Schädigung der Gesundheit anderer umfasst jede Form von körperlicher Schädigung, einschließlich Trauma, oder psychischer Störung, die direkt auf das Verhalten im Zusammenhang mit der Alkoholintoxikation der Person zurückzuführen ist, auf die die Diagnose "Schädlicher Alkoholgebrauch" zutrifft.

Code	Bezeichnung	Beschreibung
6C40.2	Alkoholabhängigkeit	Alkoholabhängigkeit ist eine Störung der Steuerung des Alkoholgebrauch, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Alkoholgebrauch entsteht. Kennzeichnend ist ein starker innerer Drang, Alkohol zu konsumieren, der sich in einer eingeschränkten Fähigkeit zur Kontrolle des Gebrauchs, einer zunehmenden Priorität des Gebrauchs gegenüber anderen Aktivitäten und einer Fortführung des Gebrauchs trotz Schäden oder negativer Folgen äußert. Diese Erfahrungen werden häufig von einem subjektiven Gefühl des Drangs oder Verlangens nach Alkohol begleitet. Es können auch physiologische Merkmale der Abhängigkeit vorhanden sein, wie z. B. Toleranz gegenüber der Wirkung von Alkohol, Entzugserscheinungen nach Beendigung oder Verringerung des Alkoholgebrauchs oder wiederholte Einnahme von Alkohol oder pharmakologisch ähnlichen Substanzen, um Entzugserscheinungen zu verhindern oder zu lindern. Die Merkmale der Abhängigkeit zeigen sich in der Regel über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten, die Diagnose kann jedoch gestellt werden, wenn der Alkoholgebrauch über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten kontinuierlich (täglich oder fast täglich) erfolgt.

16.4.3. ICD-10 vs ICD-11

Tabelle 16.6.: Definition der Abhängigkeit im ICD-10 und ICD-11

ICD-10 Abhängigkeitssyndrom	ICD-11 Abhängigkeit
<p>Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.</p>	<p>Eine Störung der Regulierung von Substanzgebrauch, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Konsum entsteht. Charakteristisches Merkmal ist ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren, welches sich durch die fehlende Fähigkeit manifestiert, den Konsums zu kontrollieren, einer zunehmenden Priorisierung des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und fortgeführten Konsum trotz Schädigung oder negativer Konsequenzen. Diese Erfahrung ist häufig begleitet durch subjektives Verlangen oder Drang zu konsumieren. Physiologische Merkmale der Abhängigkeit können ebenfalls bestehen, einschließlich Toleranz gegenüber der Substanz, Auftreten von Entzugssymptomen nach Absetzen oder Reduktion der Substanz oder Konsum einer gleichartigen Substanz, um Entzugssymptome zu verhindern oder abzuschwächen. Die Merkmale der Abhängigkeit bestehen in der Regel in einem Zeitraum von 12 Monaten, oder die Diagnose kann auch bei anhaltendem (täglich oder fast täglich) Substanzkonsum gestellt werden.</p>

16.5. Testdiagnostik

Laut [S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen](#) sollen für eine Früherkennung, Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung, Verlaufs- und Prognosebeurteilung alkoholbezogener Störungen sowohl Fragebögen als auch Zustandsmarker einzeln und in Kombination eingesetzt werden.

16.5.1. Zustandsmarker/Biomarker

Biologische Marker (als Indikatoren exzessiven Alkoholkonsums) können bei der Erkennung eines gesundheitsschädlichen Trinkverhaltens eingesetzt werden (Schmidt, o. J.).

In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ finden sich folgende Empfehlungen:

“Zum Nachweis von **akutem Alkoholkonsum** sollen Zustandsmarker (EtOH in der Atemluft und im Blut, EtG und EtS im Urin) in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.”

i Hinweis

Ein Alkoholkonsum während der letzten Stunden und Tage wird als akut, während der letzten Wochen und Monate als chronisch verstanden. Allgemein kann zwischen Zustands- und Verlaufsmarkern (state und trait Markern) unterschieden werden. Die zu berücksichtigenden Zustandsmarker werden in direkte (die nach Aufnahme von Alkohol positiv sind) und indirekte (die bspw. Organschäden anzeigen) unterschieden.

“Zum Nachweis von **chronischem Alkoholkonsum** sollte ein geeigneter Zustandsmarker (PEth im Blut oder EtG und/oder EtPa in Haaren) in verschiedenen Kontexten (stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden. Wenn chronischer Alkoholkonsum nachgewiesen werden soll, soll eine geeignete Kombination von indirekten Zustandsmarkern (z. B. GGT & MCV & CDT, Antilla Index, Alc Index) zur Erhöhung der Sensitivität und Spezifität in verschiedenen Kontexten (Hausarztpraxis, stationäre Aufnahme, Notaufnahme, präoperatives Screening, Intensivstation) eingesetzt werden.”

16.5.2. Fragebögen und Ratingskalen

In Abbildung 16.3 findet sich eine Übersicht über ausgewählte Screening-Instrumente (Baumgärtner & Soyka, 2014).

16.5.2.1. Münchner Alkoholismustest (MALT)

Der **MALT** ist eines der ältesten Testverfahren zur Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit [G. Feuerlein, H. G. Weyerer und W. Linz.]. Er besteht aus zwei Teilen, einer Selbstbeurteilung und einer Fremdbeurteilung durch Fachleute. Im Fremdbeurteilungsteil sind 7 Items zur Einschätzung der Alkoholabhängigkeit aufgrund anamnestischer Daten aufgeführt. Die Selbstbeurteilung besteht aus 24 Items, mit denen das Trinkverhalten bzw. die Einstellung zum Trinken und die alkoholbedingte psychischen und soziale Beeinträchtigung erfasst wird (siehe Abbildung 16.4).

Bei der Fremdbeurteilung müssen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Es liegt eine Lebererkrankung vor und mindestens ein pathologischer Laborwert.
2. Der Patient leidet unter einer Polyneuropathie (ohne erkennbare andere Ursachen).
3. Es gibt oder gab Fälle von Delirium tremens.
4. Der Konsum reinen Alkohols liegt ein oder mehrmals im Monat >150 ml (Frauen: 120 ml).
5. Der Konsum reinen Alkohols liegt ein oder mehrmals im Monat >300 ml (Frauen: 240 ml).
6. Ein Foetor alcoholicus (eine Alkoholfahne) ist erkennbar.
7. Familienangehörige und andere Bezugspersonen haben schon einmal wegen Alkoholproblemen des Patienten professionellen Rat gesucht.

Die Antworten auf die Fragen werden getrennt für die Selbst- und Fremdbeurteilung zusammengezählt, wobei die Fremdbeurteilung 4-fach gewichtet wird. Die Gesamtpunktzahl gibt Aufschluss über den Schweregrad des Alkoholkonsums und möglicher damit verbundener Probleme. Laut Testautoren weist ein Testwert von 6 bis 10 Punkten auf die Gefahr (Verdacht) einer Alkoholabhängigkeit hin. Testwerte von 11 und mehr Punkten deuten auf eine Alkoholabhängigkeit hin.

Instrument	Kompletter Name	Zielsetzung	Art der Erhebung, Anzahl der Items	Anwendungsbereich, Bemerkungen
CIDI (WHO, 1980)	Composite International Diagnostic Interview	Vollständig standardisierte Erfassung psychischer Störungen, ICD-10- und DSM-4-Diagnosen	Standardisiertes Interview	Training unbedingt erforderlich
AUDIT (Babor et al. 1989; Saunders et al. 1993)	Alcohol Use Disorder Identification Test	Erfassung alkoholbedingter Schäden im letzten Jahr	Kernfragebogen 10 Items, als klinisches Verfahren 8 Items	Keine Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit
AUDIT- G- L	Deutsche Version	Erfassung alkoholbedingter Schäden im letzten Jahr	Kernfragebogen 10 Items, als klinisches Verfahren 8 Items	Verschiedene Versionen mit unterschiedlichen Trennpunkten
BDA	Basler Drogen- und Alkoholfragebogen	Schweregrad bei Alkohol- und Drogenabhängigen	Fremdbeurteilung	Kein klarer Trennpunkt angegeben
CAGE	Cut down Annoyance Guilty Eye Opener	Screening	Fremdbeurteilung	Lediglich 4 Items
MALT (MALT-F und MALT-S)	Münchener Alkoholismustest	Screening des Alkoholismus und der Alkoholgefährdung	Selbstbeurteilung 24 Items, Fremdbeurteilung 7 Items (mit klinischen Befunden)	Gesamtscore: 4x MALT-F+MALT-S; Unterscheidung: kein Alkoholismus, Verdacht auf Alkoholismus, Alkoholismus
EuropASI	EuropASI	Schweregrad in verschiedenen Bereichen	Semistrukturiertes Interview 7 Bereiche	Auch deutsche Fassung vorhanden, keine Diagnose
AWS	Alcohol Withdrawal Scale	Erfassung der Verlaufsdynamik	6 Items für vegetative Dynamik, 5 Items für psychische Symptome	Basierend auf dem CIWA-A 2 Subskalen: vegetative Symptomatik, psychische Probleme
CIWA-A, CIWA-Ar	Clinical Interview Withdrawal Assessment of Alcohol	Schweregrad des Entzugs	CIWA-A 15 Items, CIWA-Ar 10 Items	Bei einem Wert ab 10 wird eine pharmakologische Behandlung empfohlen.

Abbildung 16.3.: Übersicht über ausgewählte Screening-Instrumente

1.	In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
2.	Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder einen Brechreiz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
3.	Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
4.	Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
5.	Es kommt nicht selten vor, dass ich vor dem Mittagessen bzw. vor zweiten Frühstück, Alkohol trinke	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
6.	Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
7.	Ich denke oft an Alkohol	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
8.	Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
9.	In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
10.	Auf der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
11.	Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich alleine bin	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
12.	Seitdem ich mehr Alkohol trinke bin ich weniger tüchtig	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
13.	Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfter Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
14.	Ich habe ein Trinksystem versucht (z. B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
15.	Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
16.	Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
17.	Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
18.	Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
19.	Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
20.	Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
21.	Wenn ich nicht trinken würde, käme ich besser mit meinem Partner zurecht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
22.	Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
23.	Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
24.	Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Abbildung 16.4.: Münchner Alkoholismustest: Selbstbeurteilung

16.5.2.2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der **AUDIT-Fragebogen** wurde als einfache Methode für das Screening auf übermäßigen Alkoholkonsum entwickelt. Er besteht aus 10 Fragen, die den Konsum, das Risikoverhalten und die Auswirkungen des Alkoholkonsums erfassen (@fig-abuse-AUDIT).

	Fragen	0	1	2	3	4	
1	Wie oft trinken Sie Alkohol?	Nie	Monatlich oder weniger	2-4x im Monat	2-3x in einer Woche	4 oder mehrmals in der Woche	
2	Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 9	10 oder mehr	
3	Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
4	Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
5	Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
6	Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
7	Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
8	Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern?	Nie	Weniger als monatlich	Monatlich	Wöchentlich	Täglich oder fast täglich	
9	Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nein		Ja, aber nicht im letzten Jahr		Ja, im letzten Jahr	
10	Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken?	Nein		Ja, aber nicht im letzten Jahr		Ja, im letzten Jahr	
						Gesamt	

Abbildung 16.5.: Deutsche Version des AUDIT-Fragebogen

Die Antworten werden auf einer Skala bewertet, die je nach Frage variiert. Die Punkte werden zusammengezählt, um eine Gesamtwertung zu erhalten. Ein höherer Gesamtwert deutet auf ein höheres Risiko für Alkoholprobleme hin.

In der klinischen Praxis dient der AUDIT-Fragebogen als schnelle Möglichkeit, Alkoholkonsummuster zu identifizieren und Personen zu identifizieren, die möglicherweise eine weiterführende Bewertung oder Unterstützung benötigen.

16.5.2.3. CAGE-Fragen

Der CAGE-Fragebogen wird zum Screening auf Alkoholmissbrauch verwendet. CAGE ist ein Akronym und steht für **C**ut down drinking, **A**nnoyed by criticism, **G**uilty feelings und **E**ye-opener.

Folgende Bewertungen werden vorgenommen: 0-1 Punkte = Alkoholmissbrauch unwahrscheinlich; 2-4 Punkte = Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich

CAGE-Fragen

Sie können diese Fragen auch als Leitfragen im Diagnosegespräch einsetzen. Dazu finden Sie hier Formulierungsvorschläge:

Cut down drinking

Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?



Was war der Grund dafür?
Haben Sie daraufhin Ihren Konsum reduziert?
Wie ist es Ihnen dabei ergangen?

Annoyance

Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?



Wie sind Sie mit dieser Kritik umgegangen?

Guilty

Haben Sie sich jemals wegen Ihres Alkoholkonsums schuldig gefühlt?



Womit stand Ihr Schuldgefühl in Verbindung?

Eye Opener

Haben Sie jemals morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?



Wie oft kommt das zur Zeit vor?
Hätten Sie auch ohne Alkohol durch den Tag kommen können?

Abbildung 16.6.: Deutsche Version des CAGE-Fragebogens

16.5.2.4. DSM-5 Checklist

Die DSM-5-Checkliste Alkoholkonsumstörung erfasst die diagnostischen Kriterien einer Alkoholabhängigkeit. Es handelt sich nach DSM-5 dann um eine psychische Störung, wenn diese mit einer klinisch bedeutsamen Beeinträchtigung oder Belastung verbunden ist und sich durch mindestens zwei der in der Checkliste genannten Punkte innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten manifestiert (Abbildung 16.7).

- 1 Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.
- 2 There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use.
- 3 A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects.
- 4 Craving, or a strong desire or urge to use alcohol.
- 5 Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill rote obligations at work, school, or home.
- 6 Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol.
- 7 Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use.
- 8 Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous.
- 9 Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by alcohol.
- 10 Tolerance, as defined by either of the following:
 - a. a need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect
 - b. a markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol.
- 11 Withdrawal, as manifested by either of the following:
 - a. the characteristic withdrawal syndrome for alcohol (see CIWA-AR, available at umem.org/files/uploads/1104212257_CIWA-Ar.pdf)
 - b. alcohol (or a closely related substance, such as a benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.

Abbildung 16.7.: DSM-5 Checkliste

Anhand der Checkliste soll zusätzlich noch angegeben werden, ob eine (a) frühere oder (b) anhaltende Remission vorliegt und ob (c) der Zugang zu Alkohol eingeschränkt ist:

- a. **Frühere Remission:** Nachdem zuvor alle Kriterien für AUD erfüllt wurden, ist seit mindestens drei Monaten, aber weniger als 12 Monaten keines der Kriterien für AUD mehr erfüllt (mit der Ausnahme, dass Kriterium 4, "Craving, oder ein starkes Verlangen oder ein Drang, Alkohol zu konsumieren", erfüllt sein kann).
- b. **Anhaltende Remission:** Nachdem zuvor alle Kriterien für AUD erfüllt waren, wurde zu keinem Zeitpunkt während eines Zeitraums von 12 Monaten eines der Kriterien für AUD erfüllt.
- c. **Kontrollierte Umgebung:** Diese zusätzliche Angabe wird verwendet, wenn sich die Person in einer Umgebung befindet, in der der Zugang zu Alkohol eingeschränkt ist.

Bei der Angabe des aktuellen Schweregrads der Störung gilt folgende Regel:

- - 305.00 (F10.10) Leicht: Vorhandensein von 2-3 Symptomen

- - 303.90 (F10.20) Mäßig: Vorhandensein von 4-5 Symptomen
- - 303.90 (F10.20) Schwerwiegend: Vorhandensein von 6 oder mehr Symptomen

16.6. Verständnisfragen

1. Welche diagnostischen Instrumente und Verfahren werden häufig eingesetzt, um eine Alkoholabhängigkeit zu erkennen, und wie unterscheiden sie sich in ihrer Anwendung?
2. Welche Rolle spielen strukturierte klinische Interviews (z. B. SKID) in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit, und welche Vorteile bieten sie gegenüber freien Gesprächen?
3. Wie können körperliche Untersuchungen und Laborparameter (z. B. Leberwerte, CDT) zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit beitragen?
4. Welche Unterschiede bestehen zwischen den Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit im ICD-10 und ICD-11, und wie wirken sich diese auf die klinische Praxis aus?
5. Warum ist die Erfassung des "Craving" (starker Drang nach Alkohol) ein zentrales Element in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit, und wie wird es in der Praxis evaluiert?
6. Wie werden Entzugssymptome in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit berücksichtigt, und welche klinischen Herausforderungen können dabei auftreten?
7. Welche psychischen Störungen (z. B. Depression, Angststörungen) müssen bei der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit differenzialdiagnostisch abgegrenzt werden, und warum ist dies wichtig?
8. Wie unterscheidet sich die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit von der Diagnose eines schädlichen Alkoholgebrauchs, und welche Kriterien sind hierbei entscheidend?
9. Welche Rolle spielen die subjektive Wahrnehmung des Patienten und die Schilderung des Konsumverhaltens in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit?
10. Wie können Angehörige oder Bezugspersonen in den diagnostischen Prozess einbezogen werden, und welche Informationen liefern sie, die der Patient möglicherweise nicht offenlegt?
11. Wie wird der Schweregrad einer Alkoholabhängigkeit im ICD-11 bestimmt, und welche klinischen Implikationen ergeben sich daraus für die Behandlung?
12. Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Diagnostik einer Alkoholabhängigkeit im Frühstadium, und wie können diese überwunden werden?
13. Welche Biomarker (z. B. CDT, GGT, MCV) werden in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit eingesetzt, und wie unterscheiden sie sich in ihrer Aussagekraft und Spezifität?
14. Wie zuverlässig ist der Biomarker CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) bei der Identifikation eines chronischen Alkoholkonsums, und welche Faktoren können die Ergebnisse verfälschen?
15. Welche Rolle spielen Biomarker wie CDT in der Differenzialdiagnostik zwischen einem schädlichen Alkoholgebrauch und einer Alkoholabhängigkeit?
16. Wie können Biomarker in Kombination mit klinischen Interviews und psychologischen Tests die Diagnostik der Alkoholabhängigkeit verbessern, und welche Grenzen haben sie dabei?
17. Welche körperlichen Symptome und klinischen Zeichen (z. B. Tremor, Hepatomegalie, Hautveränderungen) sind typisch für eine fortgeschrittene Alkoholabhängigkeit, und wie entstehen sie pathophysiologisch?
18. Welche Rolle spielen gastrointestinale Symptome (z. B. Gastritis, Pankreatitis) als Hinweise auf einen chronischen Alkoholkonsum, und wie werden sie in der Diagnostik berücksichtigt?
19. Welche standardisierten Fragebögen (z. B. AUDIT, CAGE) werden häufig in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit eingesetzt, und wie unterscheiden sie sich in ihrer Anwendung und Aussagekraft?
20. Wie kann der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) dazu beitragen, sowohl riskanten Alkoholkonsum als auch eine Alkoholabhängigkeit zu identifizieren, und welche Grenzen

hat dieses Instrument?

21. Welche Rolle spielt der CAGE-Fragebogen in der Früherkennung einer Alkoholabhängigkeit, und wie wird er in der klinischen Praxis eingesetzt?
22. Wie können Checklisten und Fragebögen dazu beitragen, die subjektive Schilderung des Patienten zu objektivieren, und welche Herausforderungen ergeben sich dabei?
23. Welche zusätzlichen Informationen können strukturierte Interviews (z. B. SKID) im Vergleich zu kurzen Screening-Fragebögen liefern, und wann sind sie besonders sinnvoll?
24. Wie können Fragebögen und Checklisten in der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit mit anderen diagnostischen Methoden (z. B. Biomarker, körperliche Untersuchung) kombiniert werden, um eine umfassende Beurteilung zu ermöglichen?
25. Nennen Sie vier Themen, die in einer Anamnese angesprochen werden sollten.
26. Warum ist es nicht sinnvoll, nach der Menge des Alkoholkonsum zu fragen?
27. Nennen Sie drei Merkmale, die auf eine psychische Abhängigkeit hinweisen.
28. Nennen Sie drei Merkmale, die auf eine körperliche Abhängigkeit hinweisen.
29. Warum ist die Unterscheidung zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit sinnvoll?
30. Erläutern Sie das Konzept des Cue Exposure? Was soll damit erklärt werden?
31. Wie wirkt sich die Exposition gegenüber alkoholbezogenen Reizen (Cue Exposure) auf das Craving bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit aus?
32. Welche Rolle spielt die Cue-Expositionstherapie in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit, und wie kann sie dazu beitragen, das Rückfallrisiko zu verringern?
33. Wie unterscheidet sich das Craving in verschiedenen Phasen der Alkoholabhängigkeit (z. B. während des Entzugs, in der Abstinenzphase)?
34. Welche Faktoren beeinflussen die Intensität des Craving?
35. Welche individuellen Unterschiede (z. B. psychische Komorbiditäten, Dauer der Abhängigkeit) können die Reaktion auf Cue Exposure und das Erleben von Craving beeinflussen?

17. Alkoholabhängigkeit: Ätiologie

17.1. Einleitung

Genauso wie bei anderen psychischen Störungen sind bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit verschiedene Faktoren beteiligt, die in unterschiedlichen Phasen der Erkrankung eine Rolle spielen.

Nachfolgend ist die hypothetische Entstehung einer Alkoholkonsumstörung skizziert (Brecklinghaus, 2013):

- **Voralkoholische Phase**

- In der **voralkoholische Phase** entdeckt der Konsument, dass Alkohol eine entspannende, beruhigende und erleichternde Wirkung hat. Alkohol wird daraufhin zunehmend häufiger mit dem Ziel getrunken, diese angenehme Wirkung zu spüren. In dieser Phase wird das Konsumverhalten auch durch die Verfügbarkeit und den Umgang mit dem Konsum in der Gesellschaft (z. B. für die Sportmannschaft gibt es Siegerbier oder Verliererbier; bei Feiern wird Sekt ausgeschenkt) beeinflusst.
- Wer kann dem widerstehen? Das Charakteristische dieser Phase ist, dass dem Alkoholkonsum eine bestimmte psychische Funktion zukommt. Alkohol wird eingesetzt, um das seelische Befinden positiv zu beeinflussen. Das Erleichterungstrinken hat begonnen. Problematisch daran ist, dass andere Möglichkeiten, das seelische Befinden positiv zu beeinflussen, mit zunehmendem Einsatz von Alkohol vernachlässigt und schließlich sogar verlernt werden. Sich Erleichterung durch Alkohol zu verschaffen ist weniger anstrengend als andere Möglichkeiten, sich ein gutes Gefühl zu verschaffen.

- **Anfangsphase**

- In der **Anfangsphase** kommt es zu ersten Schwierigkeiten, mit dem Trinken aufzuhören. Der Konsument denkt immer häufiger an Alkohol, indem er z. B. überlegt, wie weit der Alkoholvorrat zu Hause noch reicht oder wann sich die nächste Gelegenheit zum Trinken ergibt. Er vermeidet Gespräche über Alkohol und trinkt vielleicht auch heimlich. Das Charakteristische dieser Phase ist, dass der Betroffene gefühlsmäßig meist schon selber merkt, dass mit seinem Trinkverhalten etwas nicht in Ordnung ist. Zugleich möchte er aber an seinem Trinkverhalten nichts verändern, weil das Trinken angenehm ist. Aus diesem Widerspruch entstehen Schuldgefühle. Die Schuldgefühle werden bekämpft – mit Alkohol. Wenn die Wirkung des Alkohols nachlässt, sind die Schuldgefühle wieder da, und stärker als zuvor. Die Schuldgefühle werden bekämpft – mit noch mehr Alkohol. Der Teufelskreis hat begonnen.
- Der Körper gewöhnt sich an den Alkohol, die Toleranzentwicklung setzt ein („Der kann aber was vertragen!“). Der Körper braucht immer mehr, damit die gleiche Wirkung erzielt wird, oder besser, noch eine größere Wirkung, weil das Leben im nüchternen Zustand so schwer zu ertragen ist. Und so viel trinke ich ja auch nicht, und alle anderen trinken auch, sogar noch mehr als ich, und was ich heimlich trinke, das zählt nicht. Hauptsache, ich falle nicht auf. Anstatt sich den Ursachen der Schuldgefühle kritisch zu stellen, vermeidet

der Betroffene eine Konfrontation und Auseinandersetzung. Er geht den Weg des geringsten Widerstandes und rechtfertigt dies vor sich und anderen, indem er seinen Konsum verharmlost und beschönigt. Tragisch daran ist, dass er hierdurch die Abhängigkeitsentwicklung fortsetzt. Der Teufelskreis geht weiter.

- **Kritische Phase**

- In der **kritischen Phase** schreitet die Abhängigkeit weiter voran und erreicht ihre volle Ausprägung durch zunehmende Kontrollminderung bis hin zum Kontrollverlust (“binge drinking”), oft einhergehend mit körperlichen Entzugssymptomen. Die Betroffenen versuchen noch lange ihr eigenes Selbstbild vom Nicht-abhängig-Sein aufrecht zu erhalten, indem sie ihre Situation mit vordergründigen Erklärungen rechtfertigen oder indem sie verschiedene „Trinksysteme“ ausprobieren (z.B. „ich trinke nur am Wochenende“ oder „ich trinke erst ab 18 Uhr“ oder „ich trinke nur Bier, keinen Schnaps“). Zugleich häufen sich die alkoholbedingten Folgeprobleme, wie Streit in der Familie, nicht eingehaltene Versprechungen, Unzuverlässigkeit, Leistungsminderung am Arbeitsplatz. Der Betroffene verliert zunehmend das Interesse an seiner Umwelt, zieht sich meist selbstmitleidig zurück, fühlt sich von keinem mehr verstanden und baut eine feindlich-aggressive Haltung auf, insbesondere denen gegenüber, die das inzwischen offensichtlich gewordene Alkoholproblem ansprechen. Das Charakteristische dieser Phase ist das Fortschreiten der Entwicklung durch die anhaltenden Pseudoerklärungen und das Nicht-wahrhaben-Wollen der krankhaften Natur des Prozesses. Für Außenstehende ist es häufig kaum zu verstehen und zu ertragen, dass die Krankhaftigkeit der Entwicklung für sie schon längst deutlich zu erkennen ist, während der Betroffene selbst dies noch immer nicht wahrhaben will. Und solange der Betroffene selbst nicht einsieht, dass er krank ist, geht es weiter, immer weiter. Hinzukommt auch noch, dass durch das fortgesetzte Trinken aversive Entzugserscheinungen vermieden werden.

- **Chronische Phase**

- Die chronische Phase ist schließlich gekennzeichnet durch massive körperlich-seelische und soziale Folgeschäden, durch Vernachlässigung von Körper und Gesundheit, durch körperlich-seelische Zusammenbrüche, Klinikeinweisungen, Suizidversuche und Zwangseinweisungen. Die letzte Phase macht deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit eine lebensbedrohliche und lebensverkürzende Erkrankung ist. Angesichts dieser Endstation ist es nicht falsch, die Alkoholabhängigkeit als „Suizid auf Raten“ zu bezeichnen.

aus: Brecklinghaus (2013)

Die vorausgehende Beschreibung eines hypothetischen Verlaufs lässt erkennen, wann und wie neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren einen Einfluss auf den Alkoholkonsums und dessen Entgleisung haben. Erkennbar ist auch, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholkonsumstörung die spezifische Wirkung der Droge (z. B. Abhängigkeitspotenzial, Verfügbarkeit), Eigenschaften der konsumierenden Person (z. B. biologische und psychische Faktoren) und Umweltfaktoren (z. B. Familie, soziokulturelle Faktoren) interagieren (siehe Abbildung 17.1).

Die in Abbildung 17.1 aufgeführten Faktoren sind für das Suchtgeschehen entscheidend und sind letztlich Bestandteil des Teufelskreises der Sucht (Abbildung 17.2).

Die Abbildung 17.2 stammt aus dem Übersichtsartikel von Lindenmeyer (2021) und wurde ursprünglich von Kufner (1981) vorgeschlagen.

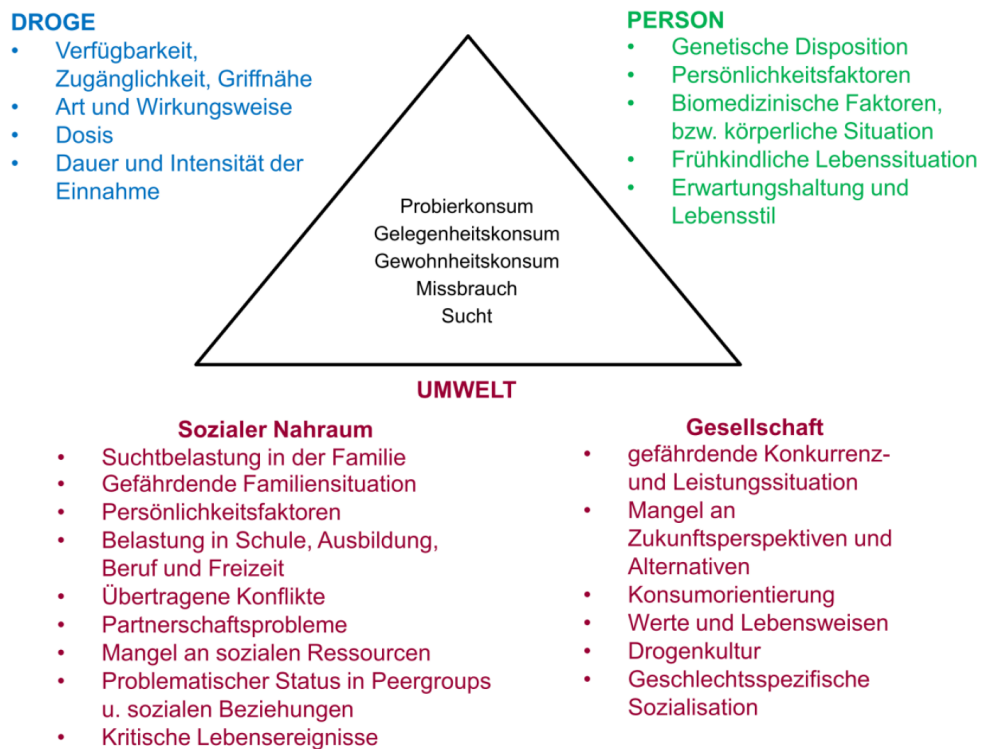


Abbildung 17.1.: Drei Faktorenmodell der Entstehung einer Konsumstörung

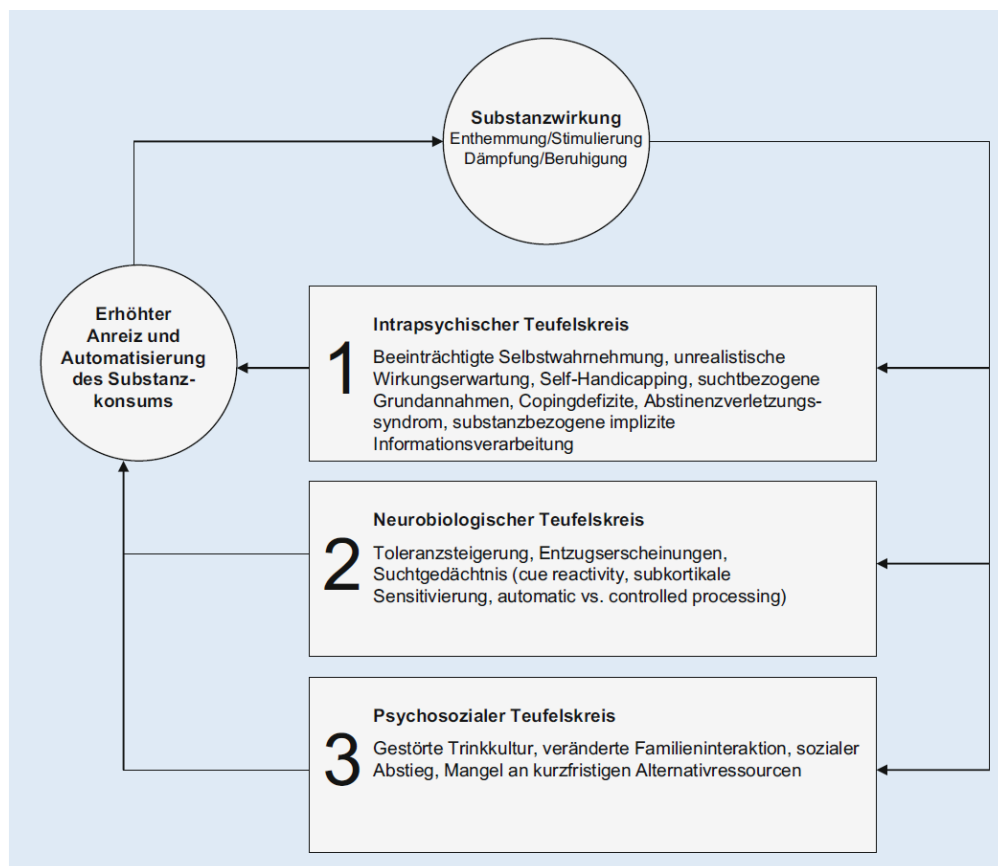


Abbildung 17.2.: Das bio-psycho-soziale Entstehungsmodell der Alkoholkonsumstörung

17.2. Neurobiologische Aspekte

Eine Alkoholkonsumstörung ist gekennzeichnet durch den Verlust der Kontrolle über den Alkoholkonsum. Aus Sicht der Neurobiologie, beeinflusst der Alkoholkonsum die Aktivität bestimmter Gehirnregionen (z. B. das Mittelhirn, das limbische System, der präfrontale Kortex und die Amygdala), die an der Ausführung motivierter Verhaltensweisen und der Kontrolle von Stress und Emotionalität beteiligt sind.

Mechanismen der positiven und negativen Verstärkung (d.h. direkte und indirekte Belohnung) bestimmen das individuelle Konsumverhalten. Positive Verstärkung (belohnender Effekte des Alkohols) und/oder negative Verstärkungsmechanismen (aversive affektive Zustände, die durch Alkoholkonsum gelindert werden) erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit des Konsums.

Auf der Ebene der Neurotransmitter werden die positiven Verstärkungseffekte von Alkohol hauptsächlich durch Dopamin, Opioidpeptide, Serotonin, GABA und Endocannabinoide vermittelt. Negative Verstärkungen führen zu einer erhöhten Rekrutierung von Corticotropin-Releasing-Faktor und glutamatergen Systemen und eine Herunterregulierung der GABA-Übertragung.

Der langfristige Konsum von Alkohol verursacht adaptive Veränderungen bei verschiedenen Neurotransmittern, darunter GABA, Glutamat und Noradrenalin, neben vielen anderen. Als einer der wichtigsten hemmenden Neurotransmitter spielt GABA eine Schlüsselrolle bei neurochemischen Mechanismen, die bei Rausch, Toleranz und Entzug beteiligt sind (siehe für weitere Details Koob & Volkow, 2016).

In Abbildung 17.3 ist der ätiologische, theoriebasierte, ontogenetische hierarchische Rahmen (ETOH-Modell) der Alkoholkonsumstörungen abgebildet (Boness et al., 2021).

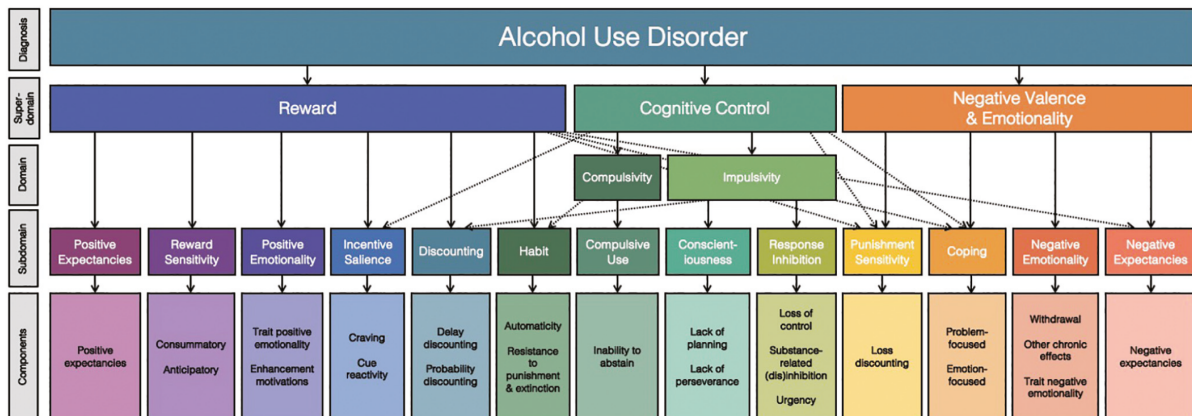


Abbildung 17.3.: ETOH Framework of Alcohol Use Disorder

Diese Abbildung stellt den ETOH-Rahmen bildlich dar, der als Ergebnis einer systematischen Überprüfung von Berichten über die Ätiologie von Alkoholkonsumstörungen erstellt wurde (Boness et al., 2021). Die gestrichelten Linien zeigen mögliche Überschneidungen zwischen den kognitiven Prozessen, die als kritisch für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholkonsumstörung angesehen werden. Die Effekte der negativen und positiven Verstärkung werden beispielsweise über das Belohnungssystem vermittelt.

Weitere Informationen zur Neurobiologie der Sucht finden Sie in den Vorlesungsfolien.

17.3. Psycho-soziale Aspekte

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind Eigenschaften, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Menschen Problemverhalten zeigen. Je stärker ausgeprägt und je zahlreicher diese Risikofaktoren kumuliert auftreten, desto höher ist die Gefährdung. Risikofaktoren können in der Gesellschaft, in der Gemeinde, in der Schule, in der Familie, bei den Peers oder der Person selbst liegen. Dazu gehören unter anderem:

- Leichte Erhältlichkeit von Substanzen
- geringer sozialer Zusammenhalt, mangelnde soziale Kontrolle
- eine ungünstige soziale Ausgangslage (dysfunktionale Familien, Suchtproblematik in der Familie)
- desorganisierte Schule, unklare Normen
- Fehlen einer tragfähigen Bindung zu den Eltern
- Schulversagen
- Geringe Impulskontrolle, mangelnde soziale, kognitive und emotionale Kompetenzen
- Frühe Auffälligkeiten und Problemverhalten
- Genetische Risikofaktoren
- Missbrauchs- und Gewalterfahrungen

Schutzfaktoren

Schutzfaktoren tragen zur Verbesserung und zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität bei, indem sie die Wirkung von Risikofaktoren vermindern (Puffereffekt). Sie sind jedoch nicht nur in Abhängigkeit von den Risikofaktoren zu betrachten, sondern fördern auch in Abwesenheit derselben das Wohlbefinden. Nicht alle Risiko- und Schutzfaktoren können allerdings in gleichem Masse beeinflusst werden. So sind zum Beispiel Persönlichkeitseigenschaften nur schwierig veränderbar. Die Schutzfaktoren "warme emotionale Bindung zu den Eltern" und "kohärenter Erziehungsstil" können aber durchaus im Fokus einer Präventionsmassnahme stehen. Schutzfaktoren sind auf den Ebenen Gesellschaft, Gemeinde, Schule, Familie, Peers und Person vorhanden.

Dazu gehören u.a.:

- Möglichkeit an Teilhabe und Integration in der Gesellschaft und in der Gemeinde (Bildung, Arbeit, Einkommen)
- positive Werte und Normen und deren Umsetzung
- positives Schulklima, kohärente Werte und Normen
- stabile, gute Bindungen zu den Eltern
- konsistenter Erziehungsstil

17.3.1. Soziale Faktoren und Umwelt

Soziale Faktoren beziehen sich auf externe Einflüsse und Beziehungen, die in sozialen Strukturen und Interaktionen verwurzelt sind und das Verhalten, die Einstellungen und die Entwicklung einer Person beeinflussen können. Im Kontext der Alkoholkonsumstörung können soziale Faktoren verschiedene Aspekte umfassen:

- Soziales Umfeld: Die Menschen, mit denen jemand Zeit verbringt, wie Familie, Freunde, Kollegen und die Gemeinschaft, können erheblichen Einfluss auf das Trinkverhalten haben.

- Normen und Erwartungen: Die sozialen Normen und Erwartungen bezüglich des Alkoholkonsums in einer bestimmten Kultur oder Gruppe können beeinflussen, wie viel und wie oft jemand trinkt.
- Soziale Unterstützung: Das Vorhandensein oder Fehlen einer unterstützenden sozialen Struktur kann die Fähigkeit einer Person beeinflussen, mit Stress umzugehen, was wiederum das Risiko für Alkoholkonsumstörungen beeinflussen kann.
- Peer-Druck: Der Einfluss von Gleichaltrigen oder Peers kann eine wichtige Rolle spielen. Wenn es in der Peer-Gruppe akzeptiert oder sogar gefördert wird, viel zu trinken, kann dies das eigene Trinkverhalten beeinflussen.

Der Begriff "Umwelt" bezieht sich auf die Gesamtheit der äußeren Faktoren und Bedingungen, die das Leben einer Person beeinflussen. Im Kontext der Alkoholkonsumstörung umfasst die Umwelt verschiedene Aspekte:

- Familiäre Umwelt: Die familiäre Umwelt, einschließlich der Beziehungen zu Eltern, Geschwistern und anderen Familienmitgliedern, kann eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Alkoholkonsumstörungen spielen.
- Arbeitsumfeld: Stress am Arbeitsplatz, beruflicher Druck oder berufliche Anforderungen können das Trinkverhalten beeinflussen.
- Sozioökonomischer Status: Der sozioökonomische Status, einschließlich Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus, kann die Verfügbarkeit von Ressourcen und den Zugang zu Unterstützungsdiensten beeinflussen.
- Gesellschaftliche Einflüsse: Größere gesellschaftliche Faktoren wie kulturelle Einstellungen zum Alkoholkonsum, gesetzliche Regelungen und die Verfügbarkeit von Alkohol können die Prävalenz von Alkoholkonsumstörungen in einer Gemeinschaft beeinflussen.
- Stress und Trauma: Umweltbedingte Stressoren und traumatische Ereignisse können das Risiko für Alkoholkonsumstörungen erhöhen, da Menschen möglicherweise versuchen, mit belastenden Erfahrungen umzugehen.

Das Zusammenspiel der sozialen und Umweltfaktoren ist in Abbildung 17.4 dargestellt, die aus dem Kapitel von Soyka & Kufner (2008) stammt.

In Abbildung 17.4 sind die sozialen und Umweltfaktoren in den grauen Rechtecken abgebildet. Psychologische Mechanismen und Faktoren sind blau unterlegt. Entscheidend bei diesem Modell ist, wie die Wahrnehmung der sozialen und Umweltfaktoren durch die Person erfolgt. Eine Erfahrung wird beispielsweise nur dann zu einer traumatischen Erfahrung, wenn diese von der betroffenen Person auch als traumatisch bewertet wird.

17.3.2. Psychologische Faktoren

Psychologische Modelle fokussieren auf die psychischen Vorgänge und Prozesse (z. B. Regulation aversiver Emotionen, soziale Ängste, fehlende soziale Kompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale), die an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholkonsumstörung beteiligt sind. Anhand dieser Modelle wird aber auch versucht zu erklären, warum es zu Rückfällen kommt und Patienten wieder auf die "Rückfallstraße" gelangen.

Kognitiv-behaviorale Modell des Rückfallprozesses

Das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfallprozesses wurde von Marlatt & Gordon (1985) entwickelt (Abbildung 17.5). Die beiden Autoren gehen davon aus, dass Hochrisikosituationen und die Reaktion des Trinkers auf diese Situationen eine zentrale Rolle beim Rückfall spielen. Menschen mit

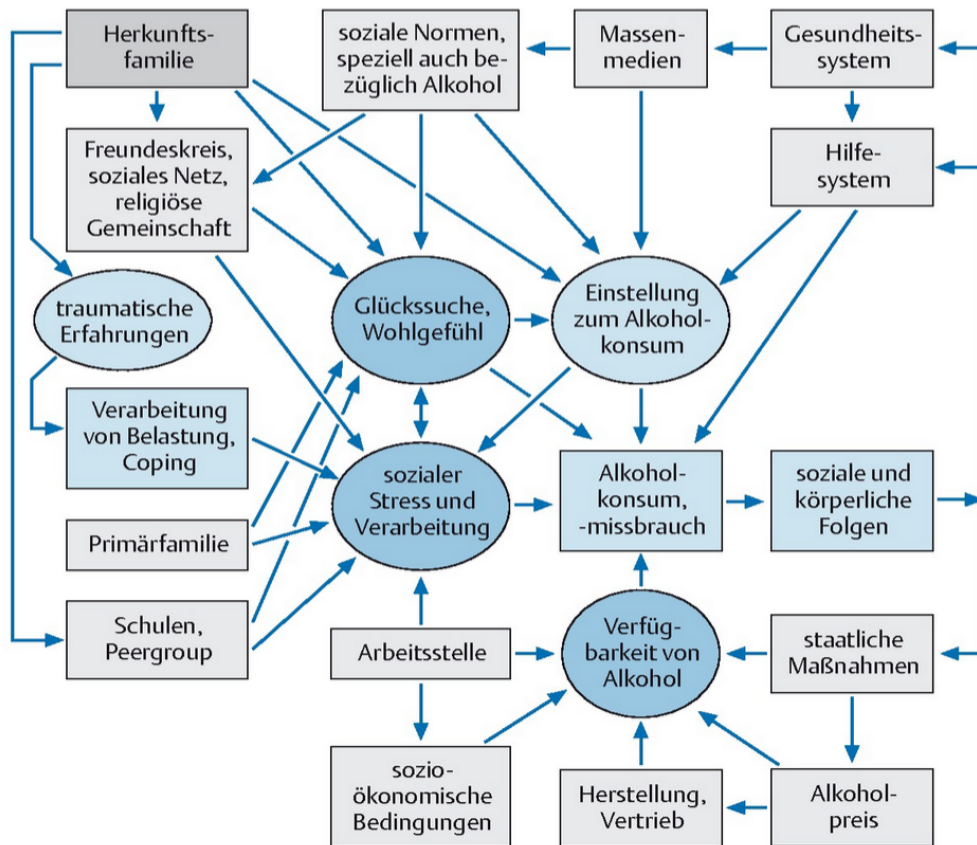


Abbildung 17.4.: Soziale Faktoren und deren Interaktion

wirksamen Bewältigungsstrategien sind zuversichtlich, dass sie die Situation meistern können (d. h. erhöhte Selbstwirksamkeit), wodurch die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verringert wird.

Umgekehrt erleben Menschen mit ineffektiven Bewältigungsstrategien eine geringere Selbstwirksamkeit, die zusammen mit der Erwartung, dass der Alkoholkonsum eine positive Wirkung hat (d. h. positive Ergebniserwartungen), zu einem ersten Rückfall führen kann. Dieser Ausrutscher kann wiederum zu Schuldgefühlen und Versagen führen (d. h. ein Abstinenzverletzungseffekt). Der Abstinenzverletzungseffekt kann zusammen mit positiven Ergebniserwartungen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen.

Das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfalls bietet einen Rahmen für das Verständnis der Prozesse, die zum Wiederauftreten von Suchtverhalten beitragen. Nachfolgend sind die wichtigsten Bestandteile des kognitiv-behavioralen Modells des Rückfalls aufgeführt und erläutert:

- **Abstinenzverletzungseffekt (AVE):** Das Modell beginnt mit dem Konzept des Abstinenzverletzungseffekts, der sich auf die emotionalen und kognitiven Reaktionen einer Person bezieht, wenn sie eine Verletzung ihrer Abstinenz- oder Nüchternheitsziele wahrnimmt. Dies kann zu Schuldgefühlen, Scham und einem Gefühl des Versagens führen.
- **Kognitive Prozesse:** Das Modell betont die Rolle kognitiver Prozesse im Rückfallprozess. Zu den spezifischen kognitiven Prozessen gehören:
 - **Attribution:** Die Art und Weise, wie der Einzelne die Verletzung der Abstinenz zuschreibt, kann seine emotionale Reaktion beeinflussen. Die Zuschreibung des Rückfalls an innere und stabile Faktoren (z. B. "Ich bin ein Versager") im Gegensatz zu äußeren und veränderlichen Faktoren (z. B. "Ich hatte einen momentanen Ausrutscher") kann sich auf das zukünftige Verhalten auswirken.

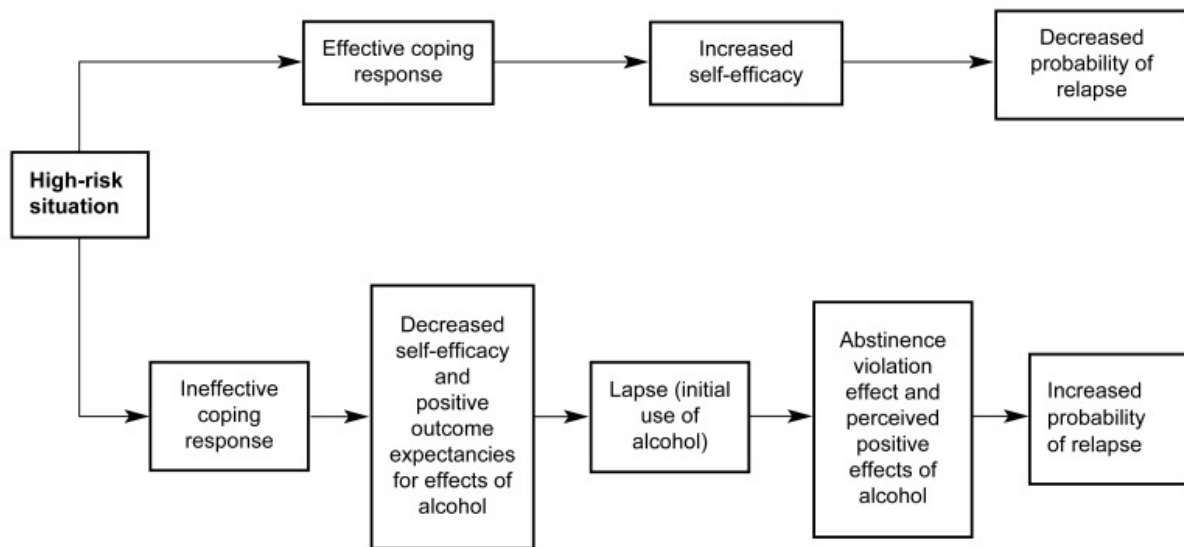


Abbildung 17.5.: Das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfallprozesses

- **Ergebniserwartungen:** Überzeugungen über die erwarteten Ergebnisse des Substanzkonsums spielen eine entscheidende Rolle. Wenn eine Person positive Ergebnisse (z. B. Stressabbau) vom Substanzkonsum erwartet, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls.
- **Rückfall-Selbstwirksamkeit:** Das Vertrauen des Einzelnen in seine Fähigkeit, dem Substanzkonsum in Hochrisikosituationen zu widerstehen. Eine geringere Selbstwirksamkeit ist mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden.
- **Soziale Faktoren:** Das Modell weist auch auf den Einfluss sozialer Faktoren auf den Rückfall hin.
 - **Soziale und umweltbedingte Anreize:** Situationen, Orte oder Personen, die mit dem Substanzkonsum in Verbindung gebracht werden, können ein Verlangen auslösen und das Risiko eines Rückfalls erhöhen.
 - **Soziale Unterstützung:** Das Vorhandensein unterstützender sozialer Netze kann als Schutzfaktor gegen einen Rückfall wirken, während ein Mangel an Unterstützung oder das Ausgesetztsein gegenüber negativen Einflüssen die Anfälligkeit erhöhen kann.
- **Bewältigungsfähigkeiten und -strategien:** Wirksame Bewältigungsfähigkeiten und -strategien sind für die Rückfallprävention von entscheidender Bedeutung. Das Modell betont, wie wichtig es ist, dem Einzelnen anpassungsfähige Bewältigungsmechanismen beizubringen, damit er mit Hochrisikosituationen umgehen kann, ohne zur Droge zu greifen.
- **Der Rückfallprozess:** Marlatt und Gordon beschreiben den Rückfallprozess als eine dynamische Abfolge von Ereignissen, die das Zusammenspiel von kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Faktoren beinhaltet. Der Prozess umfasst in der Regel die folgenden Phasen:
 - **Hochrisikosituationen:** Bestimmte Situationen erhöhen das Risiko eines Rückfalls, z. B. Stress, negative Gefühle oder Hinweise, die mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen.
 - **Bewältigungsreaktion:** Der Einzelne wendet als Reaktion auf Hochrisikosituationen Bewältigungsstrategien an. Eine wirksame Bewältigung verringert das Rückfallrisiko, während eine unangepasste Bewältigung zu einem Rückfall beitragen kann.
 - **Ergebnis der Bewältigungsreaktion:** Der Erfolg oder Misserfolg der Bewältigungsreaktion beeinflusst die nachfolgenden kognitiven und emotionalen Reaktionen und wirkt sich auf

die Wahrscheinlichkeit einer fortgesetzten Abstinenz oder eines Rückfalls aus.

- **Rückfallpräventionsstrategien:** Das Modell weist auf die Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Rückfallprävention hin, einschließlich Kompetenztraining, Identifizierung von Hochrisikosituationen, Verbesserung der Bewältigungsfähigkeiten und Veränderung von kognitiven Verzerrungen im Zusammenhang mit Rückfällen.
- **Langfristige Aufrechterhaltung:** Wichtigstes Ziel ist es, durch kontinuierliche kognitiv-behaviorale Interventionen, soziale Unterstützung und Verbesserung der Bewältigungsfähigkeiten eine langfristige Abstinenz zu erreichen und zu erhalten.

Das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfalls hat die Gestaltung von Rückfallpräventionsprogrammen und therapeutischen Maßnahmen für Personen mit Substanzkonsumstörungen maßgeblich beeinflusst. Es betont den dynamischen und zyklischen Charakter des Rückfallprozesses und unterstreicht die Bedeutung der Berücksichtigung kognitiver und verhaltensbezogener Faktoren zur Förderung einer dauerhaften Genesung.

17.4. Verständnisfragen

1. Welche genetischen Faktoren spielen eine Rolle bei der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit, und wie interagieren sie mit Umweltfaktoren?
2. Wie tragen neurobiologische Mechanismen (z. B. Dopamin-, GABA- und Glutamat-Systeme) zur Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bei?
3. Welche Rolle spielt die Toleranzentwicklung auf neurophysiologischer Ebene bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit?
4. Wie beeinflussen psychische Störungen (z. B. Depression, Angststörungen) das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln?
5. Welche Rolle spielt das Belohnungssystem im Gehirn bei der Entstehung von Craving und Suchtverhalten?
6. Wie tragen Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Impulsivität, Risikobereitschaft) zur Ätiologie der Alkoholabhängigkeit bei?
7. Welchen Einfluss haben soziokulturelle Faktoren (z. B. gesellschaftliche Normen, Verfügbarkeit von Alkohol) auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit?
8. Wie wirken sich frühe traumatische Erfahrungen (z. B. Kindheitstraumata) auf das Risiko aus, im späteren Leben eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln?
9. Welche Rolle spielt das familiäre Umfeld (z. B. Eltern mit Alkoholproblemen) bei der Ätiologie der Alkoholabhängigkeit?
10. Wie verändert sich das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, im Laufe des Lebens (z. B. Adoleszenz vs. Erwachsenenalter)?
11. Welche Rolle spielt der Erstkonsum von Alkohol (z. B. Alter bei der ersten Intoxikation) für die spätere Entwicklung einer Abhängigkeit?
12. Was versteht man unter einer Co-Abhängigkeit?
13. Welche Rolle spielen co-abhängige Beziehungsmuster (z. B. in Familien oder Partnerschaften) bei der Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit?
14. Welche psychologischen Mechanismen liegen der Co-Abhängigkeit zugrunde?
15. Wie beeinflussen die psychologischen Mechanismen der Co-Abhängigkeit die Dynamik in Beziehungen mit suchtkranken Personen?
16. Wie wirken sich Stress und traumatische Lebensereignisse auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit aus, und welche biologischen und psychologischen Prozesse sind dabei beteiligt?
17. Welche Rolle spielen Lernprozesse (z. B. klassische und operante Konditionierung) bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit?

18. Wie beeinflussen gesellschaftliche und wirtschaftliche Faktoren (z. B. Werbung, Preispolitik, Arbeitslosigkeit) die Ätiologie der Alkoholabhängigkeit?
19. Was versteht man unter einem Rückfall?
20. Welche Faktoren (z. B. Stress, soziale Situationen, Craving) erhöhen das Risiko eines Rückfalls bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit?
21. Wie wirken sich psychische Begleiterkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen) auf das Rückfallrisiko aus?
22. Welche Rolle spielen Coping-Strategien und soziale Unterstützung bei der Verhinderung von Rückfällen?

18. Alkoholabhängigkeit: Therapie

18.1. Einleitung

Für die Behandlung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit stehen in Deutschland verschiedene ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen zur Verfügung (siehe Abbildung 18.1). Eine ausführliche Darstellung der Versorgungsstrukturen für Alkoholabhängige findet sich bei Weissinger (2019).

	Beratung	Krankenbehandlung	Medizinische Rehabilitation	Nachsorge	Berufliche Rehabilitation	Komplementäre Hilfen
Hauptaufgabe	➤ Aufklärung, Beratung, Betreuung, Motivierung, Koordination von Hilfen	➤ Diagnostik und Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10) und Folgeerkrankungen von chronischem Alkoholkonsum (z. B. Leberzirrhose)	➤ Entwöhnung und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabefähigkeit	➤ Stabilisierung des Therapieerfolgs nach Entwöhnung	➤ Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	➤ Unterstützung von mehrfachgeschädigten Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen
Einrichtung und ihre Aufgaben <small>(Aufzählung nicht abschließend)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suchtberatungsstellen: umfassende Beratung, Diagnostik, Motivationsklärung und -aufbau, Krisenintervention, Vorbereitung und Vermittlung einer Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung ➤ Gesundheitsämter: präventive Aufklärung und Beratung, aufsuchende Hilfe ➤ Sozialpsychiatrische Dienste: Koordination der Hilfe für schwer alkoholranke Menschen ➤ Soziale Dienste in Krankenhäusern: soziale Beratung und Betreuung des Patienten ➤ Betriebliche Suchtkrankenhilfe: allgemeine Information, Aufklärung, Beratung, betriebsbezogene Interventionsprogramme ➤ Beratung durch den Rehabilitationsträger/Gemeinsame Servicestellen: Information über Leistungen zur Teilhabe sowie Antragsverfahren ➤ Niedrigschwellige Angebote wie Streetwork, Kontaktcläden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Niedergelassene (Haus-)Ärzte: Früherkennung und -intervention, Begleitung durch das Suchthilfesystem, bei entsprechender Qualifikation: Entzugsbehandlung ➤ Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierte Fachärzte: ambulante Behandlung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol ➤ Psychiatrische Institutsambulanzen: Behandlung schwer Alkoholkranker, die nicht wartzimmerfähig sind und durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht angemessen versorgt werden können ➤ Allgemeinkrankenhäuser: in der Regel reiner körperlicher Entzug, Früherkennung und -intervention, Behandlung der alkoholbedingten Folgeerkrankungen ➤ Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken: in der Regel qualifizierte Entzugsbehandlung, Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und komorbider psychischer Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ambulante Entwöhnung in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ➤ Stationäre Entwöhnung in Fachkliniken für Rehabilitation/Suchtrehabilitation ➤ Stationäre medizinische Reha kann Adaptionsphase (kleinere stationäre Wohneinrichtungen) umfassen → therapeutische Behandlungsangebote treten zugunsten einer Erprobung und Übung eigenverantwortlicher Lebensführung zurück 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nachsorge durch Rehabilitationsträger: Aufrechterhaltung der Abstinenz, Unterstützung beim beruflichen und sozialen Wiedereinstieg ➤ Ambulante Weiterbehandlung, z. B. bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung und zur Rückfallprophylaxe ➤ Selbsthilfegruppen ➤ Beratungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Berufbildungs- und Berufsförderungswerk: berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen oder Umschulung behinderter Menschen ➤ Integrationsämter: Anbieten von begleitenden Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen ➤ Integrationsfachdienste, Integrationsprojekte: Dienste Dritter bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ➤ Berufliche Trainingszentren: regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ➤ Werkstätten für behinderte Menschen: geschützte Arbeitsstätten für behinderte Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wohngemeinschaften ➤ Betreutes Wohnen ➤ Übergangeinrichtungen ➤ Soziotherapeutische Heime ➤ Wohnheime ➔ Einrichtungen ermöglichen ein alltagsähnliches, aber betreutes und damit geschütztes und gestütztes Wohnmilieu
Kostenträger	➤ Unterschiedliche Kostenträger je nach Angebot (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Wohlfahrtsverbände)	➤ in der Regel Krankenversicherung ggf. auch Unfallversicherung	➤ in der Regel Rentenversicherung ➤ aber auch Krankenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung, Sozialhilfeträger, Träger der öffentlichen Jugendhilfe	➤ je nach Leistungserbringer unterschiedlich (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Wohlfahrtsverbände)	➤ unterschiedliche Kostenträger (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Kinder- und Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger)	➤ in der Regel Sozialhilfeträger ➤ ggf. bei Jugendlichen: Träger der öffentlichen Jugendhilfe ➤ ggf. Pflegeversicherung
<p>← S E L B S T H I L F E →</p> <p><small>(Merkmale: Freiwilligkeit, keine Zuweisung/Kontrolle durch professionelle Hilfen, Leitprinzip: „Hilfe zur Selbsthilfe“)</small></p>						

Abbildung 18.1.: Übersicht über die Versorgungsstrukturen bei der Alkoholabhängigkeit

In der Abbildung 18.1, die von der [Bundespsychotherapeutenkammer](#) erstellt wurde, lassen sich sechs Teilbereiche der Versorgung unterscheiden. Jeder dieser Teilbereiche hat spezifische Aufgaben/Ziele und auch unterschiedliche Kostenträger.

Hervorheben möchte ich die körperliche Entgiftung, die qualifizierte Entzugsbehandlung sowie die Entwöhnungsbehandlung (siehe Tabelle ??).

Körperliche Entgiftung	Qualifizierte Entzugsbehandlung	Entwöhnungsbehandlung
-------------------------------	--	------------------------------

Tabelle 18.1.: Unterscheidung zwischen körperlicher Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung und die Entwöhnungsbehandlung

Körperliche Entgiftung	Qualifizierte Entzugsbehandlung	Entwöhnungsbehandlung
<p>Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugs-symptomen, wie sie bei einem relevanten Anteil der PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit auftreten können. Ziel ist die Sicherstellung der Vitalfunktionen und die Vermeidung von Komplikationen (z.B. epileptische Anfälle oder Delirium tremens) sowie die Reduzierung/ Linderung von Entzugserscheinungen. Die Entgiftung dauert bei Alkoholismus i.d.R. 7 bis 14 Tage.</p>	<p>Suchtpsychiatrische bzw. suchtmmedizinische Akutbehandlung, die über die körperliche Entgiftung hinausgeht. Grundsätzlich erfolgt eine Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome und eine Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen. Essentiell für eine QE sind psycho- und soziotherapeutische sowie weitere psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft und der Änderungskompetenz (z.B. Stabilisierung der Abstinenz). Im Rahmen der QE soll die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit). Bei entsprechender Indikation erfolgt die Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation. Aufgrund der o.a. multidisziplinär zu erbringenden Behandlungsleistungen und zur suffizienten Differenzialdiagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen ist die Dauer einer qualifizierten Entzugsbehandlung länger als bei einer körperlichen Entgiftung. Es sind drei bis sechs Wochen anzusetzen.</p>	<p>Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, umgangssprachlich auch Entwöhnungsbehandlung genannt, gehören zum Rehabilitationsangebot der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Behandlungen enthalten nicht nur medizinisch-therapeutische Elemente, sondern berücksichtigen auch soziale und seelische Gesichtspunkte von Abhängigkeitserkrankungen. Eine Standardtherapie bei Alkoholabhängigkeit kann bis zu 15 Wochen stationär durchgeführt werden.</p>

Die Definition der körperlichen Entgiftung und der qualifizierten Entzugsbehandlung in Tabelle ?? stammt aus den S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (Kiefer et al., 2021), die Definition der Entwöhnungsbehandlung aus der Broschüre „Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit“ der Deutschen Rentenversicherung.

18.2. Behandlungsziele

Behandlungsziele aus Sicht von Patienten und Angehörigen sind:

- Weniger schwere Trinktage
- Geringere Durchschnittstrinkmenge
- Weniger Terminversäumnisse
- Stabilere Leistung am Arbeitsplatz
- Weniger familiäre Streitereien
- Bessere körperliche Gesundheit

Behandlungsziele aus Sicht der Therapeuten sind:

- Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit
- Wiederherstellung oder Sicherung der Erwerbsfähigkeit und –tätigkeit
- Lebensfreude ohne Suchtmittel bzw. Suchtverhalten
- Stärkung von aktivem Gesundheitsverhalten
- Wiedererlangung von Selbstvertrauen - Bewältigung von Belastungs- und Konfliktsituationen
- Reaktivierung von persönlichen Ressourcen
- Familiäre und berufliche Integration

Abstinenz galt lange Zeit als der einzige Weg aus der Alkoholabhängigkeit und auch heute ist die Abstinenz noch das finale Ziel bei der Behandlung von Patienten mit einer Alkoholkrankungen. Allerdings wird für eine Zieloffenheit plädiert, d.h. auch eine Reduktion des Konsums und eine Schadenminimierung können Therapieziele sein.

Bereits seit den 60er-Jahren wird über eine Reduktion des Alkoholkonsums als alternatives Therapieziel diskutiert (Sobell & Sobell, 1995). Auch in Deutschland ist die Reduktion des Alkoholkonsums ein anerkanntes Therapieziel (Kiefer et al., 2021).

Bei Henssler et al. (2020) und Körkel (2005) finden sich weitere Argumente, warum neben der Abstinenz der Konsumreduktion eine sinnvolles Behandlungsziel für bestimmte Patienten sein kann.

Die beiden Behandlungsziele „Abstinenz“ und „Konsumreduktion“ müssen auch nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern können sich ergänzen. Für 10 bis 30% der Patienten, die die Behandlung mit einer Reduktion des Alkoholkonsums beginnen, wird dies zu einer Brücke hin zur Abstinenz (Henssler et al., 2020).

Kontrolliertes Trinken

“Kontrolliertes Trinken bedeutet nicht einfach „weniger trinken“ oder „trinken wie andere („Normalkonsumenten“) auch“. “(Selbst)kontrolliertes Trinken“ steht vielmehr für einen Alkoholkonsum, der an einem *zuvor festgelegten Konsumplan* ausgerichtet ist. Pragmatisch betrachtet, heißt dies, jeweils für eine Woche im voraus (a) seine maximale tägliche und (b) maximale wöchentliche Trinkmenge sowie (c) die Anzahl abstinenter Tage festzulegen und einzuhalten.” (Körkel, 2005)

18.3. Psychopharmakotherapie

siehe Vorlesungsfolien; ein aktuelles Update der Pharmakotherapie der Alkoholentwöhnung findet sich in Soyka & Rösner (2020)

[Alkoholkrankheit - Der schwere Weg des Entzugs](#)

18.3.1. Medikamentöse Rückfallprophylaxe

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen gibt in einer Stellungnahme zu dem Thema [“Medikamente zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit”](#) folgende Empfehlung:

“Der Einsatz von Medikamenten in der Langzeittherapie dient der Aufrechterhaltung der Abstinenz oder der Reduktion der Trinkmenge. Unter Expertinnen ist umstritten, ob für die Langzeittherapie Pharmaka eingesetzt werden sollen.

Als Argumente für den Einsatz von Medikamenten in der Langzeittherapie der Alkoholabhängigkeit werden angeführt:

- Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der psycho- und soziotherapiebasierten Suchtbehandlung erreicht ein zu großer Anteil der Patientinnen und Patienten keinen langfristigen Therapieerfolg, so dass Bedarf für zusätzliche Therapiemöglichkeiten besteht.
- Zu wenige alkoholranke Patientinnen werden von den etablierten Behandlungsangeboten erreicht. Über das Angebot einer Pharmakotherapie können zusätzliche Patienten und Patientinnen erreicht werden, auch, da eine Pharmakotherapie weniger Aufwand oder weniger Stigmatisierung bedeutet oder mehr dem individuellen Krankheitskonzept des Patienten/der Patientin entspricht.
- Die Alkoholabhängigkeit, gekennzeichnet durch das chronische Einwirken einer psychotropen Substanz auf das zentrale Nervensystem (ZNS), hat eine direkte biologische Komponente, so dass hier grundsätzlich ein pharmakologischer Ansatz zur Reduktion von Trinkverlangen möglich erscheint.
- Im Unterschied zu Behandlungen, die an Suchttherapeutinnen geknüpft sind, ist eine Pharmakotherapie weitgehend unbegrenzt verfügbar (für die Selbsthilfe gilt dies allerdings im Wesentlichen auch).

Argumente gegen den Einsatz von Medikamenten in der Langzeittherapie der Alkoholabhängigkeit:

- Es besteht die Gefahr, dass von Patientin und Therapeut*in einseitig auf eine (überschätzte) Pharmakotherapie gesetzt wird und die etablierten Langzeittherapien (Entwöhnung, Nachsorge einschließlich Selbsthilfe) vernachlässigt werden.
- Die Pharmakotherapie der Sucht verstärkt süchtige Konzepte und konterkariert damit suchtherapeutische Bemühungen. Sie verstärkt die dysfunktionale Überzeugung, dass gegen ein Problem (hier: eine Suchterkrankung) nur die orale Einnahme einer Substanz hilft.
- Wie praktisch alle wirksamen Medikamente haben auch Pharmaka zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit Nebenwirkungen.
- Im Falle eines Rückfalls oder wenn primär eine Trinkmengenreduktion angestrebt wird, sind Wechselwirkungen zwischen Medikament und Alkohol zu beachten.

Die S3-Leitlinie alkoholbezogene Störungen (AWMF et al., 2016) empfiehlt (Empfehlungsgrad B): *„Nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken sollte bei Alkoholabhängigkeit in*

der Postakutbehandlung außerhalb der stationären Entwöhnung eine pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden.“

Die Empfehlung wurde innerhalb der Leitliniengruppe kontrovers diskutiert und mit einer 84%igen Zustimmung verabschiedet. Unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen gelten die zugelassenen Medikamente als relativ anwendungssicher. Für Disulfiram und Nalmefen werden Kann-Empfehlungen (Empfehlungsgrad 0 bzw. Klinischer Konsenspunkt) ausgesprochen.

Zur Langzeittherapie der Alkoholabhängigkeit sind in Deutschland drei Pharmaka zugelassen (Acamprosat, Naltrexon, Naloxon) und eines (Disulfiram) hat die Zulassung verloren. Baclofen hat keine Zulassung, es liegen aber etliche neue Studien vor.“

18.4. Psychotherapie

Die Ergebnisse einer Metaanalyse legen nahe, dass die beste Praktiken in der Suchtbehandlung Pharmakotherapie plus kognitive Verhaltenstherapie oder eine andere evidenzbasierte Therapie beinhalten sollte, anstatt übliche klinische Behandlung oder unspezifische Beratungsdienste (Ray et al., 2020).

Nachfolgend werden verschiedene Interventionen beschrieben, die bei der Psychotherapie von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit angewendet werden können.

18.4.1. Stufen der Veränderung

Das Modell der Stufen der Veränderung (Stages of Change Model) von Prochaska und DiClemente, auch bekannt als Transtheoretisches Modell der Veränderung (TTM), ist ein theoretischer Rahmen, der den Prozess beschreibt, den Menschen durchlaufen, wenn sie bedeutende Verhaltensänderungen vornehmen.

Das TTM wurde von den Psychologen James O. Prochaska und Carlo C. DiClemente in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren entwickelt (Prochaska et al., 1992). Die Autoren des TTM gehen davon aus, dass eine Verhaltensänderung ein Prozess und kein Ereignis ist, der in einer Reihe von verschiedenen Phasen abläuft (Abbildung 18.2).

Das Modell der Stufen der Veränderung besteht aus sechs Stufen:

1. Vorkontemplation (precontemplation)

- In dieser Phase denken die Betroffenen nicht über eine Veränderung nach und sind sich möglicherweise der Probleme mit ihrem Verhalten nicht bewusst oder leugnen sie.
- Möglicherweise fehlt es ihnen an Informationen über die Folgen ihres Handelns oder sie halten eine Veränderung für unnötig.

2. Kontemplation (contemplation)

- Personen in dieser Phase sind sich der Notwendigkeit einer Veränderung bewusst, fühlen sich aber möglicherweise unschlüssig.
- Sie wägen die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung ab und sind möglicherweise unsicher, ob sie etwas unternehmen sollen.

3. Vorbereitung (Entschlossenheit)

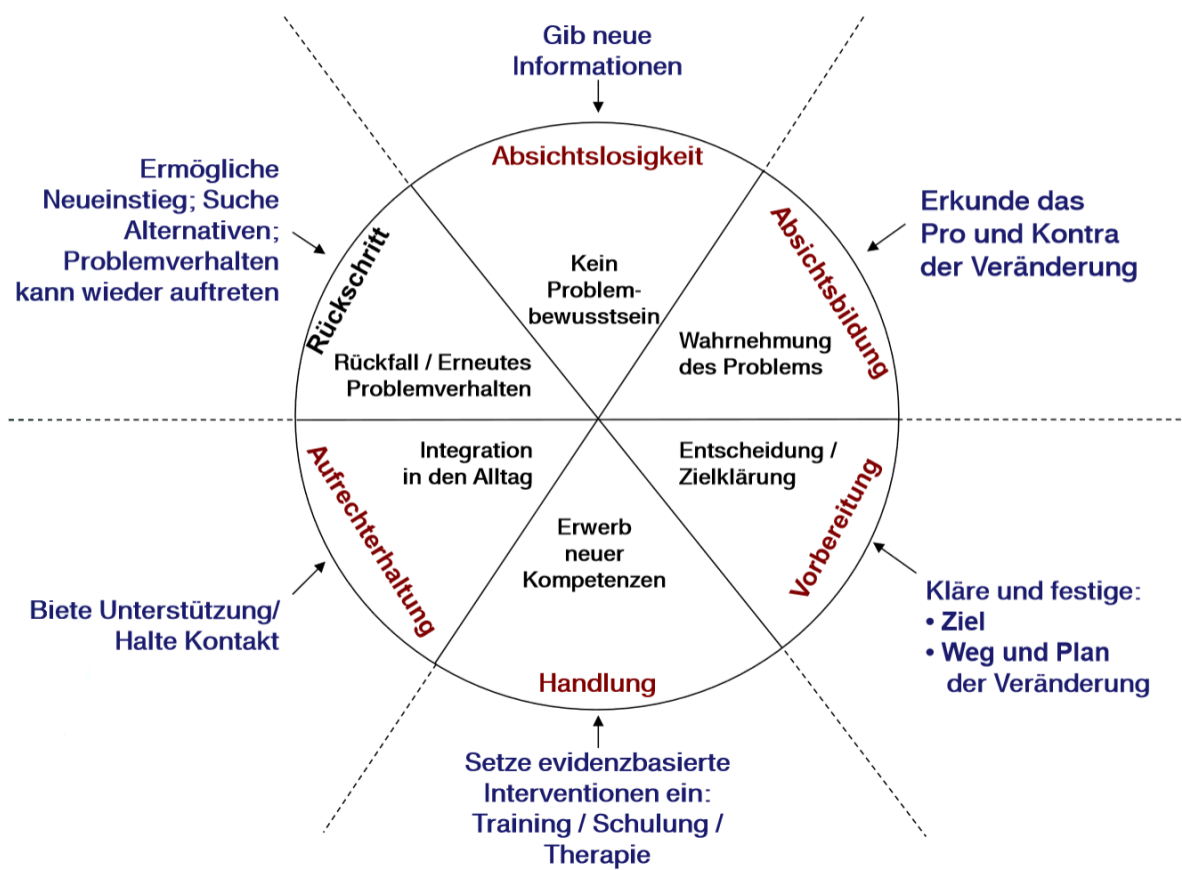


Abbildung 18.2.: Phasen der Veränderungsbereitschaft

- In der Vorbereitungsphase haben sich die Betroffenen zu einer Veränderung entschlossen und planen aktiv, wie sie vorgehen wollen.
- Sie können sich Ziele setzen, Informationen sammeln und erste Schritte zur Veränderung unternehmen.

4. Aktion

- In dieser Phase geht es um die tatsächliche Umsetzung der geplanten Veränderungen.
- Der Einzelne ändert sein Verhalten, sein Umfeld oder beides, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen.
- Das Handeln erfordert Zeit und Energie.

5. Aufrechterhaltung (maintenance)

- Nach einer erfolgreichen Veränderung tritt der Einzelne in die Phase der Aufrechterhaltung ein.
- Der Schwerpunkt liegt auf der Vermeidung von Rückfällen und der Konsolidierung der in der Aktionsphase erzielten Erfolge.
- Die Beibehaltung der neuen Verhaltensweisen wird zur Priorität.

6. Beendigung/Relapse

- In der Beendigungsphase hat die Person das neue Verhalten erfolgreich integriert, und es besteht keine Versuchung, zum alten Verhalten zurückzukehren.
- Nicht jeder erreicht diese Phase, da manche Verhaltensweisen nur durch ständige Bemühungen aufrechterhalten werden können.

Eines der wichtigsten Merkmale des Stufenmodells der Veränderung ist die Erkenntnis, dass Rückfälle in altes Verhalten (z. B. Konsum von Alkohol, übermässiges oder wenig Essen, Rauchen) ein normaler Teil des Veränderungsprozesses sind. Wenn eine Person einen Rückfall erleidet, kann sie in einer früheren Phase wieder in den Zyklus eintreten und den Prozess erneut durchlaufen. Das Modell wird deshalb oft als Spirale dargestellt, was den iterativen Charakter der Verhaltensänderung widerspiegelt.

Das TTM der Veränderung hat in der Suchttherapie eine bedeutende Rolle erlangt, weil es einen strukturierten Rahmen für die Analyse und Unterstützung von Veränderungsprozessen bietet. Hier sind einige Gründe, warum dieses Modell so populär wurde:

1. **Berücksichtigung der Ambivalenz:** Suchtpatienten erleben oft Ambivalenz hinsichtlich der Veränderung ihres Verhaltens. Das Modell erfasst diese Ambivalenz im Stadium der Contemplation, was Therapeuten ermöglicht, einfühlsam auf die inneren Konflikte der Patienten einzugehen und sie bei der Abwägung von Veränderungsbereitschaft zu unterstützen.
2. **Anpassung von Interventionen:** Da das Modell verschiedene Stadien des Veränderungsprozesses identifiziert, können Interventionen gezielt auf die Bedürfnisse und Ressourcen in jeder Phase ausgerichtet werden. Dies fördert die Wirksamkeit der Therapie und minimiert mögliche Frustrationen oder Widerstände seitens des Patienten.
3. **Vorhersage von Rückfällen:** Das Modell berücksichtigt Rückfälle als normalen Bestandteil des Veränderungsprozesses. Durch das Verständnis der verschiedenen Stadien können Therapeuten mögliche Rückfallrisiken frühzeitig erkennen und gezielte Unterstützung bieten, um die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen zu verringern.
4. **Langfristige Perspektive:** Das Modell betont, dass Veränderung ein zeitlicher Prozess ist und nicht als einmaliges Ereignis betrachtet werden sollte. Diese langfristige Perspektive ist besonders relevant für die Suchttherapie, da der Weg zur nachhaltigen Abstinenz oft Zeit und mehrere Versuche erfordert.

5. **Akzeptanz individueller Unterschiede:** Da das Modell die Vielfalt der individuellen Veränderungsbereitschaft anerkennt, ermöglicht es eine patientenzentrierte Herangehensweise, die die Einzigartigkeit jedes Patienten berücksichtigt.

Insgesamt trägt das Transtheoretische Modell dazu bei, die Komplexität der Veränderungsprozesse in der Suchttherapie zu verstehen und unterstützt Therapeuten dabei, flexibel und effektiv auf die Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen. Auf der Basis des TTM kann die in Kapitel 18.4.2 beschriebene motivierende Gesprächsführung eingesetzt werden.

18.4.2. Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) ist ein therapeutischer Ansatz, der darauf abzielt, Menschen dabei zu helfen, Ambivalenzen in Bezug auf Verhaltensänderungen zu erforschen und aufzulösen.

Er wurde in den 1980er Jahren von den Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick entwickelt und hat seitdem zusammen mit dem TTM weite Verbreitung gefunden, insbesondere in dem Bereich Suchtbehandlung (W. R. Miller et al., 2009). Durch die Verknüpfung der MI mit dem Transtheoretischen Modell der Veränderung lassen sich die Interventionen des MI gezielt auf die jeweilige Phase der Veränderungsbereitschaft abstimmen.

Hier sind die wichtigsten Grundsätze und Konzepte des Motivational Interviewing:

1. **Empathie ausdrücken:** Therapeuten, die MI anwenden, versuchen, die Perspektive des Patienten mit Empathie und ohne Wertung zu verstehen. Dies hilft beim Aufbau einer vertrauensvollen und unterstützenden Beziehung und schafft eine Atmosphäre, in der sich der Klient verstanden und akzeptiert fühlt.
2. **Diskrepanz entwickeln:** Mit Hilfe der Gesprächstechniken des MI soll dem Patienten, die Diskrepanz zwischen seinem aktuellen Verhalten und seinen weiter gefassten Lebenszielen oder Werten verdeutlicht werden. Indem der Therapeut diese Diskrepanz hervorhebt, ermutigt er die Person, die Notwendigkeit einer Veränderung zu erkennen.
3. **Mit dem Widerstand (Reaktanz) mitgehen:** Anstatt den Patienten direkt mit den negativen Folgen seines Verhaltens zu konfrontieren, versuchen Therapeuten mit dem Patienten zu gehen oder ihn zu umgehen ("rolling with resistance"). Sie vermeiden es, mit dem Patienten zu argumentieren, da der Widerstand ein natürlicher Prozess ist.
4. **Selbstwirksamkeit unterstützen:** In der motivierenden Gesprächsführung wird der Glaube an die Fähigkeit des Patienten betont, positive Veränderungen vorzunehmen. Therapeuten fördern die Selbstwirksamkeit, indem sie sich auf die Stärken des Patienten und seine früheren erfolgreichen Bemühungen um Veränderung konzentrieren.

Motivational Interviewing wird häufig eingesetzt, um Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch, ungesunde Essgewohnheiten und andere gesundheitsbezogene Probleme zu behandeln. Durch den kooperativen, empathischen und nicht-direktiven Charakter der Methode können Einzelpersonen dabei unterstützt werden, ihre Beweggründe für Veränderungen zu erforschen und funktionalere Verhaltensweisen anzustreben.

Regeln bei der Motivierenden Gesprächsführung

- Hören Sie aktiv zu, werten Sie nicht, seien Sie respektvoll, versuchen Sie die Perspektive des Patienten zu verstehen.
- Stellen Sie offene Fragen, um die Selbstreflektion des Patienten zu fördern.

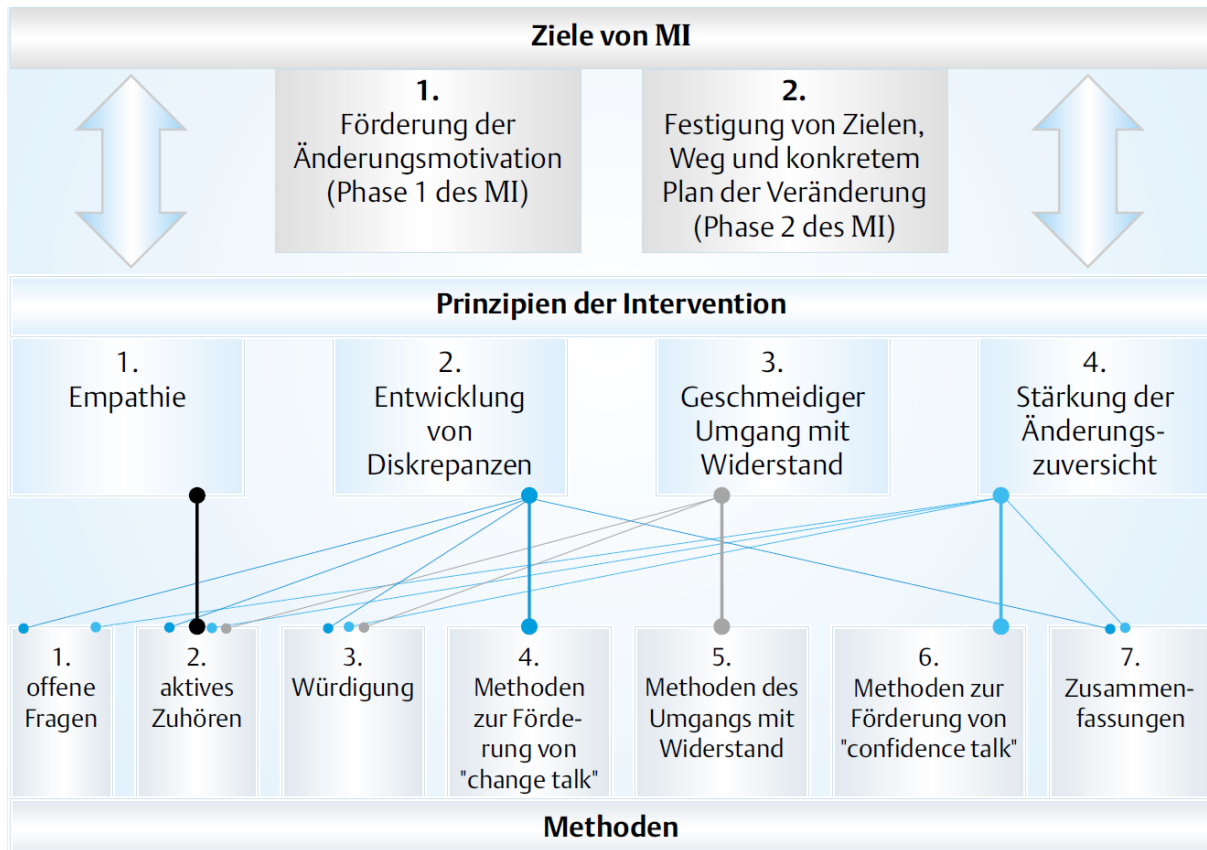


Abbildung 18.3.: Komponenten im Motivational Interviewing; aus Körkel & Veltrup (2003)

- Besprechen Sie mit dem Patienten das Spannungsfeld zwischen seinen Lebenszielen (Familie, Freunde, Job, Gesundheit) und der gegenwärtigen Situation (Diskrepanzen entwickeln).
- Seien Sie geduldig, machen Sie keine Vorwürfe, und vermeiden Sie Konfrontationen.
- Akzeptieren Sie den Patienten als eigenständiges Individuum. Sie können sein Leben nicht ändern; er ist für sich selbst verantwortlich.
- Trauen Sie dem Patienten zu, seine Probleme selbst und mit Hilfsangeboten in Griff zu bekommen. Vermitteln Sie dies Ihrem Gegenüber auch verbal.
- Geben Sie eine positive Rückmeldung für Erfolge. Stärken Sie die Zuversicht des Patienten, sein Verhalten ändern zu können.

(W. R. Miller et al., 2009)

Eine besondere Herausforderung bei der Motivierung zur Veränderung (insb. von Suchtpatienten) ist der Umgang mit Widerstand (Reaktanz), insb. wenn Patienten keine große Veränderungsbereitschaft zeigen, sich also in der Phase der Precontemplation und teilweise auch erst in der Phase der Contemplation befinden.

W. R. Miller et al. (2009) unterscheiden vier Arten von Widerstandsverhalten:

- **Arguing:** Der Patient stelle die Kompetenz des Therapeuten in Abrede ("Was wissen Sie denn schon über Alkoholiker", "Haben Sie selbst gesoffen?")
- **Interrupting:** Der Patient schneidet dem Therapeuten das Wort ab, unterbricht ihn.
- **Negating:** Der Patient leugnet ("Ich habe mit dem Alkohol kein Problem.") oder bagatellisiert eigene Probleme, lehnt Vorschläge oder Hilfsangebote destruktiv ab und/oder zeigt eine durchgängige negativistische Haltung.

- **Ignoring:** Der Patient klinkt sich aus dem Dialog aus, indem er unaufmerksam ist, nicht antwortet oder dem Gespräch eine neue Richtung verleiht (z. B. "Wir haben jetzt genug über Alkohol gesprochen. Was gibt es noch?")

Solches Widerstandsverhalten ist im Prinzip "menschlich normal" und tritt meistens dann auf, wenn Menschen gegen ihren Willen zu etwas bewegt werden sollen (siehe z. B. das Verhalten bei Einführung einer Maskenpflicht in der Covid-19 Pandemie).



Abbildung 18.4.: Beispiel eines Widerstandsverhaltens: "Ignoring"

Suchtpatienten müssen sich Suchtprobleme und damit eigene persönliche Schwächen eingestehen. Aus Sicht der Motivierenden Gesprächsführung gilt daher: "Persistent resistance is not a client problem, but a counselor skill issue." (W. R. Miller & Rollnick, 2023)

18.4.3. Verhaltens- und Problemanalyse

Wenn eine ausreichende Veränderungsmotivation vorhanden und der Patient bereit ist, sich auf die Therapie einzulassen, können folgende weitere Schritte vorgenommen werden, um das Trinkverhalten zusammen mit den Auslösern, den Konsequenzen, den Fluktuationen etc. dem Patienten zu verdeutlichen:

- Detaillierte Abhängigkeitsanalyse
 - häufigste Trinksituationen in der Vergangenheit
 - Situationsmerkmale (Trigger), die besonders eng mit dem Wunsch/Verlangen nach Alkohol verbunden sind

- Gefühle, Gedanken, Wirkungserwartungen vor dem Alkoholkonsum
- kurzfristig angenehme Wirkungen des Alkohols
- Analyse eines Trinktages
 - detaillierte Betrachtung eines konkreten, typischen Tages mit Alkoholwirkungen (C+, Wegfall von C-)
- Analyse der letzten 28 Trinktage
 - Betrachtung von Schwankungen, Phasen, Zyklen
- Lebenslinie
 - Übersicht über gesamten bisherigen Alkoholkonsum
- Tagebücher (Trinktagebücher)
 - Detailanalyse und Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Situationsanalyse
 - Detaillierte Betrachtung typischer Trinksituationen

Die Durchführung einer Verhaltens- und Problemanalyse dient dazu, das Verhalten des Patienten in Bezug auf den Alkoholkonsum zu verstehen, die zugrunde liegenden Ursachen und Auslöser zu identifizieren und weitere Intervention zu planen. Nachfolgend sind einige Gründe aufgeführt, warum eine Verhaltens- und Problemanalyse wichtig ist:

1. Verständnis des Trinkverhaltens

- Eine detaillierte Analyse ermöglicht es, die spezifischen Umstände, Situationen und Motivationen zu verstehen, die zu Alkoholkonsum führen. Dieses Verständnis ist entscheidend, um geeignete Interventionsstrategien auszuwählen bzw. zu entwickeln.

2. Identifikation von Auslösern und Risikosituationen

- Durch die Analyse werden bestimmte Auslöser und Risikosituationen identifiziert, die das Verlangen nach Alkohol verstärken können. Dies können stressige Situationen, emotionale Belastungen oder bestimmte soziale Kontexte sein.

3. Erfassung von Belohnungsmustern

- Eine Verhaltens- und Problemanalyse hilft dabei, die positiven Verstärkungen zu erkennen, die mit dem Alkoholkonsum verbunden sind. Dies könnten kurzfristige Belohnungen wie Stressreduktion oder soziale Integration sein.

4. Erkennen von Denk- und Verhaltensmustern

- Die Analyse ermöglicht es, problematische Denk- und Verhaltensmuster des Patienten zu erkennen, die zur Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit beitragen können. Dies schließt Leugnung, Rationalisierung und Vermeidungsverhalten ein.

5. Feststellen von Konsequenzen des Alkoholkonsums

- Durch die Analyse werden die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums auf das physische und psychische Wohlbefinden, die sozialen Beziehungen und die berufliche Leistung erfasst.

6. Planung gezielter Interventionen

- Die gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen es, maßgeschneiderte Interventionen zu planen. Dies können Verhaltensstrategien, kognitive Umstrukturierung, Stressmanagement-techniken und andere therapeutische Ansätze sein.

7. Förderung der Selbstreflexion (Einsicht)

- Die Analyse fördert die Selbstreflexion des Patienten, indem sie dazu beiträgt, Muster und Zusammenhänge zwischen Verhalten und Konsequenzen zu erkennen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Eigenmotivation für Veränderung.

18.4.4. Training sozialer Kompetenzen

Ein Soziales Kompetenztraining (SKT) für Patienten mit Alkoholabhängigkeit zielt darauf ab, die sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten zu verbessern, um zwischenmenschliche Situationen besser zu meistern und gleichzeitig alkoholbedingte Verhaltensweisen zu bewältigen. Ziel ist es, die Fähigkeit des Patienten zu verbessern, gesunde Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, mit sozialen Auslösern umzugehen und das Risiko eines Rückfalls zu verringern. Im Folgenden werden die wichtigsten Bestandteile des sozialen Kompetenztrainings beschrieben, das häufig in Gruppen durchgeführt wird:

1. Kommunikationsfähigkeiten

- Zum Training von effektive Kommunikationsfähigkeiten gehört, den Patienten beizubringen, wie sie sich klar, selbstbewusst und einfühlsam ausdrücken können. Dazu gehören aktives Zuhören, das Ausdrücken von Gefühlen und konstruktives Lösen von Konflikten.

2. Soziales Problemlösen

- Die Patienten lernen Problemlösungstechniken, um Herausforderungen in ihren sozialen Interaktionen anzugehen. Dazu kann es gehören, Auslöser für den Alkoholkonsum zu erkennen, alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln und Entscheidungen zu treffen, die die Nüchternheit fördern.

3. Zwischenmenschliche Beziehungen

- Der Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Dazu gehören der Aufbau und die Pflege gesunder Beziehungen, das Setzen von Grenzen und das Erkennen der Auswirkungen des Alkoholkonsums auf soziale Beziehungen.

4. Bewältigung von sozialen Auslösern

- Die Patienten werden darin geschult, soziale Situationen zu erkennen und zu bewältigen, die als Auslöser für den Alkoholkonsum dienen können. Dazu gehört die Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Stress, Gruppendruck und gesellschaftlichen Ereignissen, bei denen Alkohol im Spiel sein kann.

5. Einfühlungsvermögen und Perspektivübernahme

- Die Entwicklung von Einfühlungsvermögen und der Fähigkeit, die Perspektive anderer einzunehmen, ist entscheidend für die Verbesserung der sozialen Kompetenz. Die Patienten lernen, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu verstehen, wodurch positivere und unterstützende Beziehungen gefördert werden.

6. Soziale Unterstützungsnetze

- Die Schulung umfasst die Identifizierung und Stärkung sozialer Unterstützungsnetze. Die Patienten lernen, Unterstützung von Freunden, Familienangehörigen und Selbsthilfegruppen zu suchen und mit ihrem Unterstützungssystem effektiv über ihre Ziele und Herausforderungen bei der Aufrechterhaltung der Nüchternheit zu kommunizieren.

7. Verweigerungskompetenz

- Den Patienten wird beigebracht, wie sie dem sozialen Druck, Alkohol zu konsumieren, widerstehen können. Dazu gehört ein Selbstbehauptungstraining und die Fähigkeit, auf entschlossene, aber respektvolle Weise "Nein" zu Alkohol zu sagen.

8. Rollenspiel-Übungen

- Rollenspiele werden häufig während des SGT eingesetzt, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre sozialen Fähigkeiten in einer kontrollierten Umgebung zu üben und zu verfeinern. Dies trägt dazu bei, Vertrauen und Kompetenz in realen Situationen aufzubauen.

Das SKT wird in der Regel in einen umfassenden Behandlungsplan integriert, oft in Verbindung mit anderen therapeutischen Ansätzen wie motivierende Gesprächsführung und anderen Interventionen.

18.4.5. Cue Exposure Therapie

Die Cue Exposure Therapy (CET) bei Alkoholabhängigkeit ist eine Form der Verhaltenstherapie, die darauf abzielt, die Reaktionen auf sogenannte "Auslösehinweise" (Cues) zu reduzieren oder zu modifizieren. Diese Hinweise, auch als Reizreize oder Trigger bezeichnet, sind spezifische Situationen, Emotionen, Orte oder andere Reize, die das Verlangen nach Alkoholkonsum auslösen können (Conklin & Tiffany, 2002). Nachfolgend sind Schlüsselaspekte der CET aufgeführt:

1. Identifikation von Auslösehinweisen

- In einem ersten Schritt werden gemeinsam mit dem Patienten spezifische Auslösehinweise identifiziert, die mit seinem Alkoholkonsum verbunden sind. Dies können bestimmte Orte, soziale Situationen, Stress oder Emotionen sein.

2. Aufbau einer Hierarchie der Auslösehinweise

- Die identifizierten Auslösehinweise werden in einer Hierarchie organisiert, basierend auf ihrer Intensität und dem Schwierigkeitsgrad, ihnen zu begegnen. Dies ermöglicht eine schrittweise Exposition, beginnend mit weniger belastenden Auslösern.

3. Konditionierte Reaktionsverminderung

- Während der Therapiesitzungen wird der Patient schrittweise und kontrolliert den Auslösehinweisen ausgesetzt, ohne dabei Alkohol zu konsumieren. Ziel ist es, die konditionierten Reaktionen auf diese Hinweise zu verringern.

4. Achtsamkeit und Expositionsübungen

- Der Patient wird dazu ermutigt, achtsam auf seine Gedanken, Gefühle und Körperreaktionen während der Exposition zu achten, ohne diesen nachzugeben. Dies fördert das Bewusstsein für die Auslösehinweise und die Kontrolle über die Reaktionen darauf.

5. Bewältigungsstrategien entwickeln

- Während der Exposition werden alternative Bewältigungsstrategien erarbeitet. Dies können kognitive Techniken (Umdenkstrategien), Entspannungsübungen oder alternative Verhaltensweisen sein, um mit dem Verlangen nach Alkohol umzugehen.

6. Langsame Steigerung der Schwierigkeit

- Die Expositionsübungen werden schrittweise intensiviert, wobei die Patienten allmählich komplexeren und herausfordernderen Auslösehinweisen gegenüberstehen.

7. Transfer in den Alltag

- Die erworbenen Fähigkeiten und Strategien aus der CET werden auf den Alltag übertragen. Der Patient lernt, diese auch außerhalb der Therapiesitzungen in realen Situationen anzuwenden.

Die Cue Exposure Therapy basiert auf den Prinzipien des klassischen Konditionierens, indem sie die Verbindung zwischen Auslösehinweisen und dem Verlangen nach Alkohol modifiziert. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Form der Therapie individuell angepasst wird und in Verbindung mit anderen therapeutischen Interventionen eingesetzt werden sollte.

Die Datenlage zur Effektivität der CET ist uneinheitlich und es ist nicht klar, ob die CET einen zusätzlichen Nutzen über die anderen in einer CBT integrierten Intervention hinaus bietet. Zwei Meta-Analysen ergaben, dass der Gesamteffekt der Weiterbildung gering ist ($d < 0,10$). Derzeit werden neue Ansätze für die Durchführung der CET untersucht, insbesondere über Smartphone-Anwendungen (Conklin & Tiffany, 2002).

18.4.6. Rückfallprävention

Da in der Regel ein Rückfall selbst bei bester Prognose eines Patienten niemals mit Sicherheit auszuschließen ist, sollte jeder Patient auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet werden. Ziel ist es hierbei, Rückfälle, wenn sie schon nicht verhindert werden konnten, im Sinne einer Schadenbegrenzung möglichst rasch beenden zu lernen.

Aufgrund des drohenden Rückfallschocks kommt es hierbei darauf an, dass der Patient und – falls möglich - Angehörige über einen einfachen und vor allem fest eingprägten sog. "Notfallplan" bzw. "Notfallkoffer" verfügen.

Ein Notfallplan / Notfallkoffer sollte folgende Elemente enthalten:

- Wer ist der geeignete Ansprechpartner bei einem Rückfall?
- Festlegung der geeigneten Reihenfolge von Maßnahmen
- Wiedergewinnung von Abstinenzsicherheit (Stichwort: "slip")

Bestandteil eines Notfallkoffers

Merke! Der Suchtdruck dauert nicht ewig! Nach 20-30 Minuten ist er meist vorbei.

Notfallrufnummern:

- sprich mit Menschen, die dich verstehen!
- Verlasse den kritischen Ort falls möglich
- Erinnere dich an dein Ziel abstinent zu bleiben, warum willst du das? Was motiviert dich?
- Abstinenzkarte, wichtige Symbole, Fotos, Zitate o.ä. betrachten

Ablenkstrategien:

- Viel Wasser trinken
- Chilischote, Senf, o.ä. essen
- Kalt duschen
- Massage mit Igelball
- Gummibänder (schnalzen lassen)
- Knautschball drücken
- Wärmesalbe
- Kieselsteinchen in die Schuhe legen
- an Duftölen, Salmiakgeist o.ä. riechen
- Sport machen, Bewegung
- Musikhören, laut mitsingen
- Kreuzworträtsel lösen, Denkaufgaben machen
- Malen (z.B. Mandalas)
- Meditation, Entspannungsübungen
- In die Natur gehen, spazieren gehen

siehe für weitere Details: <https://suchtfrei-leben.de/notfallkoffer/>

18.4.7. Angehörigenarbeit

Angehörige werden zusätzlich stigmatisiert, indem ihnen unter Konzepten wie der „Co-Abhängigkeit“ eine (Mit-)schuld an Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung zugeschrieben wurde. Bezogen auf erwachsene Angehörige kann in diesem Zusammenhang von einer „doppelten Stigmatisierung“ gesprochen werden: über das Stigma hinausgehend, welches leider bis heute allgemein mit Suchterkrankungen verknüpft ist, wird die Entscheidung, den Kontakt zu einem suchtkranken Menschen aufrechterhalten zu wollen, meist mit Unverständnis betrachtet.

18.4.8. Behandlung komorbider psychischer Störungen

Die Rate komorbider psychischer Erkrankungen ist bei alkoholbezogenen Störungen hoch (Preuss et al., 2015). Soziale Ängste, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen usw. sind häufig koexistent. Von daher ist deren Mitbehandlung eine wichtige Aufgabe und hat einen Einfluss auf die Rückfallgefährdung.

18.5. Prävention

In Abbildung 18.5 sind ausgewählte Präventionsmaßnahmen und -strategien, deren Effektivität und Kosten zusammengestellt.

Epidemiologischen Studien weisen darauf hin, dass die Hochrisikophase für die Entwicklung einer Alkoholkonsumstörung im Alter zwischen 15 und Anfang 20 liegt. Wer in diesen Lebensjahren zu viel trinkt, scheint ein erhöhtes Risiko zu haben, später eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Von daher sind zahlreiche Präventionsmaßnahmen (z. B. Besteuerung, Regulierung der Alkoholwerbung, Einschränkung der Verfügbarkeit) auf diese Personengruppe gerichtet.

Die drei wirksamsten Maßnahmen zur Verhältnisprävention von Alkoholstörungen, die auch von der WHO empfohlen werden, sind

- (a) Preiserhöhungen,

Strategie/Intervention	Effektivität	Wissenschaftliche Bestätigung	Kosten
Einschränkung der Verfügbarkeit durch gesetzliche Regelungen	++ bis +++	++ bis +++	Niedrig
Besteuerung/Preise	++ bis +++	+++	Niedrig
Veränderung der Trinksituation durch Regelung des Verkaufs	0 bis ++	+ bis +++	Niedrig bis mäßig
Erziehungs- und Überzeugungsarbeit	0	+ bis +++	Niedrig bis hoch
Regulierung der Alkoholwerbung	+	++	Niedrig
Alkohol am Steuer	++ bis +++	++ bis +++	Niedrig bis mäßig
Frühintervention	+ bis ++	+ bis +++	Mäßig bis hoch
Effektivität: 0 = keine Effektivität bis +++ = hohe Effektivität; wissenschaftliche Bestätigung: 0 = keine Studien bis +++ = mindestens 5 Studien			

Abbildung 18.5.: Ausgewählte Präventionsmaßnahmen

- (b) eine Beschränkung der Verfügbarkeit sowie
- (c) ein Verbot von Werbung und Marketing für alkoholische Getränke.

Verhältnis- und Verhaltensprävention

Es wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Hierbei handelt es sich um unterschiedliche Ansätze, um Veränderungen zu erreichen. Die Verhältnisprävention (strukturelle Prävention) will Einfluss auf Gesundheit bzw. Krankheit nehmen, indem sie Veränderungen der Lebensbedingungen der Menschen anstrebt (Arbeit, Familie, Freizeit oder auch Umweltbedingungen), um diese möglichst risikoarm zu gestalten, gesundheitsfördernde Arbeitsplätze, Rauchverbot in Gaststätten. Die Verhaltensprävention nimmt Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Durch Aufklärung oder Information, Stärkung der Persönlichkeit oder auch Sanktionen, soll der Einzelne dazu motiviert werden, Risiken zu vermeiden und sich gesundheitsförderlich zu verhalten, z.B. ausreichend bewegen, gesund ernähren, Kontakte pflegen.

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

In Tabelle ?? sind wichtige Begriffe der Prävention aufgeführt und erläutert.

Tabelle 18.2.: Wichtige Begriffe der Prävention im Überblick

Maßnahme	Vorgehensweise
Medizinische Vorsorge (Prophylaxe, Prävention)	Maßnahmen, die die Entstehung von Krankheiten verhindern sollen (wie z. B. das regelmäßige Zähneputzen)
Früherkennung	Untersuchung von Menschen ohne Beschwerden, um frühe Formen einer Erkrankung zu erkennen; spielt vor allem bei der Krebsdiagnostik eine große Rolle und wird dort auch als Screeninguntersuchung oder (Krebs-)Vorsorge bezeichnet
Verhältnisprävention	Verhinderung von Krankheiten durch Änderung der Lebensverhältnisse, z. B. durch Vorschriften, Gesetze, bauliche Maßnahmen, staatliche Förderung oder technische Überwachung

Maßnahme	Vorgehensweise
Verhaltensprävention	Verhinderung von Krankheiten durch Änderung des individuellen Verhaltens – die Menschen sollen lernen, Gesundheitsrisiken durch einen geeigneten Lebensstil zu vermeiden
Gesundheitsförderung	Stärkung von Kompetenz und Eigenmitteln (Ressourcen), die im Gegensatz zur Vorsorge nicht auf die Verhinderung von Krankheiten, sondern auf die Erhaltung der Gesundheit abzielen

18.5.1. Aufklärung

Auf der [Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#) finden sich zahlreiche Broschüren zum Thema Alkoholprävention. Es werden in der [Mediathek der BZgA](#) auch verschiedene Filme zum Thema Alkoholprävention bereitgestellt.

Die BZgA fokussiert seit vielen Jahren innerhalb der Suchtprävention die Alkoholprävention und setzt dazu 3 zielgruppenspezifische bundesweite Mehrebenenkampagnen um. Die Kampagne „Null Alkohol – Voll Power“ richtet sich an Jugendliche im Alter von 1 bis 16 Jahren, die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ besteht aus 2 Teilkampagnen und richtet sich an 16- bis 20-Jährige sowie an Erwachsene. Außerdem bietet die BZgA Sportvereinen die Möglichkeit zur Teilnahme an der Aktion „Alkoholfrei Sport genießen“ (Schwarz & Goecke, 2021).

[Die Abbildung stammt aus der Broschüre der BZgA.](#)

18.5.2. Empfehlungen zur Prävention

Basierend auf den Ergebnissen in Bezug auf die Wirksamkeit von Alkoholprävention werden folgende Empfehlungen für die (Weiter-)Entwicklung und Stärkung von wirkungsorientierten Angeboten gegeben (Bühler et al., 2021).

Es gilt:

- Familien und insbesondere Eltern fit zu machen speziell für den Austausch zum Thema Alkohol und die Auseinandersetzungen bei Grenzüberschreitungen sowie allgemein für ein einfühlen- des und konsistentes Erziehungsverhalten und ein positives Familienleben;
- in der Schule bei Kindern und jungen Jugendlichen die soziale Kompetenz zu fördern; sie in Selbstkontrolle zu stärken und ihre Entscheidungs- und Problemlösekompetenz zu üben; dabei die Eltern mit einzubeziehen und alternative Freizeitangebote zu schaffen;
- in der Schule ältere Jugendliche aufzuklären und in der Elternarbeit eine klare und konsequent kritische Haltung gegenüber dem Konsum im Jugendalter zu unterstützen;
- bei konsumerfahrenen Jugendlichen, Studierenden und anderen jungen Erwachsenen in Kurz- interventionen zu ermöglichen, die Konsummotivation zu hinterfragen, sich über die eigene Konsummenge bewusst zu werden, und deutlich zu machen, dass riskanter Konsum auch in ihrer Altersgruppe nicht die Norm ist;
- kommunale Ansätze zu verfolgen, in denen koordiniert in mehreren Settings präventiv gearbeitet wird, darunter auch persönliche Kurzinterventionen in Kliniken und Notaufnahmen;
- politisch Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Verfügbarkeit von Alkohol und Alkoholwer- bung einschränken (Besteuerung von Alkohol, Heraufsetzung der Altersgrenze, Werbeverbot).

Geschützte Altersgruppen	Gefährdungsbereiche	KINDER		JUGENDLICHE		Ausnahmsweise
		unter 14 Jahren	ab 14, unter 16 Jahren	ab 16, unter 18 Jahren		
		ohne Begleitung einer erziehungsbeauftragten Person	in Begleitung einer erziehungsbeauftragten Person	ohne Begleitung einer erziehungsbeauftragten Person	in Begleitung einer erziehungsbeauftragten Person	
§ 4 Abs. 1, 2+4	Aufenthalt in Gaststätten				bis 24 Uhr	In der Zeit zwischen 5 Uhr und 23 Uhr, um eine Mahlzeit oder ein Getränk einzunehmen (§ 4 Abs. 1). Ausnahmen von Abs. 1 kann die zuständige Behörde genehmigen (§ 4 Abs. 4).
§ 4 Abs. 3	Aufenthalt in Nachtbars und Nachtclubs					
§ 5 Abs. 1	Anwesenheit bei öffentlichen Tanzveranstaltungen, z. B. Disco				bis 24 Uhr	Ausnahmen kann die zuständige Behörde genehmigen (§ 5 Abs. 3).
§ 5 Abs. 2	Anwesenheit bei öffentlichen Tanzveranstaltungen von anerkannten Trägern der Jugendhilfe oder wenn Tanzveranstaltungen der künstlerischen Betätigung oder der Brauchtumpflege dienen	bis 22 Uhr		bis 24 Uhr	bis 24 Uhr	Ausnahmen kann die zuständige Behörde genehmigen (§ 5 Abs. 3).
§ 6	Anwesenheit in Spielhallen, Teilnahme an Glücksspielen					Bei Volks- und Schützenfesten, Jahrmärkten u.Ä., sofern Gewinne nur in Waren von geringem Wert bestehen (§ 6 Abs. 2).
§ 7	Anwesenheit bei jugendgefährdenden öffentlichen Veranstaltungen oder Gewerbebetrieben					
§ 8	Aufenthalt an jugendgefährdenden Orten					
§ 9 Abs. 1+2	Abgabe und Verzehr brantweinhaltinger Getränke (auch alkoholische Mixgetränke oder überwiegend brantweinhaltinge Lebensmittel)					
§ 9 Abs. 1+2	Abgabe und Verzehr anderer alkoholischer Getränke, z. B. Bier, Wein und Ähnliches					In Begleitung einer personen sorgeberechtigten Person (§ 9 Abs. 2).
§ 10	Abgabe und Konsum von Tabakwaren					

Abbildung 18.6.: Rechtliche Regelungen zur Prävention (Auszug aus dem Jugenschutzgesetz)

18.6. Verständnisfragen

1. Welche präventiven Maßnahmen (z. B. Aufklärungskampagnen, schulische Programme) haben sich als besonders wirksam erwiesen, um den Einstieg in den Alkoholkonsum bei Jugendlichen zu verhindern?
2. Wie können gesellschaftliche und politische Strategien (z. B. Preispolitik, Werbeverbote) dazu beitragen, das Risiko für Alkoholkonsumstörungen in der Bevölkerung zu reduzieren?
3. Welche Rolle spielen frühzeitige Screening- und Interventionsprogramme in der Prävention von Alkoholkonsumstörungen?
4. Wie können Familien und soziale Netzwerke in präventive Maßnahmen einbezogen werden, um das Risiko für Alkoholkonsumstörungen zu verringern?
5. Welche Bedeutung haben psychologische Faktoren (z. B. Stressbewältigung, Resilienz) in der Prävention von Alkoholkonsumstörungen?
6. Wie können digitale Tools und Online-Programme (z. B. Apps, E-Learning) in der Prävention von Alkoholkonsumstörungen genutzt werden?
7. Welche Vorteile haben solche digitalen Tools und Online-Programme gegenüber traditionellen Methoden? Können Sie auch Nachteile erkennen?
8. Welche medizinischen Maßnahmen sind während der körperlichen Entgiftung (Detoxifikation) erforderlich, um Entzugssymptome sicher zu behandeln und Komplikationen zu vermeiden?
9. Wie unterscheiden sich die Entzugssymptome bei einer Alkoholabhängigkeit von denen anderer Substanzen, und welche spezifischen Herausforderungen ergeben sich daraus für die Entgiftung?
10. Welche Rolle spielen Benzodiazepine und andere Medikamente in der Behandlung von Alkoholentzugssymptomen?
11. Wie kann die körperliche Entgiftung so gestaltet werden, dass sie den Übergang in eine weiterführende Therapie (z. B. qualifizierte Entzugsbehandlung) optimal unterstützt?
12. Welche therapeutischen Elemente (z. B. psychologische Betreuung, medizinische Überwachung) sind in einer qualifizierten Entzugsbehandlung besonders wichtig, um langfristige Abstinenz zu fördern?
13. Wie wird in der qualifizierten Entzugsbehandlung auf individuelle Bedürfnisse und Begleiterkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen) eingegangen?
14. Welche Rolle spielt die Motivationsförderung in der qualifizierten Entzugsbehandlung, und wie kann sie dazu beitragen, die Therapiebereitschaft der Patienten zu stärken?
15. Wie kann die qualifizierte Entzugsbehandlung den Übergang in eine Entwöhnungsbehandlung vorbereiten, und welche Herausforderungen sind dabei zu berücksichtigen?
16. Welche psychotherapeutischen Ansätze (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Rückfallprävention) sind in der Entwöhnungsbehandlung besonders wirksam, um langfristige Abstinenz zu erreichen?
17. Wie können Patienten in der Entwöhnungsbehandlung dabei unterstützt werden, neue Bewältigungsstrategien für Stress und Craving zu entwickeln?
18. Welche Rolle spielt die Einbindung von Angehörigen und sozialen Netzwerken in der Entwöhnungsbehandlung, und wie kann dies konkret umgesetzt werden?
19. Wie wird in der Entwöhnungsbehandlung auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände der Patienten eingegangen, um eine nachhaltige Verhaltensänderung zu fördern?
20. Welche Medikamente werden in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit eingesetzt?
21. Beschreiben Sie deren Wirkmechanismus und Anwendungsgebiet?
22. Welche Rolle spielt die Kombination aus medikamentöser Behandlung und psychotherapeutischen Interventionen in der langfristigen Therapie der Alkoholabhängigkeit?
23. Wie werden Nebenwirkungen und mögliche Interaktionen der Medikamente (z. B. mit anderen Substanzen oder Begleiterkrankungen) in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit berücksich-

tigt und gemanagt?

24. Warum kommt in der klinischen Praxis eine medikamentöse Behandlung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit seltener zur Anwendung, als es die Evidenz und Leitlinien nahelegen?
25. Unter welchen Bedingungen und bei welchen Patientengruppen kann kontrolliertes Trinken als Therapieziel in Betracht gezogen werden, und welche Kriterien sind für die Indikation entscheidend?
26. Welche Methoden und Strategien werden im Rahmen des kontrollierten Trinkens eingesetzt?
27. Wie beschreiben Prochaska und DiClemente die verschiedenen Stufen der Veränderung (z. B. Absichtslosigkeit, Vorbereitung, Handlung), und welche Merkmale kennzeichnen jede Stufe?
27. Welche Rolle spielt die Stufe der „Absichtslosigkeit“ im Veränderungsprozess, und wie können Therapeuten Patienten in dieser Phase unterstützen, ohne Widerstand zu provozieren bzw. Reaktanz hervorzurufen?
28. Wie kann das Transtheoretische Modell genutzt werden, um den Fortschritt von Patienten in der Therapie zu bewerten und die Behandlung individuell anzupassen?
29. Welche Herausforderungen ergeben sich, wenn Patienten in der Stufe der „Rückfallphase“ sind, und wie können sie dabei unterstützt werden, erneut in den Veränderungsprozess einzusteigen?
30. Was versteht man unter Motivational Interviewing?
31. Welche Grundprinzipien sind zentral für das Motivational Interviewing, und wie tragen sie zur Förderung der Veränderungsmotivation bei?
32. Wie kann das Motivational Interviewing eingesetzt werden, um Patienten in der Stufe der „Ambivalenz“ zu helfen, ihre eigene Motivation für eine Verhaltensänderung zu entdecken?
33. Welche spezifischen Techniken werden im Motivational Interviewing verwendet?
34. Wie lässt sich das Motivational Interviewing mit anderen Therapieansätzen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie) kombinieren, um die Wirksamkeit der Behandlung zu erhöhen?
35. Warum wurde das Transtheoretische Modell der Veränderung und das Motivational Interviewing so populär? Warum ist es sinnvoll die beides zu kombinieren?
36. Nennen Sie zwei Regeln des Motivational Interviewing.
37. Welche spezifischen sozialen Kompetenzen werden im Rahmen des Trainings bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit gefördert?
38. Wie kann das Soziale Kompetenztraining dazu beitragen, Rückfälle bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit zu verhindern?
39. Welche Rolle spielt die Gruppendynamik in einem Sozialen Kompetenztraining?
40. Wie lässt sich das Soziale Kompetenztraining individuell an die Bedürfnisse und Fähigkeiten von Patienten mit Alkoholabhängigkeit anpassen?

Teil V.

Suizidalität

Im Jahr 2022 haben sich laut Statistika 10.119 Menschen in Deutschland suizidiert. Bei Verkehrsunfällen kamen im gleichen Jahr 2.776 Menschen ums Leben. In den USA haben sich im gleichen Zeitraum ca. 49.449 Menschen das Leben genommen. Etwa dreimal mehr Männer als Frauen bringen sich um, aber dreimal mehr Frauen als Männer unternehmen einen Suizidversuch. Selbstmord kommt über ethnische, wirtschaftliche, soziale und Altersgrenzen hinweg vor. Selbstmord ist vermeidbar. Die meisten Suizidgefährdeten wollen unbedingt leben; sie sind nur nicht in der Lage, Alternativen zu ihren Problemen zu sehen. Die meisten Suizidgefährdeten geben eindeutige Warnsignale für ihre Suizidabsichten, aber andere sind sich der Bedeutung dieser Warnsignale oft nicht bewusst oder wissen nicht, was sie dagegen tun sollen. Das Reden über Selbstmord führt nicht dazu, dass jemand selbstmordgefährdet wird. Hinterbliebene leiden nicht nur unter dem Verlust eines geliebten Menschen durch Selbstmord, sondern sind auch selbst einem höheren Risiko für Selbstmord und emotionale Probleme ausgesetzt.

Suizidalität bezieht sich auf Gedanken, Absichten oder Handlungen im Zusammenhang mit dem Wunsch, das eigene Leben zu beenden. **Suizidale Gedanken** können von gelegentlichen Überlegungen bis hin zu konkreten Plänen reichen. Von **suizidale Absichten** spricht man, wenn eine Person Verhaltensweisen zeigt oder auch entsprechende Gedanken berichtet, welche Handlungen oder auch Unterlassungen darstellen bzw. solche Planungen zum Inhalt haben, die aus der Sicht der Person zwangsläufig kurz- oder auch langfristig zum Tod führen oder die eigene Gesundheit in existentieller Weise gefährden. **Suizidale Handlungen bzw. Suizidversuche** können von Selbstverletzung bis hin zum tatsächlichen Suizidversuch reichen. Eine suizidale Handlung ist ein selbst ausgeführtes potenziell schädigendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, aber mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. **Selbsttötung** ist eine gegen das eigene Leben gerichtete Handlung mit tödlichem Ausgang. **Parasuizid** ist jedes autodestruktive Verhalten ohne tödlichen Ausgang. Als **erweiterten Suizid** bezeichnet man eine Selbsttötung, die mit der Tötung einer oder mehrerer weiterer Personen ohne deren Zustimmung und Wissen einhergeht.

„Immer enger wird mein Denken,
immer blinder wird mein Blick,
mehr und mehr erfüllt sich täglich mein entsetzliches Geschick.
Kraftlos schlepp ich mich durchs Leben jeder Lebenslust beraubt,
habe keinen, der die Größe meines Elends kennt und glaubt.
Doch mein Tod wird Euch beweisen,
daß ich jahre-, jahrelang an des Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang.“

aus: Ringel, E. (1984). Die österreichische Seele

19. Suizidalität: Symptomatik

19.1. Einleitung

“Wenn Gedanken und Verhalten eines Menschen darauf ausgerichtet sind, sich das Leben zu nehmen, spricht man von Suizidalität. Sie umfasst ein Kontinuum von vereinzelt Gedanken an Selbsttötung über riskante Verhaltensweisen, die den eigenen Tod in Kauf nehmen, bis hin zu Suizidversuchen und vollendeten Suiziden.

Besonders durch Suizidalität gefährdet sind Menschen in Krisensituationen, ausgelöst beispielsweise durch unheilbare körperliche Erkrankungen, Gewalterfahrungen oder Umweltkatastrophen. Auch bei Menschen mit schweren psychischen Störungen wie Schizophrenie, Alkohol- und Substanzabhängigkeit oder schweren Depressionen sind die Suizidraten erhöht. Der stärkste Risikofaktor für einen Suizid ist ein vorangegangener Suizidversuch. ” (Der Text stammt von der Internetseite des [Robert Koch Instituts zum Thema Suizid](#))

In [Abbildung 19.1](#) ist die Anzahl der Suizide getrennt nach Geschlecht und Alter in Deutschland für das Jahr 2022 abgebildet. ([Abbildung 19.1](#) wurde anhand der von STATISTIKA publizierten Daten erstellt).

Suizide finden nahezu über alle Altersgruppen hinweg statt. Im Jahr 2022 sind insg. 10.119 Suizide bekannt geworden. Keine Suizide wurden in der Altersgruppe unter 10 Jahren im Jahr 2022 registriert. Auch in der Altersgruppe zwischen 10- bis unter 15- Jährigen finden kaum Suizide statt. Männer suizidieren sich deutlich häufiger als Frauen (ca. 3:1), wobei bei Frauen häufiger Suizidversuche berichtet werden.

19.2. Erfahrungsberichte

19.2.1. Erfahrungsbericht einer Überlebenden

Folgender Text stammt aus der [Sueddeutschen Zeitung](#) und wurde von einer 33-jährigen Frau geschrieben, die sich mit einem Sprung aus dem Fenster das Leben nehmen wollte. Sie überlebt schwer verletzt.

“Am 11. März 2013 sprang ich aus dem Fenster. Ich war 33 Jahre alt, litt unter schweren Depressionen und wollte mein Leben beenden. Die gemeinsame Wohnung von meinem Freund und mir lag im dritten Stock eines Altbaus bei Hannover.

An das, was unmittelbar danach geschah, den Sprung selbst oder die Stunden davor, erinnere ich mich nicht mehr. Ich weiß nur, was mir hinterher erzählt wurde - und was ich Stück für Stück wissen wollte. Ein Nachbar fand mich im Hinterhof, rief den Notarzt und die Polizei.

Ich wurde mit dem Hubschrauber in die Klinik geflogen, kam auf die Intensivstation. Erste Diagnose: Zersplitterte Fußknochen, eine offene Oberschenkelfraktur, gebrochener vierter Lendenwirbel und

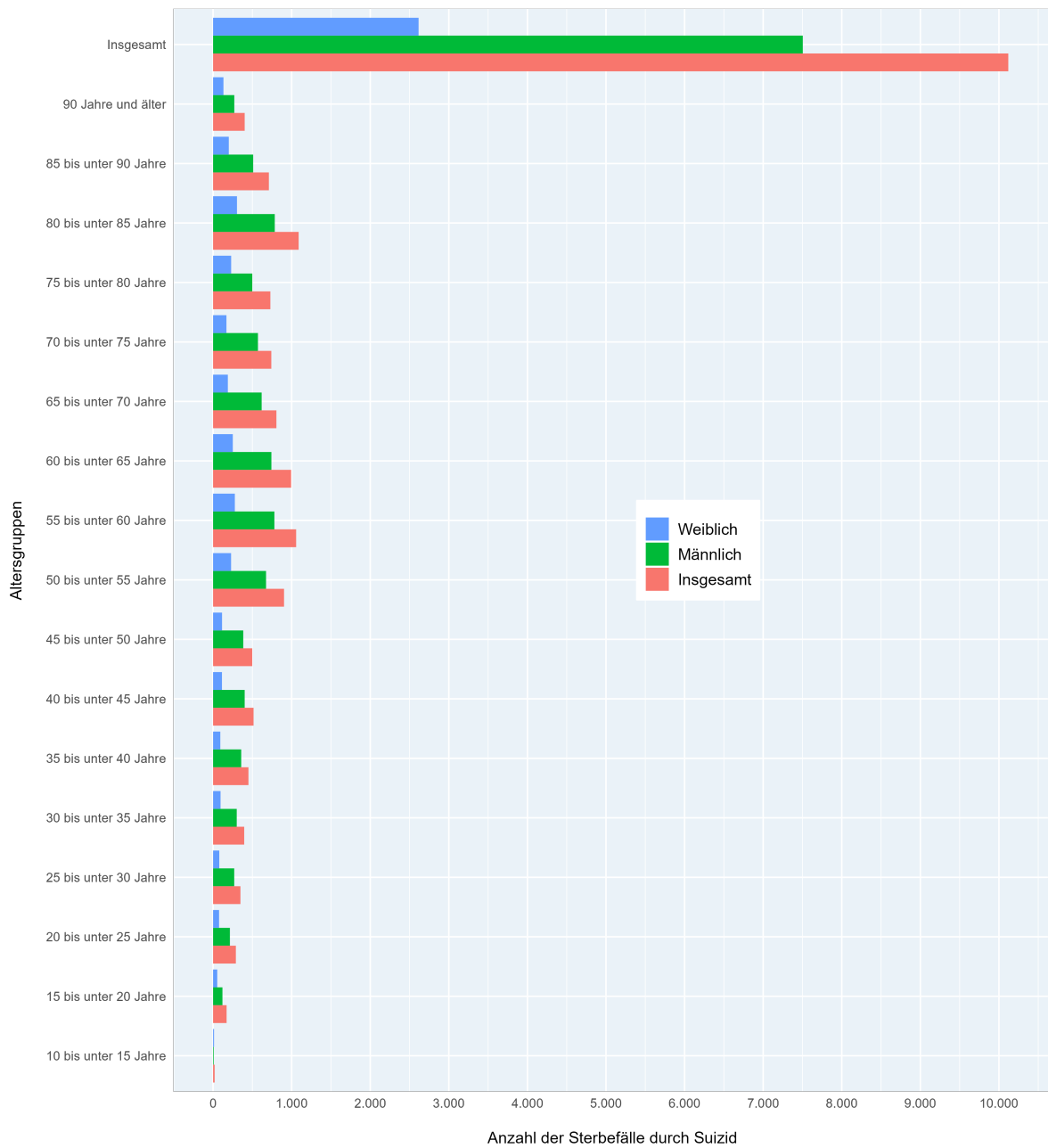


Abbildung 19.1.: Anzahl Suizide in Deutschland im Jahr 2022

das Brustbein drückte auf die Lunge, was eine Notoperation nötig machte. Zudem hatte ich viel Blut verloren und bekam Transfusionen.

Im Krankenhaus versetzten mich die Ärzte in ein zweiwöchiges Koma. Meine Erinnerungen daran sind wirr und bestehen vor allem aus komischen Träumen. Als ich aufwachte, wusste ich nicht, warum ich mich im Krankenhaus befand. Zu Verwandten sagte ich, dass es ja scheiße sei, wegen einem Bänder- riss hier zu liegen. Nur, dass der einige Monate zurücklag. Als ich erfuhr, dass ich einen Suizidversuch unternommen hatte, war ich entsetzt.

Mein Freund erlitt einen Schock, als er die Nachricht von meinem Sprung bekam. Er hatte große Schwierigkeiten, unsere Wohnung zu betreten, geschweige denn das Zimmer, aus dessen Fenster ich sprang. Er suchte uns eine neue Wohnung auf dem Land.

Scham und Schuld

Vier Monate lag ich im Krankenhaus - drei davon konnte ich wegen meiner schweren Fußfrakturen nicht aufstehen. Zwölfmal wurde ich operiert. Kurz nach der Einlieferung war nicht klar, ob ich querschnittsgelähmt bin. Aus Erzählungen weiß ich, dass die erste Nacht kritisch war, dass meine Mutter und mein Bruder nur wollten, dass ich am Leben bleibe, egal wie. Mein Vater meinte wohl, wenn ich wirklich gehen will, dann müsse er mich loslassen.

Die Ärzte konnten sich nicht vorstellen, dass ich je wieder auf diesen zerbröselten Füßen stehen könne. Es war, als sei eine Tasse aus größerer Höhe gefallen - und in viele kleine Einzelteile zerbrochen.

Ich konnte nicht allein aufs Klo gehen, wurde von Fremden gewaschen - oder machte nachts, nachdem der Katheter entfernt wurde, ins Bett. Erst ein Rollstuhl erleichterte dieses Leben. Doch die Bedienung war ein absoluter Kraftakt, Stück für Stück habe ich es dann hingekriegt.

Ich verbrachte unendlich lange Tage, starrte ins Leere, guckte manchmal Fernsehen, hatte wechselnde Zimmer, Stationen und Bettnachbarn. Manche waren nett, andere anstrengend, andere unauffällig, jung, alt - alles war dabei. In dieser Phase konnte ich mir nicht vorstellen, dass es je wieder bergauf gehen würde.

Meine Familie, Freunde und Bekannte unterstützten mich mit Zuspruch, Karten und Geschenken. Trotzdem ging das zu diesem Zeitpunkt ziemlich an mir vorbei. Ich konnte es nicht richtig wertschätzen. Dazu gesellte sich Scham, weil ich mich ja selbst in diesen Zustand gebracht hatte. Ich war der Überzeugung, dass ich all dieses Mitgefühl gar nicht verdient hätte. Viele hatten Verständnis für die Depression, die bereits zum dritten Mal aufgetreten war.

Erschöpfung, Konzentrationsprobleme, Freudlosigkeit: Wie man die Depression erkennt - und warum sie manche trifft und andere verschont. Von Katrin Neubauer

Die erste depressive Phase

Das erste Mal hatte ich kurz nach dem Abitur damit zu tun. Zu dieser Zeit ging eine On-off-Beziehung zu Ende, in der ich meine emotionalen Grenzen viele Male weit überschritten hatte. Irgendwann konnte ich einfach nicht mehr: Konnte nicht mehr schlafen, hatte Herzrasen und Schweißausbrüche, war permanent auf 180, kam nicht mehr zur Ruhe.

Ich war ein Schatten meiner selbst und konnte nichts mehr für mich und andere tun oder Freude empfinden. Besonders schlimm war es, wenn ich meinen Freund traf, dann wurde mir schlecht und diese undefinierbare Panik unerträglich. Ich beschloss, mich zurückzuziehen, fühlte mich aber ohne ihn auch schrecklich.

Es war diese Situation, aus der ich keinen Ausweg fand, die mich zerrieb und Angst und Depression auslöste. Ich fühlte mich ihm gegenüber schuldig und wie der schlechteste Mensch auf Erden. Angst vor Verlust war schon immer ein Teil meines Lebens.

Zu diesem Zeitpunkt lernte ich meinen jetzigen Freund kennen und dachte, er könnte mir den Absprung aus der vorherigen Beziehung erleichtern. Nur: Das klappte zunächst gar nicht. Ich konnte keine Nähe mehr ertragen, sie machte mir Angst. Die Liebe und die Harmonie, die ich mir eigentlich gewünscht hatte, waren zu viel für mich. Ich war unnahbar, machte ständig Schluss und dachte, ich wäre niemals in der Lage, eine "normale" Beziehung zu führen.

Ich sah in ungeahnte Abgründe meiner selbst

Mit dem Gefühl der inneren Leere, der kompletten Sinnlosigkeit und der Überzeugung, dass es nie wieder anders werden würde, fing ich trotzdem an zu studieren. Erst nach mehr als einem Jahr veränderten sich meine emotionale Lage und der körperliche Ausnahmezustand. Zurück blieben die Angst vor diesen merkwürdigen Gefühlen und undefinierbaren körperlichen Symptomen. Ich war nicht mehr so unbescholten wie davor und hatte in ungeahnte Abgründe meiner selbst gesehen.

Auf der anderen Seite kann man sich, wenn die Depression vorbei ist, auch nicht mehr vorstellen, wie sie wirklich war. Fünf Jahre ging dann alles so weit gut. Ich studierte, hatte Höhen und Tiefen wie andere wohl auch, hatte eine stabile Beziehung, verschiedene Jobs nebenher - ein normales Leben.

Heikel wurde es dann wieder, als ich meinen ersten Vollzeitjob antrat. Ich wusste zwar schon vorher, dass die Arbeit nicht meinen Vorstellungen entsprach, nahm sie aber erst mal euphorisch an. Doch nach kurzer Zeit entwickelten sich wieder Stresssymptome, wie ich sie vom ersten Mal her kannte. Im Job wurde ich zwischen verschiedenen Ansprüchen zerrieben, mehrere Kollegen kündigten. Bald war es auch für mich zu viel, es war ein Gefühl, als würde ich permanent unbequeme Schuhe tragen müssen.

Monatelang konnte ich nicht vernünftig schlafen, schleppte mich Tag für Tag zur Arbeit. Jedes Mal, wenn ich dort über die Schwelle trat, hoffte ich, dass ich einfach zusammenbrechen würde und das Ganze vorbei wäre. Auf die Idee zu kündigen, kam ich nicht. Ständig war da der Gedanke, dass ich dankbar dafür sein müsste, eine Arbeit zu haben und ich wollte mein Umfeld nicht enttäuschen.

Herzrasen, Panikattacken

Nach acht Monaten hatte ich zwei Wochen Urlaub. Ich war unendlich erschöpft, trotzdem hypernervös, sah wieder keinen Lösungsweg. Auf Paxos war es erst schön, doch nach drei Tagen brach es extrem aus mir heraus. Die Schönheit der griechischen Insel kam mir wie eine Kulisse vor, die mir eine Idylle vorgaukelte, die es in meinem Leben nicht gab.

Ich bekam Herzrasen, Panikattacken, heulte ständig. Mein Freund und ich gingen im Paradies durch die Hölle und mir wurde klar, dass ich zu meinem Job nicht zurückkehren konnte. Erst war der Entschluss eine Erleichterung, aber dann wurde alles wieder nur noch schlimmer. Wieder war das Schuldgefühl vorherrschend, es nicht geschafft zu haben, die letzte Versagerin zu sein, niemals im Arbeitsleben klarzukommen, Leere, Emotionslosigkeit, keine Freude.

Ziemlich schnell bekam ich ein neues Jobangebot, hielt jedoch die erste Woche nicht durch. Ich bekam Heulanfälle bei jeder kleinen Anforderung, konnte die leichtesten Dinge nicht mehr. Ich ließ mich in eine psychiatrische Klinik einweisen, auch weil da schon Suizidgedanken im Spiel waren. Dort blieb ich und bekam Medikamente. Doch als ich aus der Klinik kam, ging es mir schlechter als zuvor: Ich hatte ein neues Medikament bekommen, auf das ich mit einem Tremor reagierte. Keine Minute konnte ich stillsitzen und war völlig neben der Spur.

Ich kam dann in eine andere Klinik mit einer viel besseren Betreuung. Die Medikamente wurden umgestellt, mein Zustand besserte sich minimal und nach zwei Monaten wurde ich entlassen. Doch weiterhin dominierten Leere und Hoffnungslosigkeit meinen Alltag. Irgendwann begann ich mit diesen Gefühlen wieder zu arbeiten. Zunächst wie ein Roboter. Nach langer Zeit erst empfand ich wieder Freude, verfolgte Interessen und schmiedete Pläne. Die Leidenschaft zum Leben kehrte zurück.

Eine schwierige Dreiecksbeziehung

Ich begann eine Verhaltenstherapie und obwohl sowohl berufliche als auch private Umstände nicht immer leicht waren, blieb ich stabil. 2008 verliebte ich mich in einen anderen Mann. Zu Hause führte das mit meinem Freund zu sehr emotionalen Auseinandersetzungen. Zu diesem Zeitpunkt waren wir zehn Jahre zusammen. Erst mal führten wir eine Dreiecksbeziehung, im Einverständnis.

Irgendwann wurde mir das jedoch zu viel und ich entschied mich zunächst für den anderen Mann. Mit meinem "Ex"-Freund teilte ich weiterhin die Wohnung, wir konnten es uns beide nicht anders vorstellen. Vielleicht log ich mir dabei aber auch, was eine Trennung anging, in die eigene Tasche, weil ich keinen klaren Schnitt vollzog. Die andere Beziehung entwickelte sich jedoch nicht in die Richtung, die ich mir wünschte. 2012 brach der Kontakt ab.

Vor zwei Jahren wagte ich in meinem Job einen Neuanfang und machte mich selbständig. Allerdings merkte ich, dass mich auch da Selbstzweifel und mangelndes Selbstvertrauen verfolgten. Es zerplatzte eine von mir imaginierte Zukunftsblase. Dann kam eins zum anderen, Hartz IV stand bevor, ich hatte keinen Job in Aussicht, wusste auch nicht mehr, was ich wollte, hatte keine Visionen und auch keine Lust mehr zu irgendwas. Panikattacken, Leere, emotionale Entfremdung standen auf der Tagesordnung.

Die Abwärtsspirale setzte sich wieder in Gang. Ich ließ mich erneut in eine psychiatrische Klinik einweisen, blieb da aber nicht lange, weil ich mich nicht wohl fühlte und keine Besserung verspürte. Die Medikamente halfen nicht, es waren wohl nicht die richtigen. Ich ging noch in eine Tagesklinik - und dann kam der 11. März 2013.

Ich war in Behandlung, aber scheinbar nicht in der richtigen. Niemand konnte ahnen, dass ich aus dem Fenster springen würde.

Die Zeit danach habe ich fast nur in Krankenhäusern und mit Rehamaßnahmen verbracht. Langsam lernte ich das Gehen wieder. Doch ich weinte oft und war hoffnungslos.

Mir wurde klar, dass ich meine Depressionen noch immer mit mir rumschleppte. Im Dezember 2014 ließ ich mich abermals in die Psychiatrie einweisen, da wieder suizidale Gedanken aufkamen. Doch erst in einer psychotherapeutischen Rehaklinik hatte ich einen Ort gefunden, an dem es mir gelang, mich mit meinen wirklichen Problemen auseinanderzusetzen.

Als ich nach Hause kam, machte ich zunächst die gemeinsame Wohnung zu meiner: Ich dekorierte um, mistete aus und ordnete. Ich hatte wieder Lust, Dinge zu unternehmen. Überhaupt hatte ich den Eindruck, jetzt erst therapiefähig geworden zu sein.

Was jetzt noch bleibt, sind die Narben, die teilweise sehr hässlich sind und Schwierigkeiten bei bestimmten Bewegungen. Und die Frage, was ich Leuten erzähle, die mich fragen, warum ich nicht ganz normal laufen kann, woher diese oder jene Narbe kommt, warum ich für ein Jahr zwangsverrentet worden bin.

Weitere Fragen geistern mir durch den Kopf: Werde ich wieder mein eigenes Geld verdienen? Werde ich mir selbst vergeben können? Aber was ich auf jeden Fall weiß: Ich habe ins Leben und auch zu dessen Schönheit zurückgefunden - auch wenn dann und wann mal ein blöder Gedanke kommt.

Ach ja, und ich feiere jetzt immer am 11. März meinen zweiten Geburtstag."

(Carolin R., 35, wohnt in der Nähe von Hannover.)

19.2.2. Erfahrungsberichte von Angehörigen

https://www.volksfreund.de/region/trier-trierer-land/warum-hat-er-mich-allein-gelassen_aid-23175831

Wenn ein geliebter Mensch sich das Leben nimmt, ist das ein Schock. Für die Angehörigen ist der Tod ein Katastrophe, die auch Jahre später das Leben mitbestimmt. Denn es ist nicht nur Trauer, die bleibt. Hinterbliebene kämpfen über Jahre mit Schuldgefühlen, Wut und Scham. Helga S. (Name geändert) hat diese Tortur selbst erlebt. Und selbst heute, 15 Jahre nach dem Suizid ihres Mannes, fällt es ihr schwer, darüber zu reden.

„Mein Mann hatte seit Jahren immer wieder mit Depressionen zu kämpfen“, erzählt die 55-Jährige Frau aus der Eifel im zunächst stockenden Gespräch mit dem Reporter vom Trierischen Volksfreund. Der hatte sie um ein Treffen gebeten, weil in Trier vom 5. bis 17. Juni eine Ausstellung gezeigt wird, die sich mit dem Thema Suizid befasst. Es ist ein Tabu-Thema, was sich schon daran zeigte, dass sich trotz intensiver Suche durch das Netzwerk Trauer nur Helga S. dazu bereiterklärt hat, über ihre Erfahrungen und Gefühle zu sprechen.

Nun sitzen wir im Wohnzimmer des hübschen Hauses, das die ehemalige Physiotherapeutin mit ihrem neuen Lebenspartner seit einigen Jahren bewohnt. An den Wänden hängen Fotos von ihren Kindern, die inzwischen eigene Familien haben. „Es war schon schwer, mit einem depressiven Mann zu leben“, sagt sie. Aber sie habe gewusst, worauf sie sich eingelassen habe. „Ich habe nie wirklich daran gezweifelt, dass wir es schaffen. Vor allem die ersten Jahre waren gut und ich hatte das Gefühl, dass er die Krankheit im Griff hat.“

Doch dann klingelte an jenem Morgen vor 15 Jahren ein Polizist mit ernstem Gesicht an der Tür. Ihr Mann, gerade einmal 42 Jahre alt, war mit seinem Auto – er war nicht angeschnallt – mit Höchsttempo gegen einen Brückenpfeiler gerast. Jede Hilfe für ihn kam zu spät. „Weil eine Polizeistreife den Unfall beobachtet hat, war sofort klar, dass er das mit Absicht getan hat.“ Den Abschiedsbrief fand sie einige Zeit später im Haus.

Alleine mit einer Tochter im Kindergartenalter, einem Sohn in der zweiten Klasse der Grundschule, ohne finanzielle Sicherheit. Bei den Erinnerungen daran ringt die Frau auch heute noch mit der Fassung. „Das waren damals sehr schwere Jahre“, sagt sie. „Ich hätte mich am liebsten in ein Mauseloch verkrochen, musste aber für die Kinder funktionieren.“ Natürlich habe sie getrauert. „Aber da waren auch sofort Scham und ganz große Schuldgefühle, dass ich es nicht verhindern konnte. Was wäre gewesen wenn? Und dann kam auch noch die Wut: Warum hat er mich alleingelassen?!“

Den Kindern habe sie zunächst nicht die Wahrheit über den Tod ihres Vaters gesagt. „Mein Sohn hat das schnell realisiert, meine Tochter erst Jahre später.“ Auch im Ort habe sie immer von einem Unfall gesprochen. „Bei unserem Pfarrer war es ja schon schwer, eine Urnenbestattung durchzusetzen. Hätte der gewusst, dass sich mein Mann das Leben genommen hat, wäre das mit der Beerdigung vermutlich schwierig geworden.“ Zumindest von der eigenen Verwandtschaft bekam sie Verständnis, auch dafür, dass ihr Mann tatsächlich krank war.

Niemand machte Helga S. Vorwürfe. Woher kamen also die Schuldgefühle? „Das kommt von einem selbst“, sagt sie. „Ich wusste vom Kopf her schnell, dass ich keine Schuld hatte. Das Gefühl war aber anders. Und bei all dem habe ich die Endgültigkeit des Abschieds erst Monate später begriffen. Da war es für meine Mitmenschen längst normal, dass ich als allein erziehende Mutter mein Leben anpacke.“

Weil die damals 42-Jährige aber spürte, dass sie Hilfe brauchte, um dem Teufelskreis aus Wut und Schuldgefühlen zu entkommen, machte sie sich auf die Suche. „Ich wollte eine Trauerbegleitung, habe aber keine Hilfe bekommen“, erinnert sie sich. Eine Selbsthilfegruppe von Alleinerziehenden

war auch nicht das Richtige. „Die Probleme, dass ein Partner schlecht zahlt, hätte ich damals gerne gehabt.“

Nach einem Jahr traf sie schließlich in Trier bei der Katholischen Familienbildungsstätte auf die Sozialarbeiterin Maria Knebel, die auch die aktuelle Ausstellung in der Jesuitenkirche mitorganisiert. „Das Wochenende Trauerbegleitung mit ihr hat mir sehr viel gebracht“, erinnert sich Helga S. „Aber die Gefühle kommen trotzdem immer wieder, bis heute, besonders an Gedenktagen wie Weihnachten oder Geburtstagen. So ein Verlust lässt einen nicht los, das prägt das weitere Leben.“

Die 55-Jährige hat sich inzwischen selbst zur Trauerbegleiterin ausbilden lassen. Plötzlich hält sie inne und blickt aus dem Fenster in den Garten des hübschen Hauses, in dem nichts an das traumatische Ereignis vor 15 Jahren erinnert. „Die Wut hält länger als die Schuldgefühle“, sagt sie dann. „Aber auch darüber kann man nicht sprechen. Wenn ich nach dem Tod meines Mannes gefragt werde, sage ich bis heute, es war ein Unfall.“

Dennoch. Es habe sich im Vergleich zu damals im Umgang mit dem Thema Suizid viel verändert. Und weil sie danach gefragt wird, gibt sie ihren Mitmenschen einen Tipp: „Gebt Trauernden keine Ratschläge, denn in diesem Wort steckt immer der Begriff Schlag. Besser ist die ehrliche Frage ‚Wie kann ich Dir helfen?‘.“

Tabuthema Suizid: „Er nahm sich das Leben und meines gleich mit“ <https://www.nw.de/lokal/bielefeld/mitte/22415-bricht-mit-Tabu-Sein-Suizid-nahm-auch-ihr-das-Leben.html>

Ihr Mann tötete sich nach schwerer Depression selbst. Danach muss eine Bielefelderin miterleben, wie sich Nachbarn, Bekannte und Familie abwenden. Die 63-Jährige will das Schweigen jetzt brechen – öffentlich und ganz persönlich

Bielefeld. Es ist ein ganz normaler Montag nach einem harmonischen Wochenende zu zweit. Wie jeden Morgen bekommt Frauke T. von ihrem Mann einen Kaffee ans Bett gebracht. Als sie etwas später den Frühstückstisch deckt, fällt ihr auf einmal diese große Stille auf. Die Bielefelderin ruft nach ihrem Mann Heiner. Es kommt keine Antwort. Sie steigt die Stufen in die nächste Etage hinauf, die Tür zum Dachboden steht offen. „Da sah ich, was passiert war.“

Es folgen schreckliche Minuten, Stunden mit Bildern, die sie nie vergessen wird. Für Frauke T. ist es auch der Anfang eines Lebens mit einem Tabu.

Die Bielefelderin erzählt ihre Geschichte, weil sie aufrütteln will. Weil es anderen nicht so ergehen soll wie ihr. Weil das Tabu um den Suizid ihres Mannes den Schmerz über die Jahre fast unaushaltbar gemacht hat. Zusammen mit Pfarrer Armin Piepenbrink-Rademacher hat die 63-Jährige jetzt eine Ausstellung in die Altstädter Nicolaikirche geholt, die das Schweigen brechen soll. So wie die Witwe jetzt ihr eigenes Schweigen gebrochen hat nach Jahren der Verleugnung gegenüber Fremden, neuen Bekannten, Kollegen.

Nachbarn tratschen die Nachricht vom Suizid herum.

„Wenn mich jemand gefragt hat, woran mein Mann gestorben ist, habe ich gesagt, an einem Infarkt“, erzählt sie. Ein Grund dafür sei Scham gewesen, ein anderer die Reaktion ihres Umfelds in den Tagen nach dem Suizid.

Auf den großen Schmerz folgen viele kleine Verletzungen: Befreundete Nachbarn, bei denen Frauke T. einst die Kinder hütete, tratschen die Nachricht vom Suizid sofort im Stadtteil herum. Auf der Straße wird sie daraufhin von einem Bekannten angesprochen mit den Worten: „Was ist denn über euer Haus für ein Fluch gekommen?“ Andere wechseln die Straßenseite

Andere wechseln die Straßenseite, tun so, als hätten sie sie beim Einkauf nicht gesehen. „Das macht mich noch immer sprachlos“, sagt die Bielefelderin. Auch der Chef fragt als Erstes nach ihrer Rückkehr

neugierig: „Warum hat Ihr Mann das gemacht?“ Und es heißt, die Kollegen müssten es ja nicht wissen. Anzeige

Selbst der örtliche Bielefelder Pastor findet über ein floskelhaftes „Das tut mir leid“ keine tröstenden Worte. Sensationsgier einerseits, Sprachlosigkeit andererseits werden zu ständigen Begleitern. „Das schnürt einem die Kehle zu“, so beschreibt es die Witwe.

“Er hat seine Krankheit gut verborgen”

Auch ihr Ehemann Heinrich, den alle nur Heiner nennen, hat Frauke T. keine Erklärung, keinen Brief hinterlassen. „Nichts.“ Er habe nie Selbstmordgedanken geäußert. „Das kam für mich aus heiterem Himmel. Ich hätte nie geglaubt, dass das passiert.“

Wenn die Bielefelderin heute zurückblickt, gab es jedoch einige Anzeichen: finanzielle Probleme, beruflichen Stress, Bluthochdruck, Erbschaftsstreitigkeiten und eine zerrüttete Beziehung mit der Familie ihres Mannes in Hamburg. In der Zeit vor seinem Tod habe Heiner phasenweise viel getrunken. „Das war für mich immer schwerer zu tragen.“ Heute weiß Frauke T., dass ihr Mann schwer depressiv war. „Er hat seine Krankheit sehr gut verborgen, er hat mich wohl nicht belasten wollen.“ Er ist die Liebe ihres Lebens

Denn da ist auch die andere, die wichtigste Seite von Heiner – die des liebe- und humorvollen, des wundervollen Menschen und fürsorglichen Vaters zweier erwachsener Töchtern aus erster Ehe. „Nie hat er über andere hergezogen“, sagt die Witwe. Heiner ist die Liebe ihres Lebens.

Als Frauke T. sich in ihren zukünftigen Mann verliebt, ist er verwitwet und ein Exportkaufmann mit Penthouse in Hamburg. Er kommt aus einer wohlhabenden Unternehmerfamilie. „In seiner Familie haben Geld und Geltung eine große Rolle gespielt“, erklärt die Witwe. „Aber er war zu gutmütig für das hart umkämpfte Geschäft im Exporthandel.“ Der unternehmerische Erfolg bleibt aus, es gibt Schulden. Die Familie zieht 2002 ins Elternhaus von Frauke T. nach Bielefeld um.

Um über die Runden zu kommen, nimmt die gelernte Röntgenassistentin verschiedene Jobs an. Doch wie schlimm es tatsächlich um die Finanzen steht, wird sie erst nach dem Suizid ihres Mannes erfahren, nach jenem Montag, dem Kaffee ans Bett, dem Gang die Treppe hoch, dem Blick durch die offene Dachbodentür: „Da sah ich ihn hängen.“ Als sie begreift, was sie sieht, kann Frauke T. alleine nichts tun. „Er war zu schwer.“ „Man ist allein gefangen“

Sie ruft eine Freundin an, die Anästhesistin ist und in der Nähe wohnt. „Sie ist sofort zu uns übergerannt. Dann hat sie plötzlich gerufen: Er lebt noch! Wir haben meinen Mann gemeinsam abgehängt und dann war auch schon der Rettungswagen da.“ Vier Tage lang sitzt die Ehefrau an Heiners Bett in Gilead. Er kommt nicht wieder zu Bewusstsein. „Ich habe meine Hand auf sein schlagendes Herz gelegt.“ Dann ist es vorbei.

Das war im Februar 2009. Erst Jahre später wird Frauke T. zum ersten Mal offen über das Geschehene sprechen, es benennen können. Sie sagt: „Er nahm sich das Leben und meines gleich mit.“ Auch die Bielefelder Ausstellung trägt diesen Titel. Denn mit dem Suizid ihres Mannes zerbricht auch die Familie. Ein weiterer Suizid

Heiners Töchter ziehen sich zunehmend zurück, es gebe heute keinen Kontakt. Von der Familie in Hamburg „gab es nicht einmal einen einzigen Anruf“. „Man ist allein gefangen in einer Situation der Trauer, die man nicht aussprechen kann.“

Dazu kommen über Jahre hinweg Unsicherheit, Wut, Scham, die vielen offenen Fragen, die pietätlosen Fragen anderer, sogar Beleidigungen – und die Schulden. Die Mutter und eine gute Freundin aus Schultagen werden zur größten Stütze für die Bielefelderin. Und Mops Maxi. „Sie waren einfach da und haben den Schmerz mit ausgehalten.“ Dann nimmt sich die Freundin 2015 zusammen mit ihrem Mann das Leben. „Da bin ich zusammengebrochen.“

Es ist der Durchbruch für die Trauernde

Hilfe und echtes Verständnis für ihre Situation findet die 63-Jährige schließlich bei AGUS, kurz für Angehörige um Suizid. Weil die Selbsthilfeorganisation keine Gruppe in Bielefeld hat, fährt Frauke T. 2016 zum Jahrestreffen. Es wird ein Durchbruch: Hier wissen ja alle „ohnehin Bescheid“, haben Ähnliches erlebt.

Seitdem verliert das Tabu nach und nach seine Macht über ihr Leben. „Aber ich habe noch viel vor mir. Ohne Hilfe von Fachleuten geht es nicht.“ Seit einem halben Jahr kann sie über das Geschehene endlich offen reden. „Und wer das nicht aushalten kann, der passt nicht in mein Leben.“

Sie ist gebeten worden, in Bielefeld eine AGUS-Selbsthilfegruppe zu leiten. Sie denke darüber nach, sagt Frauke T. und kraut Mops Maxi. Noch sei sie nicht so weit.

19.3. Filme zu dem Thema

[Reportage Ohne Dich! - Familien nach dem Suizid](#)

[Suizid in der Familie – Das Leid der Hinterbliebenen | Reportage | SRF](#)

19.4. Typische Suizidgedanken

In Tabelle 19.1 sind typische Suizidgedanken aufgeführt.

Tabelle 19.1.: Typische Suizidgedanken

Thema	Typische Suizidgedanken
Passive Todeswünsche	„Ich wünschte, ich wäre einfach nicht mehr da.“ „Es wäre besser, wenn ich nie geboren worden wäre.“ „Ich möchte einschlafen und nicht mehr aufwachen.“
Gefühl der Hoffnungslosigkeit	„Es gibt keinen Ausweg mehr aus dieser Situation.“ „Nichts wird sich jemals ändern oder besser werden.“ „Ich sehe keine Zukunft für mich.“
Überwältigende emotionale Schmerzen	„Ich halte diesen Schmerz nicht mehr aus.“ „Ich fühle mich so leer und verzweifelt.“ „Alles tut weh, und ich möchte, dass es aufhört.“
Schuld- und Schamgefühle	„Ich bin eine Last für alle um mich herum.“ „Die Welt wäre besser dran ohne mich.“ „Ich verdiene es nicht zu leben.“
Isolation und Einsamkeit	„Niemand versteht mich oder kümmert sich um mich.“ „Ich bin völlig allein und habe niemanden, der mir hilft.“ „Es hat keinen Sinn, mit jemandem zu reden – niemand kann mir helfen.“
Konkrete Suizidgedanken	„Ich denke oft darüber nach, wie ich mir das Leben nehmen könnte.“ „Ich habe schon überlegt, welche Methode ich verwenden würde.“

Thema	Typische Suizidgedanken
Gefühl der Sinnlosigkeit	„Ich stelle mir vor, wie es wäre, wenn ich tot wäre.“ „Mein Leben hat keinen Sinn mehr.“
Wunsch nach Ruhe oder Befreiung	„Alles, was ich tue, ist nutzlos.“ „Es gibt keinen Grund mehr, weiterzumachen.“ „Ich möchte einfach nur Frieden finden.“
Fantasien über den Tod	„Ich will nicht mehr kämpfen müssen.“ „Der Tod wäre eine Erlösung von all dem Schmerz.“ „Ich stelle mir vor, wie meine Beerdigung aussehen würde.“ „Ich frage mich, ob die Leute mich vermissen würden.“
Ambivalente Gedanken	„Ich denke darüber nach, wie es wäre, wenn ich nicht mehr existiere.“ „Ein Teil von mir möchte leben, aber ein anderer Teil möchte sterben.“ „Ich weiß nicht, ob ich wirklich sterben will, aber ich kann nicht mehr so weiterleben.“
Vorbereitende Gedanken	„Ich schwanke zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben.“ „Ich habe schon Dinge geregelt, falls ich nicht mehr da bin.“
Impulsive Gedanken	„Ich habe Abschiedsbriefe geschrieben oder darüber nachgedacht.“ „Ich habe meine Sachen verschenkt oder geordnet.“ „Manchmal überkommt mich der Gedanke, einfach alles zu beenden.“ „Ich habe das Gefühl, ich könnte jeden Moment etwas tun.“ „Es fühlt sich an, als würde ich die Kontrolle über meine Gedanken verlieren.“

20. Suizidalität: Diagnostik

20.1. Einleitung

In diesem Kapitel wird das diagnostische Vorgehen erläutert, um zu klären, ob eine Patientin/ein Patient suizidgefährdet (suizidal) ist.

Bei diesem Vorgehen gilt es aber die aktuelle Rechtsprechung zum Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu beachten.

- Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.
- Ein Mensch hat auch das Recht, dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist nicht begrenzt auf terminale Erkrankungen oder Situationen unerträglichen Leids.

Bundesverfassungsgericht: Recht auf selbstbestimmtes Sterben

“Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.“

Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020, Urteil vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinem Urteil vom 26.02.2020 (BVerfGE 153, 182 ff) dem Gesetzgeber aber auch mit auf den Weg gegeben, vulnerable Menschen zu schützen und sicherzustellen, dass die Entscheidung für den Suizid tatsächlich **freiverantwortlich** erfolgt. Diese Freiverantwortlichkeit kann durch akute psychosoziale Belastungen, durch psychische Erkrankungen, aber auch durch den Einfluss Dritter erheblich eingeschränkt sein.

In seinem Urteil nennt das BVerfG vier Kriterien, anhand derer die Freiverantwortlichkeit beurteilt werden muss:

- die Fähigkeit, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln
- die tatsächliche Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte
- die Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck
- die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses

Bislang ist nach meiner Kenntnis nicht geregelt, wie und von wem die Freiverantwortlichkeit in der Praxis überprüft werden soll. Es gibt hierzu zahlreiche Diskussionspapiere, Empfehlungen und sogar Gesetzesentwürfe (z. B. [Eckpunktepapier der DGPPN](#), [Diskussionspapier der Leopoldina](#), [Stellungnahme des BMG](#)). Eine ausführliche Übersicht zur Problematik der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und Kriterien für deren Beurteilung findet sich bei Saß & Cording (2022).

20.2. Anamnese

Bei der Suizidalität handelt es sich eigentlich um ein Symptom und nicht um ein Syndrom, auch wenn im DSM-5 eine "Suizidalen Verhaltensstörung" kodiert werden kann. Die vorhandene Literatur liefert Hinweise dafür, dass sich Suizidalität entlang eines Kontinuums entwickelt, das von weniger schweren Formen (Gedanken an den Tod oder Suizidgedanken) bis hin zu schwersten Ausprägungen der Todesabsicht (ernsthafte Suizidversuche oder vollendete Suizide) reicht.

! Wichtig

Selbstbestimmtes Sterben

„Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.“

Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020, Urteil vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht ergeben sich folgenden Konsequenzen:

- Ein Mensch hat ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben (freiverantwortliches Sterben). Er hat auch das Recht, dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie ihm angeboten wird.
- Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist nicht begrenzt auf terminale Erkrankungen oder Situationen unerträglichen Leids.
- Der Gesetzgeber muss regeln, wann die Freiverantwortlichkeit nicht mehr gegeben ist, da diese durch akute psychosoziale Belastungen, durch psychische Erkrankungen, aber auch durch den Einfluss Dritter erheblich eingeschränkt sein kann.

Die Besonderheiten der Übergänge in diesen Phasen sind jedoch nach wie vor unzureichend erforscht, da es nur wenige methodisch fundierte (insbesondere prospektive) Studien gibt, die die Entwicklung verschiedener suizidbezogener Phänomene untersuchen (Sveticic & Leo, 2012).

In Abbildung 20.1 sind wichtige Aspekte aufgeführt, die bei einer Einschätzung der Phase bzw. dem Ausprägungsgrad der Suizidalität (Risikoeinschätzung) eine Rolle spielen und an denen sich die Anamnese entlang bewegen kann.

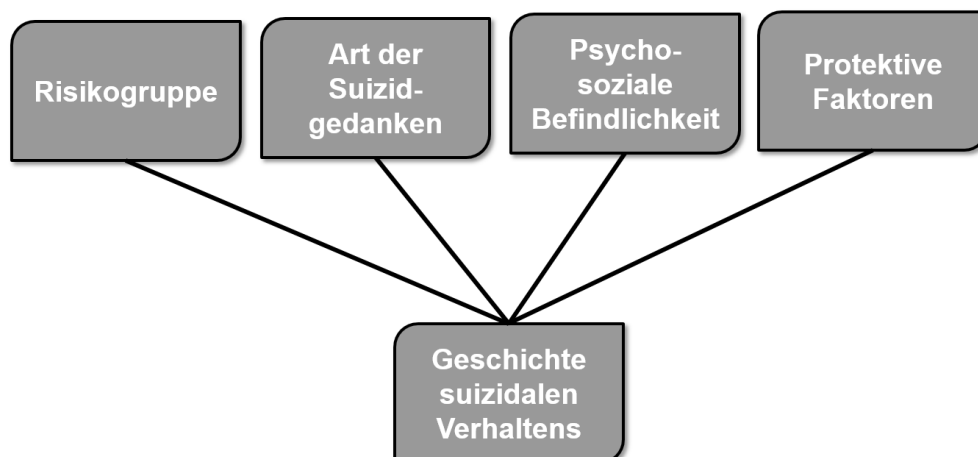


Abbildung 20.1.: Bestandteil der Risikoabschätzung

Fragen zur Abschätzung des Suizidrisikos (siehe Jobes, 2023; Joiner et al., 2009; Rudd et al., 2001)

- **Die Möglichkeit eines Suizids und den eigenen Eindruck benennen**
 - Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?
 - Mein Eindruck ist, Sie denken darüber nach, sich das Leben zu nehmen.
- **Art der Suizidgedanken explorieren:**
 - Wie sehen diese Gedanken (Wünsche, Vorstellungen, Impulse...) aus?
 - Wie oft, lange, intensiv (überwältigend) treten diese Gedanken auf?
 - Wann denken Sie darüber nach? Was löst die Gedanken aus?
- **Umgang mit Suizidgedanken explorieren**
 - “Wie gehen Sie mit diesen Gedanken um?”
 - “Wie beenden Sie diese Gedanken wieder?”
 - “Was hat Sie bisher davon abgehalten, sich das Leben zu nehmen oder weitere Schritte in diese Richtung zu unternehmen?”
 - “Wie stark ängstigt Sie der Gedanke an einen Suizid (z. B. Skala von 1-10)?”
- **Suizidmotive und Bedeutung der Suizidgedanken verstehen**
 - “Bei fast allen Menschen ist es ja so, dass hinter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, ein bestimmtes Bedürfnis - z.B. nach Ruhe - steht. Welches könnte das bei Ihnen sein?”, „Wollen Sie sterben, oder wollen Sie, dass etwas aufhört?”
 - “Hinter der Überlegung sich das Leben zu nehmen, steckt oft der Wunsch das Leben möge besser werden. Wie muss sich das Leben für Sie verändern, damit Sie sagen können: Jetzt ist es wieder lebenswert?”.
- **Suizidplan**
 - Haben Sie darüber nachgedacht, wie Sie sich töten werden?
 - Wann, wollen Sie sich wo, auf welche Weise das Leben nehmen? Sind die Mittel verfügbar? Gibt es einen alternativen Plan?
 - Werden Sie es eher geplant tun oder eher spontan aus einem Kurzschluss heraus? Vorbereitungen, Probehandlungen, vorangegangene Versuche
 - Haben Sie Vorbereitungen getroffen (Medikamente gesammelt, Abschiedsbrief geschrieben etc.)?
 - Haben Sie Probehandlungen durchgeführt (Ort aufgesucht, Seil geknüpft etc.)?
 - Haben Sie schon einmal oder mehrmals versucht sich das Leben zu nehmen? (Art der Krise, Ablauf des Suizidversuchs, Intensität des Wunsches zu sterben erfragen, Reaktionen des Umfeldes, „Wie ging es danach für Sie weiter?“, Bedauern darüber überlebt zu haben?: Ähnlichkeiten und Unterschiede zur heutigen Situation explorieren)
- **Zeit einschätzen**
 - “Mal angenommen, die Situation ändert sich nicht oder wird sogar noch schlimmer. Wie lange können Sie es wohl noch ertragen, ohne etwas in die Richtung zu unternehmen, sich zu töten?”
 - “Vielleicht gibt es noch einen Teil in Ihnen, der noch Bedenkzeit will. Wie viel Zeit können Sie diesem Teil noch geben?”
 - “Wie entschlossen sind sie ihre Suizidgedanken in die Tat umzusetzen (Skala 1-10)?”
- **Soziale Eingebundenheit explorieren**

- “Wer weiß eigentlich davon, dass Sie manchmal mit dem Gedanken spielen, sich das Leben zu nehmen? Wie wäre das für Ihre Frau, wenn sie das wüsste? Wie würde sie reagieren?”
- “Wer wird am meisten davon betroffen sein, wenn Sie sich umbringen? Wie wird die Ihnen wichtigste Person darauf reagieren?”
- “Angenommen, ich würde Ihre Schwester fragen, ob sie Ihnen die Selbsttötung empfiehlt oder ob sie eher ihr Weiterleben schätzen würde? Und wer in der Familie würde in Zukunft gern als lebender Mann mit Ihnen zu tun haben? Und wenn ich Ihre Mutter fragen könnte, wie würde sie Ihnen raten?”

- **Wahrnehmung eine Last für andere zu sein**

- “Manchmal denken Leute in ihrer Situation, dass es für andere besser sei, wenn sie tot wären. Haben Sie auch solche Ideen?” „Fühlen Sie sich manchmal als eine Last für andere?”

20.3. Klassifikation

20.3.1. Präsuizidales Syndrom

Ein erste Klassifikation stammt von dem Wiener Psychiater Erwin Ringel, der anhand der Auswertung von über 700 Suizidversuchen in Wien das Konzept des “präsuizidales Syndroms” postuliert hat (Ringel, 1951). Nach Ansicht von Ringel ist das präsuizidale Syndrom gekennzeichnet durch:

1. Einengung in persönlichen Möglichkeiten
 - situativ, dynamisch, zwischenmenschlich und wertspezifisch
 - hervorgerufen durch Lebensereignisse; eigenes Fehlverhalten oder mangelnde Fähigkeiten
 - im affektiven Erleben reduziert auf depressive Gefühle und Angst
2. Frustration und Aggressionen gegen die eigene Person
3. Selbstmordphantasien (vage bis konkret, aktiv herbeigeführt bis zwanghaft)

Die drei Merkmale beeinflussen einander im Sinne einer Verstärkung und führen nach Ansicht von Ringel, sofern nicht interveniert wird, zur Selbstmordhandlung (siehe auch Ringel, 1953)

20.3.2. ICD-10

In der ICD-10 ist Suizidalität ein Symptom und keine Diagnose. Suizidversuche können unter dem Code Z91.- (Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert) oder dem Code F60.- (Spezifische Persönlichkeitsstörungen mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen) verschlüsselt werden.

Im Multiaxialen Klassifikationssystem für Kinder und Jugendlichen (Remschmidt et al., 2017) können Suizidversuche als vorsätzliche Selbstbeschädigung auf der vierten Achse im Abschnitt X60-84 klassifiziert werden.

20.3.3. ICD-11

Im ICD-11 kann ein Suizidversuch im Abschnitt QC4 (Gesundheitsprobleme in der Eigenanamnese) mit der Ziffer **QC4B (Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese)** verschlüsselt werden.

20.3.4. DSM-5

Im DSM-5 kann die Diagnose einer **Suizidalen Verhaltensstörung** gestellt werden. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:

- Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.
 - Beachte: Ein Suizidversuch ist ein selbstinitiiertes Verhaltensablauf einer Person, die zum Zeitpunkt einer Initiierung annimmt, dass der Ablauf der Handlung zu ihrem eigenen Tod führt. Der „Zeitpunkt der Initiierung“ ist der Zeitpunkt, an dem das Verhalten eingetreten ist, das die Anwendung der Methode beinhaltet.
- Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für Nichtsuizidale Selbstverletzungen – d. h., sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, von einem kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.
- Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.
- Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustandes der Verwirrtheit initiiert.
- Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.
- Bestimme, ob:
 - Aktuell: Nicht mehr als 12 Monate seit dem letzten Versuch.
 - Frühremittiert: 12–24 Monate seit dem letzten Versuch.

aus: DSM-5-Kriterien der Suizidalen Verhaltensstörung (aus Falkai et al., 2018, S. 1096 ff.)

Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

Bei der Beurteilung der Suizidalität gilt es **Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)** von tatsächlichen Suizidhandlungen abzugrenzen. NSSV bezieht sich auf absichtliche Handlungen, bei denen eine Person sich selbst Schaden zufügt, jedoch ohne die Absicht, sich das Leben zu nehmen. Dieses Verhalten kann verschiedene Formen annehmen, darunter:

- Selbstverletzendes Schneiden oder Ritzen: Das Verwenden von scharfen Gegenständen, um die Haut zu schneiden, wodurch Schmerz und physische Verletzungen entstehen.
- Verbrennen: Die Anwendung von Hitze, wie das Berühren von heißen Oberflächen oder das Verwenden von Feuer, um Verbrennungen zu verursachen.
- Schlagen oder Boxen: Das Schlagen von sich selbst, um Schmerzen zu verursachen.
- Kratzen: Das wiederholte Kratzen der Haut, um Rötungen oder Schürfwunden zu erzeugen.
- Andere Formen von Selbstverletzung: Dies könnte das Zufügen von Verletzungen durch andere Methoden oder das Verwenden von Substanzen zur Schmerzverursachung umfassen.

NSSV weist auf psychische Probleme bzw. emotionale Belastung hin und kann verschiedene Funktionen haben:

- **Emotionsregulationsstrategie:** Einige Menschen nutzen NSSV als Mittel zur Bewältigung von aversiven Emotionen wie Traurigkeit, Wut, Frustration oder Leere. Das Selbstverletzen kann vorübergehende Erleichterung bringen und als Ventil für emotionale Spannungen dienen.

- **Selbstbestrafung:** Einige Menschen verwenden NSSV als Form der Selbstbestrafung, oft aufgrund von Schuldgefühlen, Scham oder negativen Selbstbewertungen.
- **Kommunikation der emotionalen Belastung:** Für manche Menschen kann NSSV eine Möglichkeit sein, die innere emotionale Belastung (den inneren Schmerz, das innere Leid) der Umwelt zu zeigen, wenn die verbale Kommunikation schwerfällt.
- **Selbstkontrolle:** In bestimmten Situationen kann NSSV als Möglichkeit dienen, eine gewisse Kontrolle über das eigene Erleben zu behalten. Das bewusste Zufügen von körperlichem Schmerz kann als Mittel der Selbstkontrolle in Zeiten empfunden werden, in denen andere Bereiche des Lebens außer Kontrolle geraten.

20.4. Fragebögen

Zur Einschätzung der Suizidalität gibt es eine Reihe von Fragebögen (Selbstbeurteilungen). In Abbildung 20.2 ist beispielhaft die **Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV)** abgebildet, die von Teismann et al. (2021) kürzlich für den deutschen Sprachraum neu entwickelt wurde.

Item
Während der vergangenen 4 Wochen ...
1 ... habe ich gedacht, dass es besser wäre, wenn ich nicht am Leben wäre.
2 ... habe ich mir gewünscht tot zu sein.
3 ... habe ich darüber nachgedacht, mich selbst zu töten.
4 ... habe ich ernsthaft erwogen, mich selbst zu töten.
5 ... habe ich die Absicht gehabt, mich selbst zu töten.
6 ... habe ich den Impuls gehabt, mich selbst zu töten.
7 ... habe ich jemanden glauben lassen, dass ich mich selbst töten werde.
8 ... habe ich anderen gegenüber angekündigt, dass ich mich selbst töten werde.
9 ... habe ich genau geplant, wie ich mich selbst töten werde.
10 ... habe ich Vorbereitungen dafür getroffen, mich selbst zu töten.

Abbildung 20.2.: Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV)

20.5. Verständnisfragen

1. Welche gesetzlichen Regelungen und Einschränkungen gibt es in Deutschland in Bezug auf das Recht auf selbstbestimmtes Sterben?
2. Wie wird in der deutschen Gesetzgebung und Ethikdebatte der Konflikt zwischen dem Schutz des Lebens und dem Recht auf Selbstbestimmung im Kontext von Suizid und Sterbehilfe diskutiert?
3. Nennen Sie zwei der vier Kriterien, anhand derer die Freiverantwortlichkeit bei einer Entscheidung auf selbstbestimmtes Sterben beurteilt wird.
4. Welche Rolle spielen Organisationen wie Sterbehilfevereine in Deutschland, und wie wird ihre Arbeit aus rechtlicher und gesellschaftlicher Perspektive bewertet?
5. Was versteht man unter Suizidalität, und wie unterscheidet man zwischen suizidalen Gedanken, Absichten und Handlungen?

6. Welche psychosozialen, biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren können die Entstehung von Suizidalität begünstigen?
7. Welche Schutzfaktoren können das Risiko für suizidales Verhalten verringern?
8. Welche standardisierten Instrumente oder Fragebögen werden in der Diagnostik von Suizidalität eingesetzt, und welche Vor- und Nachteile haben sie?
9. Welche Aspekte sind besonders wichtig, um in einem klinischen Interview das Suizidrisiko einer Person einzuschätzen?
10. Wie kann man Suizidalität von anderen psychischen Zuständen wie Hoffnungslosigkeit, schwerer Depression oder impulsivem Verhalten abgrenzen?
11. Welche ethischen Herausforderungen können bei der Diagnostik von Suizidalität auftreten, insbesondere im Hinblick auf Vertrauen und Schweigepflicht?
12. Anhand welcher Aspekte erfolgt in der klinischen Praxis ein Risikoabschätzung?
13. Was versteht man unter "Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten"?
14. Welche diagnostischen Kriterien und Abgrenzungen sind wichtig, um nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten von anderen psychischen Störungen oder suizidalem Verhalten zu unterscheiden?
15. Nennen Sie zwei Gründe, warum Patienten sich ohne suizidale Absicht selbst verletzen.

21. Suizidalität: Ätiologie

21.1. Einleitung

Es gibt verschiedene Faktoren, die das Risiko für die Entstehung suizidalen Verhaltens beeinflussen können. Hier sind einige der wichtigsten Aspekte:

- **Psychische Gesundheit:** Psychische Störungen, insbesondere Depression, bipolare Störung, Schizophrenie und Substanzkonsumstörungen, erhöhen das Suizidrisiko.
- **Persönlichkeitsmerkmale:** Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Impulsivität, Hoffnungslosigkeit und geringe Frustrationstoleranz können das Suizidrisiko erhöhen.
- **Familiäre und genetische Faktoren:** Familiäre Belastungen, genetische Veranlagung und familiäre Vorgeschichte von Suizid können das Risiko beeinflussen.
- **Traumatische Ereignisse:** Erfahrungen von Missbrauch, Vernachlässigung, traumatischen Ereignissen oder Verlusten können das Suizidrisiko erhöhen.
- **Soziale Faktoren:** Soziale Isolation, Einsamkeit, Beziehungsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten und gesellschaftliche Stigmatisierung können das Suizidrisiko erhöhen.
- **Verfügbarkeit von Mitteln:** Der Zugang zu suizidalen Mitteln kann das Risiko beeinflussen.
- **Psychosoziale Stressoren:** Belastende Lebensereignisse wie Arbeitsplatzverlust, Scheidung oder schwere Krankheiten können das Suizidrisiko erhöhen.
- **Frühere Suizidversuche:** Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, haben ein höheres Risiko für zukünftige suizidale Handlungen.
- **Fehlende Unterstützungssysteme:** Ein Mangel an sozialer Unterstützung und Zugang zu adäquaten Behandlungsmöglichkeiten kann das Suizidrisiko erhöhen.

Es ist wichtig zu betonen, dass suizidales Verhalten in der Regel auf das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren zurückzuführen ist.

21.2. Ätiologische Überlegungen

Ein gutes ätiologisches Modell der Suizidalität sollte eine Reihe von Anforderungen erfüllen, von denen nachfolgend die wichtigsten aufgeführt sind:

1. Integration von Risiko- und Schutzfaktoren

- Es sollte sowohl Risikofaktoren als auch Schutzfaktoren in Betracht ziehen, um das Gleichgewicht zwischen den Aspekten, die das Suizidrisiko erhöhen, und den Schutzfaktoren, die es verringern, zu verstehen.

2. Lebenslaufperspektive

- Ein gutes Modell sollte die Entwicklung von Suizidalität über den Lebenslauf hinweg berücksichtigen, da Risiko- und Schutzfaktoren in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich wirken können.

3. Kulturelle Sensibilität

- Berücksichtigung kultureller Unterschiede und Einflüsse ist wichtig, um zu verstehen, wie kulturelle Faktoren das Suizidrisiko beeinflussen können.

4. Prädiktive Validität

- Ein wirksames Modell sollte in der Lage sein, Suizidalität präzise vorherzusagen, um klinisch relevante Implikationen und Interventionsansätze zu ermöglichen.

5. Flexibilität

- Es sollte die Flexibilität aufweisen, verschiedene Kontexte und individuelle Unterschiede zu berücksichtigen, um die Vielfalt der Suizidalitätspräsentationen zu erfassen.

6. Praxisrelevanz

- Das Modell sollte für klinische Praktiker relevant sein, um effektive Interventionen und Präventionsstrategien zu informieren.

7. Berücksichtigung von Suizidprävention

- Ein gutes Modell sollte nicht nur erklären, warum Suizidalität entstehen kann, sondern auch Ansatzpunkte für wirksame Prävention und Intervention identifizieren.

Risiko- und Schutzfaktoren laut [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#)

Risikofaktoren

Persönliche Risikofaktoren

- Frühere Selbstmordversuche
- Depressionen und andere psychische Erkrankungen in der Vergangenheit
- Schwere Krankheit wie chronische Schmerzen
- Kriminelle/juristische Probleme
- Berufliche/finanzielle Probleme oder Verlust
- Impulsive oder aggressive Tendenzen
- Substanzkonsum
- Derzeitige oder frühere negative Kindheitserfahrungen
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Viktimisierung und/oder Ausübung von Gewalt

Risikofaktoren in der Beziehung

- Mobbing
- Selbstmord in der Familie/bei einem geliebten Menschen in der Vergangenheit
- Verlust von Beziehungen
- Konfliktreiche oder gewalttätige Beziehungen
- Soziale Isolation

Risikofaktoren in der Gesellschaft

- Mangelnder Zugang zur Gesundheitsversorgung
- Selbstmordhäufung in der Gemeinschaft
- Stress durch Akkulturation
- Gewalt in der Gemeinschaft
- Historisches Trauma
- Diskriminierung

Gesellschaftliche Risikofaktoren

- Stigma im Zusammenhang mit der Suche nach Hilfe und psychischen Erkrankungen
- Leichter Zugang zu tödlichen Selbstmordmitteln bei gefährdeten Personen
- Unsichere Darstellung von Selbstmord in den Medien

Schutzfaktoren

Individuelle Schutzfaktoren

- Effektive Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten
- Gründe für das Leben (z. B. Familie, Freunde, Haustiere usw.)
- Starkes Gefühl der kulturellen Identität

Schutzfaktoren in der Beziehung

- Unterstützung durch Partner, Freunde und Familie
- Sich mit anderen verbunden fühlen

Schützende Faktoren in der Gemeinschaft

- Sich mit der Schule, der Gemeinde und anderen sozialen Einrichtungen verbunden fühlen
- Verfügbarkeit einer konsistenten und qualitativ hochwertigen physischen und verhaltensbezogenen Gesundheitsversorgung

Gesellschaftliche Schutzfaktoren

- Geringerer Zugang zu tödlichen Selbstmordmitteln bei gefährdeten Personen
- Kulturelle, religiöse oder moralische Überzeugungen

Die aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren können nicht einfach aufaddiert oder subtrahiert werden, um die Entstehung einer Suizidalität und ggfs. das Suizidrisiko abzuschätzen. Ein ätiologisches Modell muss die Dynamik und die vorausgehend genannten Anforderungen erfüllen.

21.2.1. Theorien

Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (Van Orden et al., 2010; für eine Übersicht siehe Wachtel & Teismann, 2013).

Die Interpersonale Theorie des suizidalen Verhaltens ist ein theoretischer Ansatz, der sich darauf konzentriert, wie zwischenmenschliche Faktoren das Risiko für suizidale Gedanken und Handlungen beeinflussen. Diese Theorie wurde von Thomas Joiner entwickelt und betont spezifische soziale und psychologische Aspekte, die zu suizidalem Verhalten führen können (siehe Abbildung [21.1](#)).

In dem Modell werden drei Hauptkomponenten postuliert:

- **Empfundene Belastung:** Die Theorie hebt die Bedeutung von belastenden zwischenmenschlichen Ereignissen oder Verlusten hervor, die eine Person als intensiv und entwürdigend empfindet.
- **Bedrohtes Zugehörigkeitsgefühl:** Ein Gefühl der Trennung von sozialen Beziehungen und eine Wahrnehmung von Einsamkeit können das suizidale Risiko erhöhen.
- **Verfügbarkeit von Mitteln und Fähigkeiten:** Die Theorie schlägt vor, dass das Zusammenwirken von sozialer Isolation und der Verfügbarkeit von Mitteln zur Selbstverletzung oder zum Suizid das Risiko steigern kann.

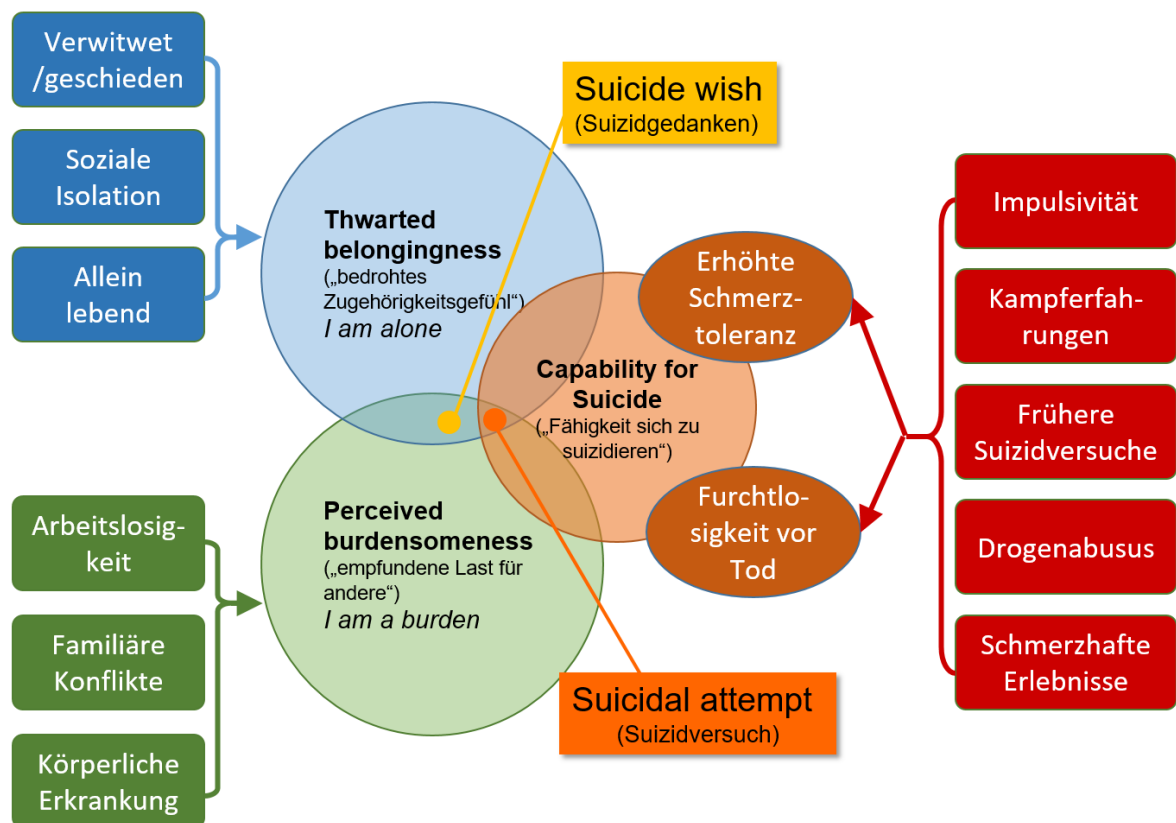


Abbildung 21.1.: Interpersonelles Modell der Suizidalität

Die Theorie hat Implikationen für die klinische Praxis und die Suizidprävention, da sie darauf hinweist, dass Interventionen, die soziale Unterstützung stärken und den Zugang zu suizidalen Mitteln begrenzen, einen positiven Einfluss auf das Suizidrisiko haben können.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Interpersonale Theorie ein theoretisches Konzept ist und nicht alle Aspekte suizidalen Verhaltens erklären kann. Suizidalität ist ein komplexes Phänomen, das mehrere Faktoren umfasst, und es erfordert oft eine multidimensionale und individualisierte Herangehensweise in der klinischen Praxis.

21.3. Verständnisfragen

1. Nennen und erläutern Sie Faktoren, die das Risiko für die Entstehung suizidalen Verhaltens beeinflussen können.
2. Welche drei zentralen Faktoren beschreibt die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens?
3. Wie hängen die drei zentralen Faktoren miteinander zusammen?
4. Wie erklärt die Theorie den Zusammenhang zwischen wahrgenommener Belastung für andere („perceived burdensomeness“) und der Entstehung von Suizidgedanken?
5. Inwiefern spielt das Gefühl der Zugehörigkeit („thwarted belongingness“) eine Rolle bei der Entwicklung suizidalen Verhaltens, und wie äußert sich dies im Alltag Betroffener?
6. Wie wird in der Interpersonalen Theorie die Fähigkeit, sich selbst zu verletzen oder Suizid zu begehen („acquired capability for suicide“), erklärt, und welche Faktoren tragen zu ihrer Entwicklung bei?

7. Welche empirischen Befunde unterstützen die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens, und wo gibt es mögliche Kritikpunkte oder Grenzen der Theorie?
8. Wie kann die Interpersonale Theorie in der klinischen Praxis genutzt werden, um Suizidrisiken besser einzuschätzen und gezielte Interventionen zu entwickeln?
9. Warum ist es schwierig, präzise Vorhersagen bzgl. der Suizidgefahr bei einem Patienten zu machen? Warum ist die Risikoeinschätzung zu schwierig?
10. Ordne die in Tabelle 19.1 aufgeführten Suizidgedanken in die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens ein.

22. Suizidalität: Therapie und Prävention

22.1. Einleitung

In Abbildung 22.1 ist eine Empfehlung für das Vorgehen bei Patienten mit Suizidgedanken dargestellt. Die ersten beiden Stufen sind Voraussetzungen für das eigentliche therapeutische Vorgehen (siehe Dorrman, 2009; Teismann & Dorrman, 2013; Teismann & Dorrman, 2021).

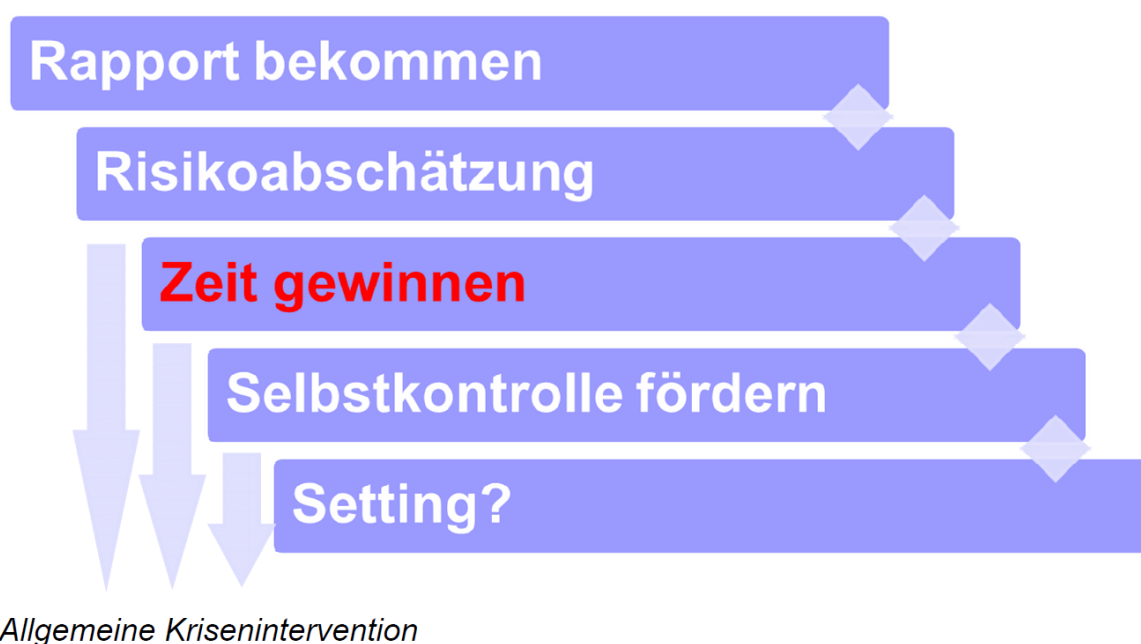


Abbildung 22.1.: Allgemeines Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität

Wenn bei der Risikoabschätzung ein Suizidrisiko festgestellt wurde, gilt es Zeit zu gewinnen und die Selbstkontrolle zu fördern. Sollte bei der Risikoabschätzung bzw. im Verlauf der Behandlung festgestellt werden, dass ein ambulantes Setting nicht die notwendige Sicherheit bietet, muss eine stationäre Behandlung in Erwägung gezogen werden. Im Extremfall muss eine Unterbringung nach dem PsychKG erfolgen.

22.2. Zeit gewinnen

Zeit gewinnen: Bei diesem therapeutischen Element geht es darum, eine zeitliche befristete Vereinbarung herauszuhandeln. Einige Tage, einige Wochen, im Akutfall einige Stunden können helfen, dass der Betroffene aus der akuten Gefährdungssituation herauskommt. Therapeutisch gilt es im Gespräch die Ambivalenz des Patienten aufzugreifen: „Es ist bei grundlegenden Entscheidungen wichtig,

alle Überlegungen gleichzeitig vor Augen zu haben ..."; "Sie wollen etwas tun, was nicht mehr rückgängig zu machen ist. Gerade deshalb ist es gut, sich Zeit zu nehmen und genau zu überlegen, um sich wirklich sicher zu sein." Hierbei gilt es auch Gründe für und gegen das Leben zu explorieren.

22.3. Selbstkontrolle fördern

In der **Selbstkontrollphase** gilt es Strategien zu überlegen, die der Patient anwenden kann, wenn Suizidgedanken auftreten (z. B. durch Spaziergang ablenken, etwas unternehmen, das Gespräch mit Partnerin/Partner suchen). Hierbei kann es auch sinnvoll sein, einen Notfallplan und/oder ein "Hope Kit" zu erarbeiten. Ein Hope Kit ist eine Schachtel bestückt mit lebensbejahenden Dingen und Erinnerungstücken, Dinge die den Patienten an die Aspekte erinnern, für die es sich lohnt zu leben.

Antisuiid-Vertrag erarbeiten. Alternative Begriffe für Anti-oder Non-Suizid-Vertrag können sein Versprechen, Abmachung, Selbstverpflichtung, eine Garantie oder ein Lebensvertrag. Bei der Erstellung ist der Prozess am wichtigsten, nicht das Endprodukt! Nachfolgend sind einige Strategien und Techniken aufgeführt, die beim Erstellen des Vertrags relevant sein können:

- das Erstellen (!Nicht die Umsetzung!) als Experiment anbieten
- das Zerreißen des Vertrags anbieten
- weitgehend nondirektives Vorgehen bezüglich des Inhalts, aber direktives Vorgehen bezüglich des Prozesses (z.B. eigene Formulierungen finden lassen oder erlauben)
- kurzfristige Vereinbarung (bis zum nächsten Termin) mit vollem Namen (Vor- und Nachnamen) unterschreiben lassen
- eine skeptische Haltung einnehmen
- Vertrag mitgeben, keine Kopie machen
- guten Ort zum Aufbewahren suchen lassen

Wichtig ist, dass der Patient den Vertrag mit sich und nicht mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten abschließt. Ein Antisuiidvertrag wird abgeschlossen, wenn der Patient bereit ist, die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, nochmals aufzuschieben möchte, sich aber nicht sicher ist, ob er das schafft.

Beispiel eines Vertragstextes:

„Ich werde bis zur nächsten Sitzung am ... am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal was passiert und egal, wie ich mich fühle. In dieser Zeit werde ich alle Möglichkeiten nutzen, die mir helfen, bei einer Entscheidung für oder gegen mein Leben weiterzukommen.“

Viele Patienten haben das Problem, dass sie für bestimmte Situationen nicht für Ihre Sicherheit garantieren können (z.B. „und wenn mir in dieser Woche wieder meine Frau mit ihrem Neuen über den Weg läuft?“). Suchen Sie dann zusammen mit dem Patienten Möglichkeiten, den Vertrag so zu erweitern, bis er vom Patienten als hilfreich erlebt wird: „Was hat Ihnen bisher geholfen, diese schwierigen Situationen zu bewältigen oder zu überstehen?“

„Wenn es gar nicht mehr geht, dann helfe ich mir mit dem Gedanken: „Meine Kinder brauchen mich noch.“ „Wenn es gar nicht mehr geht, dann nehme ich ein warmes Bad.“

In manchen Fällen ist es im Sinne der Stimuluskontrolle notwendig, Patienten dazu zu veranlassen, bereitgehaltene gefährliche Gegenstände zu beseitigen oder außer Haus zu bringen. Wenn der Patient sich immer noch nicht zutraut, die für die Einhaltung des Vertrages nötige Selbstkontrolle aufzubringen, kann man ihm weitere günstige Rahmenbedingungen vorschlagen (z.B. das Recht auf einen 5-minütigen Anruf pro Tag) oder sich selbst als Vertragspartner einbringen.

„Wenn ich sicher bin, dass ich alle meine Möglichkeiten, am Leben zu bleiben und mich von einer Selbsttötung abzuhalten, ausgeschöpft habe, dann habe ich das Recht, meinen Therapeuten anzurufen und um einen Termin zu bitten. Herr/Frau _____ verpflichtet sich, diesen Termin spätestens am darauffolgenden Werktag einzurichten.“

Bevor der Patient den Text unterschreibt, soll er ihn möglichst mehrmals laut gelesen haben. Der Patient kann sich auf diese Weise mit der impliziten Selbstaufforderung konfrontieren und auseinandersetzen. 8. Der Patient wird dann aufgefordert, den Vertrag mit vollem Namen zu unterschreiben. Der Vertrag soll in den Händen des Patienten bleiben. Der Vertrag sollte an einem gut zugänglichen Ort aufbewahrt werden.

22.4. Indikation

Indikationsentscheidung (Noyon & Heidenreich, 2009):

- Bestehende Suizidalität, aber glaubwürdig und sicher distanziert sowie absprachefähig (> ambulante Behandlung)
- Bestehende Suizidalität, nicht distanziert, nicht absprachefähig (> freiwillige bzw. unfreiwillige stationäre Behandlung)
- Bestehende Suizidalität, Distanzierungs- und Absprachefähigkeit unklar (> freiwillige bzw. unfreiwillige stationäre Behandlung)

22.5. Akuter Einsatz bei suizidaler Person

Einziges Ziel in bei einem akuten Einsatz ist die Entfernung aus der gefährlichen Situation. Ein Grundprinzip ist auch hier der Aufbau einer Beziehung und die Gewinnung von Zeit.

Empfehlungen:

- Sich persönlich namentlich vorstellen,
- Fragen stellen, um ein Gespräch zu erzeugen,
- anfangs eher nur geschlossene Fragen,
- Um Zeit werben, Zwiespalt suchen und verstehen,
- Hoffnung erzeugen, authentisch zeigen, dass man den Tod des anderen sehr befürchtet,
- Ungefragt Gründe für das Leben erzählen, immer verstehen, dass man das auch anders sehen kann.

22.6. Ambulante Psychotherapie

Ziele in der ambulanten Psychotherapie ist es, die Suizidalität als Problem innerhalb anderer seelischer Nöte (Depression, PTB, Soziale Ängste, Sucht etc.) einordnen.

Empfehlungen für das Vorgehen:

- Sitzungsfrequenz erhöhen
- Telefonkontakte
- Absprachen dafür treffen, wenn Absprachen nicht eingehalten werden
- Arzt einbeziehen (Medikamente nutzen)

- Familienmitglieder einbeziehen
- Kurzfristige Stabilisierungsstrategien
- Suizidalität im Auge behalten: Zu Beginn jeder Folgesitzung sollte das aktuelle Suizidrisiko erfasst werden.

Bei solchen Patienten ist eine sorgfältige Dokumentation wichtig: Was nicht dokumentiert wurde, hat nicht stattgefunden! [Risikoeinschätzung, therapeutische Entscheidungen und ihr Hintergrund (z.B. Verzicht auf stationäre Einweisung), angewandte Interventionen (Behandlungsplan), Kontakte zu behandelnden Ärzten, Familienmitgliedern, Supervisoren, Telefonkontakte (Datum, Inhalt)]

22.7. Stationäre Einweisung

Im Einzelfall gilt es folgenden Kriterien und Hinweise zu beachten:

- Suizidalität in Verbindung mit akuten Psychosen
- Starke Depression mit psychotischen Symptomen
- Mangelnde Absprachefähigkeit
- Mangelnde Impulskontrolle
- Klient kommt direkt nach Suizidversuch mit körperlichen Verletzungen oder (unklarer) Intoxikation.
- Klient schätzt Risiko selbst als hoch ein, kann für nichts garantieren, kann sich auf Rahmenbedingungen nicht einlassen.
- Klient wünscht stationäre Versorgung.
- Klient lebt in Extremsituation (z. B. kein Wohnsitz, keine Angehörigen).
- Angst und Unsicherheit des Therapeuten und keine geeigneten ambulanten Überweisungsmöglichkeiten.

„Wir haben nun ausführlich über ihre Situation gesprochen, und mir ist sehr deutlich, dass Sie in großer Gefahr sind, sich etwas anzutun. Ich mache mir sehr ernste Sorgen um Sie, und wie ja deutlich wurde, können Sie nicht mehr dafür garantieren, dass Sie sich nicht umbringen werden, wenn Sie nun hier herausgehen. Deshalb gibt es jetzt nur noch eins was wir tun können, und das ist: Sie in eine Klinik zu bringen.“

Was passiert, wenn der Patient einer stationären Einweisung nicht zustimmt?

- Bei einer Ablehnung einer Unterbringung des Patienten in einer Psychiatrie, mit ihm über sinnvolle Alternativen nachdenken (psychosomatische Kliniken, Krisenzentren, Freunde etc.).
- Den Patienten überzeugen, dass er bei einer freiwilligen Einweisung einen besseren Status hat, als bei einer richterlich angeordneten Zwangseinweisung.
- Angehörige anrufen und um Mithilfe bitten.
- ggfs. Notarzt anrufen.

„Wir sind uns in diesem Punkt nicht einig: ich habe ernste Zweifel und Sorgen und befürchte, dass Sie sich etwas antun werden, wenn Sie hier jetzt rausgehen, Sie bestreiten, dass seitdem ich von Klinik zu sprechen begonnen habe. So unerfreulich das ist, ich darf und will mich Ihnen hier nicht beugen und bestehe darauf, dass Sie in eine Klinik gehen. Dazu bin ich auch gesetzlich verpflichtet. Deshalb appelliere ich noch ein letztes Mal an Sie, meinem Vorschlag zu folgen. Denn sonst bleibt mir keine andere Möglichkeit, als Notdienst und Polizei zu informieren und Sie notfalls auch gegen Ihren Willen in die Klinikbringen zu lassen. Ich wäre froh, wenn es nicht so weit kommt, aber wenn nötig werde ich so vorgehen.“

22.8. Vorgehen bei Unterbringung gemäß PsychKG

Voraussetzung für eine Unterbringung gemäß PsychKG ist das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung mit erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung, wobei die Gefährdung nur durch eine Unterbringung zu beheben ist.

- Gesicherten Transport zum Krankenhaus organisieren (KTW, RTW, Polizei).
- Ordnungsamt informieren (Erfolgt durch das aufnehmende Krankenhaus).
- Angehörige informieren, bei bestehendem Betreuungsverhältnis muss zusätzlich Betreuer eingeschaltet werden.

! Wichtig

PsychKG

Die ****Psychisch-Kranken-Gesetze*** bezeichnen die deutschen Landesgesetze, die die freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Menschen im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus regeln. In vielen Bundesländern werden sie als PsychKG abgekürzt.

22.9. Mythen

Tabelle 22.1.: Vorurteile und Mythen beim Thema Suizidalität

Mythos	Trifft nicht zu	Trifft zu
1	Ich darf einen Menschen nicht nach suizidalen Gedanken (Lebensüberdruss etc.) fragen, denn dadurch bringe ich ihn/sie erst auf die Idee.	Das Ansprechen dieses Themas kann Leben retten. Viele Betroffene erfahren hier eine Entlastung, weil es endlich jemanden gibt, der sich traut, dieses Thema anzusprechen und zuhört.
2	Wer darüber redet, tut es nicht.	Die meisten Menschen sprechen vor einem Suizid diese Gedanken an. Manchmal tun sie es nicht direkt, sondern über Aussagen wie "Es macht keinen Sinn mehr". Wichtig ist nun: Hinhören und nachfragen, denn dann kann man mehr Informationen bekommen und dem Betroffenen besser helfen.
3	Wer einen Suizidversuch durchführt oder dies androht, will nur Aufmerksamkeit.	Wer versucht sich das Leben zu nehmen - egal mit welcher Methode, ist an einem Punkt wo es ihm/ihr egal ist, ob der Tod kommt. Wir sagen, dass solch eine Handlung immer ein Ausdruck von größter innerer seelischer Not ist und der Betroffene sich nicht vorstellen kann, SO weiterzuleben. Deshalb müssen auch Andeutungen bzw. Versuche, die nicht tödlich enden, ernst genommen werden.

Mythos	Trifft nicht zu	Trifft zu
4	Für Menschen, die sich das Leben nehmen wollen, kann man nichts tun, sie tun es dann eben später. Außerdem ist der Mensch frei und kann das selbst entscheiden.	Wir können Menschen das Leben retten, da bei den meisten Betroffenen der Suizidwunsch ein zeitlich begrenzter Wunsch ist. Es gibt Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben und berichten, dass sie später dieselbe Situation ganz anders bewerten würden und froh sind, noch am Leben zu sein. Auch hier wissen wir aus Untersuchungen, dass wenn die Betroffenen in dem Moment des Umsetzens Wollens ihres Suizidwunsches daran gehindert werden, es später nicht wieder bzw. auch nicht mit anderen Mitteln versuchen. Natürlich ist der Mensch frei. Die meisten Menschen, die aus dem Leben gehen wollen, tun dies jedoch aus einer Not heraus, die psychische oder physische Gründe hat und bei der viele andere Faktoren einen Einfluss haben.

<https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet1/allgemeine-informationen/>

22.10. Lehrvideos

[Lehrvideo zur Suizidprophylaxe \(1\): Risikoabschätzung](#)

[Lehrvideo zur Suizidprophylaxe \(2\) : Zeit gewinnen und Neugier wecken](#)

[Lehrvideo zur Suizidprophylaxe \(3\): Anti-Suizid-/Non-Suizid-Vertrag](#)

[Lehrvideo zur Suizidprophylaxe \(4\) Konfrontation](#)

[Lehrvideo zur Suizidprophylaxe \(5\): Einleitung einer Unterbringung](#)

[Suizidgedanken und suizidale Krisen](#)

22.11. Verständnisfragen

1. Was sind die wichtigsten Anzeichen oder Warnsignale, die auf eine akute Suizidalität bei einem Patienten hinweisen können?
2. Wie kann man als Therapeut eine vertrauensvolle und sichere Beziehung zu einem suizidalen Patienten aufbauen?
3. Welche Rolle spielt die Einschätzung der Suizidalität (Risikoeinschätzung) im Behandlungsprozess?
4. Wie können Angehörige oder Bezugspersonen in die Behandlung eines suizidalen Patienten einbezogen werden, und welche ethischen Aspekte sind dabei zu beachten?
5. Welche spezifischen Therapieansätze (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, dialektisch-behaviorale Therapie) haben sich in der Behandlung von suizidalen Patienten als wirksam erwiesen?
6. Welche Rolle spielen Kriseninterventionspläne (Safety Plans) in der Behandlung von suizidalen Patienten?

7. Welche ethischen und rechtlichen Aspekte müssen bei der Behandlung von suizidalen Patienten berücksichtigt werden (z. B. Schweigepflicht, Zwangseinweisung, Offenbarungspflicht)?
8. Wie kann man langfristig die Resilienz und Lebensqualität von Patienten mit suizidalen Tendenzen fördern, um Rückfälle zu verhindern?
9. Wer ist Vertragspartner bei einem Anti-Suizidvertrag?
10. Nennen Sie vier Kriterien, die bei einem Patienten mit Suizidgedanken zu einer stationären Einweisung führen können.
11. Was passiert, wenn ein Patient trotz hoher Suizidgefahr einer stationären Einweisung nicht zustimmt?
12. Welche psychotherapeutische Strategie wird bei akut suizidalen Patienten verfolgt?
13. Welche Rolle spielt die therapeutische Beziehung in der Behandlung von suizidalen Patienten?
14. Wie geht man in der Psychotherapie mit Patienten um, die immer wieder suizidale Gedanken äußern, aber keine akute Handlungsabsicht zeigen?
15. Wie sehen Kriseninterventionspläne (Safety Plans) in der psychotherapeutischen Arbeit aus und welche Bedeutung haben sie?
16. Welche Herausforderungen ergeben sich in der Psychotherapie, wenn suizidale Patienten gleichzeitig an schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie leiden?
17. Welche Rolle spielt die Arbeit an zwischenmenschlichen Beziehungen in der Psychotherapie, um das Gefühl der "Belastetheit" (Perceived Burdensomeness) bei suizidalen Patienten zu reduzieren?
18. Wie kann die Psychotherapie dazu beitragen, die Fähigkeit zur Selbsttötung (Acquired Capability for Suicide) bei suizidalen Patienten zu verringern?
19. Inwiefern können Interventionen, die auf die Stärkung von sozialer Unterstützung und die Verbesserung von Beziehungsfähigkeiten abzielen, das Risiko von Suizidalität langfristig reduzieren?

Teil VI.

Psychotherapie

Einige der wichtigsten theorieübergreifenden, evidenzbasierten Prinzipien der Veränderung in der Psychotherapie sind:

- Förderung der Hoffnung, der positiven Erwartungen und der Motivation des Patienten zur Veränderung.
- Stärkung des therapeutischen Bündnisses, das eine gute therapeutische Beziehung (Arbeitsbeziehung) und die Übereinstimmung von Zielen und therapeutischen Methoden beinhaltet.
- Stärkung des Bewusstseins der Patienten, warum sie Schwierigkeiten haben.
- Ermutigung zu korrigierenden Erfahrungen, bei denen Risiken und Anstrengungen eingegangen werden müssen, um Verbesserungen zu erreichen.
- Betonung der kontinuierlichen Realitätsprüfung, die ein Zusammenwirken zwischen Risikobereitschaft und zunehmend besserem Problemverständnis beinhaltet.

Die nachfolgend aufgeführten Aussagen von Psychotherapeuten mit ganz unterschiedlicher Verfahrensorientierung zum Wirkprinzip "korrigierende Erfahrungen" verdeutlicht die Übereinstimmung (siehe Goldfried, 2019):

Im Jahr 1941 schlug der Psychoanalytiker Otto Fenichel ein Verfahren zur Angstreduktion vor. Er schrieb:

- "...wenn ein Mensch Angst hat, aber eine Situation erlebt, in der das Befürchtete eintritt, ohne dass ein Schaden entsteht, wird er dem Ergebnis seiner neuen Erfahrung nicht sofort vertrauen; beim zweiten Mal wird er jedoch etwas weniger Angst haben, beim dritten Mal noch weniger." (Fenichel, 1941, S. 83)

Albert Bandura beschrieb einen kognitiv-behavioralen Ansatz zum Abbau von Ängsten:

- "Extinktion des Vermeidungsverhaltens wird durch wiederholte Exposition gegenüber subjektiv bedrohlichen Reizen unter Bedingungen erreicht, die sicherstellen sollen, dass weder die Vermeidungsreaktionen noch die erwarteten negativen Konsequenzen auftreten." (Bandura, 1969, S. 414)

Polster und Polster beschreiben, wie ein erfahrungsorientierter/humanistischer Therapeut mit dem Abbau von Ängsten umgeht, und weisen darauf hin, dass dem Klienten die Möglichkeit zum Üben gegeben werden muss.

- "...die Gelegenheit zu relevantem Üben von Verhaltensweisen, die er vielleicht vermeidet. Durch seine eigenen Entdeckungen beim Ausprobieren dieser Verhaltensweisen wird er Aspekte von sich selbst entdecken, die ihrerseits weitere Selbstentdeckungen hervorbringen." (Polster & Polster, 1974, S. 252).

23. Psychotherapie: Allgemein

23.1. Definition

Es ist sinnvoll mit einem Abschnitt zur Definition von Psychotherapie zu starten, da **“Psychotherapie”** ein vielschichtiger Begriff ist, der unterschiedliche Ansätze und Zielsetzungen umfasst. Eine präzise Definition hilft, die spezifischen Merkmale und Ziele der Psychotherapie zu erkennen und sie von anderen Interventionen (z.B. Beratung, Coaching) abzugrenzen.

Eine sehr ausführliche wissenschaftliche Definition von Psychotherapie stammt von dem österreichischen Psychiater, Psychotherapeut und Pionier der Psychotherapieforschung Hans Strotzka (1917-1994):

“Psychotherapie ist ein **bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß** zur Beeinflussung von **Verhaltensstörungen und Leidenszuständen**, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit **psychologischen Mitteln (durch Kommunikation)** meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels **lehrbarer Techniken** auf der Basis einer **Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens.**” (Strotzka, 1978, S. 3)

Strotzka betont in seiner Definition insbesondere folgende Punkte:

- Psychotherapie ist kein zufälliger oder intuitiver Prozess, sondern folgt einem **strukturierten Vorgehen**.
- Psychotherapie zielt darauf ab, **dysfunktionale Verhaltensmuster zu verändern und subjektives Leiden zu lindern**. Sie befasst sich sowohl mit sichtbaren Symptomen als auch mit dem inneren Erleben des Patienten.
- Psychotherapeutische **Techniken sind erlernbar** und können in Ausbildungen systematisch vermittelt werden. Lehrbare Techniken machen die Psychotherapie transparent. Es kann nachvollzogen werden, wie und warum bestimmte Methoden angewendet werden und ob sie wirksam sind.
- Psychotherapie **nutzt psychologische Methoden** (z. B. Gespräche, Verhaltensübungen, Rollenspiele) und keine medikamentösen oder somatischen Verfahren. Die therapeutische Beziehung und Kommunikation stehen im Mittelpunkt.
- Die Betonung einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens ist wichtig, weil damit erklärt werden kann, wie es zur **Entstehung einer Störung kommt und diese aufrecht erhalten** werden.

! Wichtig

Definition von Psychotherapie im Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

“Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen

mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der Psychotherapie.“

Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 15.11.2019

In Psychotherapie-Lehrbüchern und Publikationen finden sich allerdings noch eine Reihe weiterer Definitionen und Ansichten. Diese spiegeln u.a. auch noch die therapeutische Philosophie und das Menschenbild der Autoren wider. In Tabelle 23.1 sind eine Reihe von weiteren Definitionen von Psychotherapie aufgeführt.

Tabelle 23.1.: Definitionen von Psychotherapie von verschiedenen Psychotherapie-Forscher

Autor (Jahr)	Definition/Zusammenfassung
Prochaska (1994)	- Form der zwischenmenschlichen Überredung- Psychosoziale Erziehungs-Verhaltenstechnische Maßnahmen- Art der Führung im Sinne der Selbstveränderung
Norcross (1990)	Psychotherapie ist der bewusste und beabsichtigte Einsatz von klinischen und interpersonellen Behandlungsmethoden, abgeleitet aus den bewährten Aussagen der psychologischen Wissenschaften, um Menschen bei der Veränderung ihres Verhaltens, ihrer kognitiven Eigenschaften, ihrer Emotionen und / oder anderer individueller Merkmale zu begleiten, die den Teilnehmern an diesem Prozess wünschenswert erscheinen.
Urban & Ford (1990)	Die Psychotherapie ist nach wie vor ein gut durchdachter und in dieser Hinsicht geplanter Weg, um in das Verhalten einer Person einzugreifen, um ihre Haltung gegenüber einer bestimmten Art von Schwierigkeiten zu korrigieren oder zu ändern.
Aleksandrowicz (1994)	Psychotherapie als eine Art von psychologischen Interaktionen, die auf die Behandlung abzielen - die Beseitigung von Störungen, die vom Individuum erlebt oder von seiner Umgebung als Krankheit definiert werden. Sie beeinflusst den Funktionszustand der Organe, das Überleben und das Verhalten, indem sie die mentalen Prozesse des Patienten in den Bereichen verändert, in denen es notwendig ist, die Ursache und die Symptome der zu behandelnden Krankheit zu beseitigen.
Orlinsky (1989)	Eine von einer säkularen, rationalen, technischen und wissenschaftlichen Kultur entwickelte Tätigkeit, die darin besteht, Ratschläge zu erteilen und Einzelpersonen und Gruppen in Situationen extremen Stresses ein Gefühl der Erleichterung und des Trostes zu vermitteln. Das 20. Jahrhundert ist eine Zeit des sozialen Wandels, der einen enormen Einfluss auf das persönliche Leben des Einzelnen hat.
Greenberg (1991)	- Die wichtigste Aufgabe ist es, zu lernen, wie Psychotherapie funktioniert, und nicht zu versuchen, verschiedene Annahmen zu bestätigen, die erkennen, dass einzelne psychotherapeutische Dogmen oder therapeutische Ansätze richtiger sind als andere Dogmen oder psychotherapeutische Schulen.- Eine Veränderung im Prozess der Psychotherapie lässt sich nicht mit den allgemeinen Regeln der Verhaltensänderung beschreiben.

Autor (Jahr)	Definition/Zusammenfassung
Kiesler (1986) & Stiles (1986)	Um das Wesen der Psychotherapie zu verstehen, muss man wissen, wie jede psychotherapeutische Sitzung den Patienten beeinflusst oder nicht beeinflusst. Die primäre Aufgabe eines Psychotherapeuten besteht darin, zu verstehen, was mit dem Patienten als Ergebnis seiner psychotherapeutischen Interventionen geschieht, als ein Werkzeug, das spezifisch ist.

Wann handelt es sich nicht um Psychotherapie

- Psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Psychotherapie.
- Beratungsgespräche, Seelsorgegespräche oder Coaching stellen keine Psychotherapie dar.
- Formal handelt es sich nach deutschem Recht nicht um Psychotherapie, sondern um psychologische Beratung oder andere Methoden, wenn
 - keine Störungen oder Krankheiten behandelt wird;
 - es sich um Selbsthilfegruppen, Selbsterfahrungsgruppen, Supervisionen, Trainings- oder Coachinggruppen sowie allgemeine Lebensberatung handelt;
 - die Prinzipien von Diagnose und Heilung nicht angewandt werden;
 - keine (schriftliche oder mündliche) Vereinbarung zu einer Psychotherapie vorliegt;
 - ausschließlich Behandlungen mit Medikamenten erfolgen;
 - keine persönliche Interaktion stattfindet;

23.2. Kurze Historie der Psychotherapie

Tabelle 23.2.: Meilensteine in der historischen Entwicklung der Psychotherapie

Zeitraum	Meilenstein	Personen	Kurze Erklärung
Ende 19. Jh.	Begründung der Psychoanalyse	Sigmund Freud	Entwicklung der "Redekur" und Erforschung des Unbewussten als Grundlage der Therapie.
Anfang 20. Jh.	Entwicklung der Tiefenpsychologie	Carl Gustav Jung, Alfred Adler	Abspaltung von Freuds Psychoanalyse; Fokus auf kollektives Unbewusstes (Jung) und Individualpsychologie (Adler).
1920er Jahre	Behaviorismus und Grundlagen der Verhaltenstherapie	John B. Watson, Iwan Pawlow	Wissenschaftliche Untersuchung von Verhalten und Konditionierung als Grundlage für Verhaltenstherapie.
1940er–1950er	Klientenzentrierte Therapie	Carl Rogers	Fokus auf Empathie, bedingungslose positive Wertschätzung und Echtheit in der therapeutischen Beziehung.

Zeitraum	Meilenstein	Personen	Kurze Erklärung
1960er Jahre	Entwicklung der kognitiven Therapie	Aaron T. Beck	Erkennen und Verändern dysfunktionaler Gedankenmuster als Schlüssel zur Behandlung psychischer Störungen.
1970er–1980er	Entwicklung der Systemischen Therapie	Virginia Satir, Salvador Minuchin, Paul Watzlawick	Fokus auf Beziehungsmuster und Interaktionen im System (z. B. Familie) als Grundlage für Veränderung.
21. Jahrhundert	Evidenzbasierte Psychotherapie	–	Wissenschaftlich fundierte Therapieansätze, deren Wirksamkeit empirisch belegt ist.
21. Jahrhundert	Digitale Therapieformen (Online-Therapie, Apps)	–	Nutzung digitaler Technologien zur Unterstützung und Bereitstellung psychotherapeutischer Interventionen.

23.3. Psychotherapie in Deutschland

Psychotherapie ist ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung und wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert.

Im ambulanten Setting dürfen allerdings nur

- Psychologische Psychotherapeuten (PP),
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP),
- Psychotherapeuten (**neue Regelung seit 2020 nach Reform des PsychThG**)
- Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und
- Ärzte mit psychotherapeutischer Weiterbildung

mit einer Kassenzulassung (auch "Kassensitz" genannt) Leistungen direkt mit der GKV abrechnen. In Tabelle 23.3 sind die berufs- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen aufgeführt.

Tabelle 23.3.: Allgemeine Unterscheidung zwischen Berufs- und Sozialrecht bei Ärzten und Psychotherapeuten

Aspekt	Berufsrecht	Sozialrecht	Regelungen für Psychotherapeuten	Regelungen für Ärzte
Ziel	Regelt die Berufsausübung und Qualität.	Regelt soziale Sicherheit und Versorgung der Versicherten.	Sicherstellung qualifizierter Psychotherapie.	Sicherstellung qualifizierter medizinischer Behandlung.

Aspekt	Berufsrecht	Sozialrecht	Regelungen für Psychotherapeuten	Regelungen für Ärzte
Regelungsbereich	Berufszulassung, Pflichten, Ethik.	Kranken-, Renten-, Pflegeversicherung usw.	Approbation, Berufsordnung, Fortbildungspflicht.	Approbation, Berufsordnung, Fortbildungspflicht.
Beispiele	PsychThG, Berufsordnungen der Kammern.	SGB V (Krankenversicherung), SGB XII (Sozialhilfe).	Psychotherapeutengesetz (PsychThG), Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer.	Bundesärzteordnung (BÄO), Berufsordnung der Ärztekammer.
Zuständigkeit	Berufsverbände, Kammern, Berufsgerichte.	Sozialgerichte, Krankenkassen, staatliche Institutionen.	Psychotherapeutenkammer, Berufsgerichte.	Ärztekammer, Berufsgerichte.

Tabelle 23.3 vergleicht die Bereiche Berufsrecht und Sozialrecht und zeigt, wie diese für Psychotherapeuten und Ärzte in Deutschland geregelt sind. Während das Berufsrecht die Qualität und Ethik der Berufsausübung sicherstellt, regelt das Sozialrecht die Finanzierung und Absicherung der Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Für Ärzte ist die **Bundesärzteordnung (BÄO)** das zentrale Gesetz. Es regelt die Zulassung und Berufsausübung von Ärzten in Deutschland.

! Wichtig

Reform der Psychotherapeutenausbildung

2019 wurde das Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und damit die Ausbildung von Psychotherapeuten modernisiert. Statt eines allgemeinen Psychologiestudiums mit anschließender psychotherapeutischer Ausbildung gibt es jetzt einen Studiengang "Psychotherapie", der mit einem Master of Science (M.Sc.) in Psychotherapie abgeschlossen wird. Nach dem Masterabschluss müssen angehende Psychotherapeuten eine staatliche Approbationsprüfung ablegen, um die Berufserlaubnis zu erhalten. Danach folgt eine 5-jährige Weiterbildungszeit im ambulanten und stationären Setting, für die die Landespsychotherapeutenkammern zuständig sind. Nach erfolgreicher Prüfung vor dem Weiterbildungsausschuss der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammer wird die Qualifikation als "**Fachpsychotherapeut**" erlangt. Diese beinhaltet auch eine Spezialisierung in einem Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie, Systemische Psychotherapie) und einem Altersbereich (Kinder- und Jugendliche vs. Erwachsene) beinhaltet.

Im stationären Setting (z. B. in Krankenhäusern, psychiatrischen Kliniken oder psychosomatischen Kliniken) gelten andere Regelungen für die Erbringung von Psychotherapie. Hier können neben den im ambulanten Setting zugelassenen Therapeuten auch weitere Berufsgruppen Psychotherapie anbieten, da die Behandlung im Rahmen eines umfassenden klinischen Settings und unter der Verantwortung des ärztlichen Leiters erfolgt (siehe @#tbl-psychotherapy-overview-setting für eine Übersicht).

Tabelle 23.4.: Psychotherapie im ambulanten und stationären Setting

Aspekt	Ambulantes Setting	Stationäres Setting
Zugelassene Berufsgruppen	Nur approbierte Psychotherapeuten und Ärzte mit Kassenzulassung.	Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Pflegekräfte und andere Fachkräfte.
Kassenzulassung	Erforderlich (Kassensitz).	Nicht erforderlich (Abrechnung über Krankenhaus).
Behandlungskonzept	Meist Einzel- oder Gruppentherapie.	Multimodale Behandlung im Team.
Kostenerstattung	Direkt über GKV (auf Antrag des Patienten).	Über Krankenhausbudget (GKV).

! Wichtig

Gesetzliche Grundlagen der Psychotherapie

Psychotherapeutengesetz (PsychThG): Dieses Gesetz regelt die Ausbildung, Approbation und Berufsausübung von Psychotherapeuten. Es legt auch fest, wer Psychotherapie unter welchen Bedingungen anbieten darf und welche Therapieverfahren anerkannt sind.

Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V): Dieses Gesetz regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, einschließlich der Psychotherapie. Es definiert, welche psychotherapeutischen Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) von der GKV übernommen werden.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Der G-BA legt fest, welche psychotherapeutischen Verfahren und Methoden von der GKV erstattet werden. Dazu gehören auch die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Psychotherapie, wie die Anzahl der Sitzungen und die Diagnosevoraussetzungen.

23.4. Psychotherapie: Berufs- und Sozialrecht

Tabelle 23.5 zeigt die historische Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland und ihre Anerkennung als Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Tabelle 23.5.: Historische Entwicklung bei der Anerkennung der Psychotherapie als Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung

Datum	Ereignis
1964	Anerkennung der „Neurose“ als behandlungsbedürftige Krankheit durch das Bundessozialgericht.
1967	Psychotherapie in Form der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird Regelleistung der GKV (Psychotherapie-Richtlinie). Leistungserbringer sind Ärzte und Diplom-Psychologen in Delegation.
1987	Verhaltenstherapie wird Regelleistung der GKV. Einführung der „Psychosomatischen Grundversorgung“.
1992	Gebietsarzt für Psychotherapeutische Medizin (seit 2003 Facharzt für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie).

Datum	Ereignis
1994	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ersetzt die vorhergehenden Facharztbezeichnungen Facharzt für Psychiatrie sowie den Nervenarzt.
1999	Einführung der neuen Heilberufe „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ mit eigener Approbation.
2019	Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG): Einführung eines direkten Psychotherapiestudiums mit Masterabschluss. Approbation nach Abschluss des Masterstudiums Psychotherapie.
2019	Systemische Psychotherapie für Erwachsene wird Regelleistung der GKV (Psychotherapie-Richtlinien).
2024	Systemische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche wird Regelleistung der GKV (Psychotherapie-Richtlinien).

Tabelle 23.5 verdeutlicht, wie Psychotherapie in Deutschland schrittweise als eigenständige Säule der Gesundheitsversorgung anerkannt wurde. Sie zeigt die Entwicklung von der Anerkennung psychischer Erkrankungen über die Einführung verschiedener Therapieverfahren bis hin zur Professionalisierung des Psychotherapeutenberufs.

Weitere Informationen zu den rechtliche Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in den nachfolgenden Links:

[grundlegende Informationen von der KBV](#)

[Psychotherapie-Richtlinie](#)

[Psychotherapie-Vereinbarung](#)

23.5. Psychotherapie: Verfahren und Methoden

In der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird zwischen Psychotherapieverfahren und Psychotherapiemethoden unterschieden. Diese Unterscheidung ist wichtig, da sie festlegt, welche Therapieformen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland anerkannt und erstattet werden (siehe Tabelle 23.6).

Tabelle 23.6.: Unterscheidung zwischen Psychotherapieverfahren und -methoden entsprechend der Definition in der Psychotherapie-Richtlinie

Aspekt	Psychotherapieverfahren	Psychotherapiemethoden
Definition	Wissenschaftlich anerkannte Hauptrichtungen der Psychotherapie.	Spezifische Techniken oder Interventionen innerhalb der Verfahren.
Beispiele	- Analytische Psychotherapie (AP) - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) - Verhaltenstherapie (VT)	- Expositionstherapie (VT) - Kognitive Umstrukturierung (VT) - Übertragungsanalyse (TP) - Freie Assoziation (AP)
Anerkennung	Als Regelleistungen der GKV anerkannt.	Werden im Rahmen der anerkannten Verfahren angewendet.

Aspekt	Psychotherapieverfahren	Psychotherapiemethoden
Rolle in der Therapie	Grundlegende theoretische und praktische Ausrichtung.	Konkrete Techniken zur Umsetzung der Therapieziele.

Psychotherapieverfahren sind die übergeordneten, wissenschaftlich anerkannten Therapierichtungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden. Beispiele sind die Analytische Psychotherapie (AP), die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und die Verhaltenstherapie (VT). **Psychotherapiemethoden** sind die spezifischen Techniken und Interventionen, die innerhalb dieser Verfahren angewendet werden. Beispiele sind die Expositionstherapie (in der VT), die kognitive Umstrukturierung (in der VT) oder die Übertragungsanalyse (in der TP). Die Verfahren sind grundlegend für die Umsetzung der Psychotherapie, da in der Theorie des Verfahren nicht nur die Entstehung und Aufrechterhalt der psychischen Probleme thematisiert wird, sondern auch deren Behandlung. Psychotherapiemethoden sind dagegen konkrete Werkzeuge zur Umsetzung der Therapieziele.

23.6. Berufs- und sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren

In Deutschland sind berufs- und sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren diejenigen Therapieformen, die sowohl nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) als auch in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) anerkannt sind. Aktuell sind das die Verhaltenstherapie, die Psychodynamische Psychotherapie und die Systemische Psychotherapie. Diese drei Verfahren werden von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert und dürfen von approbierten Psychotherapeuten und Ärzten mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden (siehe Tabelle 23.7).

Tabelle 23.7.: Spezifischen Merkmalen der anerkannten Psychotherapieverfahren

Merkmal	Verhaltenstherapie (VT)	Systemische Psychotherapie	Psychodynamische Psychotherapie
Krankheitsentstehung	Psychische Störungen entstehen durch erlernte Verhaltensmuster und dysfunktionale Kognitionen.	Störungen entstehen durch Probleme in sozialen Systemen (z. B. Familie, Beziehungen).	Störungen entstehen durch unbewusste Konflikte und frühkindliche Prägungen.
Behandlungstheorie	Veränderung von Verhaltensmustern und Denkprozessen durch Lernen und Übung.	Veränderung von Interaktionsmustern und Beziehungen innerhalb des Systems.	Aufdeckung und Bearbeitung unbewusster Konflikte und Übertragungsmuster.
Wirkfaktoren	Kognitive Umstrukturierung-Verhaltensänderung-Exposition.	- Veränderung von Beziehungsmustern- Ressourcenaktivierung.	- Einsicht in unbewusste Konflikte- Übertragungsarbeit.
Therapieziele	Symptomreduktion- Verbesserung der Bewältigungsstrategien.	- Verbesserung der Interaktionen im System- Lösung von Konflikten.	- Aufarbeitung unbewusster Konflikte- Persönlichkeitsentwicklung.

Merkmal	Verhaltenstherapie (VT)	Systemische Psychotherapie	Psychodynamische Psychotherapie
Behandlungssitzung & -techniken	- Einzel- oder Gruppentherapie- Exposition, Verhaltensübungen, Hausaufgaben.	- Einzel-, Paar- oder Familientherapie- Familiengespräche, Genogramm.	- Einzeltherapie- Freie Assoziation, Traumdeutung, Übertragungsanalyse.
Interaktion/therapeutische Beziehung	Therapeutische Coach oder Trainer, direkte Anleitung.	Therapeut als neutraler Moderator, Fokus auf Systemdynamik.	Therapeut als neutraler Beobachter, Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung.
Kontextuelle Bedingungen	- Kurz- bis mittelfristige Therapie- Strukturiert und zielorientiert.	- Kurz- bis mittelfristige Therapie- Fokus auf Beziehungsmuster.	- Langfristige Therapie- Fokus auf unbewusste Prozesse.

23.7. Wirkfaktoren der Psychotherapie

Schon in den Anfängen der Psychotherapie wurde die Frage gestellt, wie es aufgrund einer Psychotherapie zu Veränderungen kommt. Zum Erfolg scheinen spezifische und unspezifische Wirkfaktoren beizutragen (siehe Tabelle 23.8).

Tabelle 23.8.: Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Aspekt	Spezifische Wirkfaktoren	Unspezifische Wirkfaktoren
Definition	Therapiemethodenspezifische Elemente	Allgemeine Elemente, die in allen Therapien vorkommen
Beispiele	- Exposition (VT)- Übertragungsanalyse (TP/AP)- Genogrammarbeit (ST)	- Therapeutische Beziehung- Empathie- Hoffnung
Bezug zur Methode	Spezifisch für ein bestimmtes Therapieverfahren	Unabhängig vom Therapieverfahren

Spezifische Wirkfaktoren sind verfahrensspezifische Techniken, die direkt auf die Veränderung der Symptome und Probleme des Patienten abzielen (z. B. Exposition in der Verhaltenstherapie, Techniken zur kognitiven Umbewertung). Zu den **unspezifischen Wirkfaktoren** gehören beispielsweise die therapeutische Allianz (Beziehung zwischen Therapeut und Patient, Empathie, Zuhören, ein unterstützendes Umfeld und der Glaube des Patienten an die Wirksamkeit der Therapie). Placeboeffekte werden ebenso zu den unspezifischen Wirkfaktoren gerechnet. Die Liste der möglichen unspezifischen Wirkfaktoren ist lang.

Grawe et al. (2001), ein bedeutender Psychotherapieforscher, hat in seinem Allgemeinen Psychotherapiemodell fünf zentrale unspezifische Wirkfaktoren identifiziert, die in jeder Psychotherapie wirksam sind und unabhängig von der spezifischen Therapiemethode den Therapieerfolg maßgeblich beeinflussen (siehe Tabelle 23.9).

Tabelle 23.9.: Zusammenstellung der von Grawe postulierten fünf unspezifischen Wirkfaktoren

Wirkfaktor	Definition	Bedeutung
Therapeutische Beziehung	Vertrauensvolle, empathische und wertschätzende Beziehung zwischen Therapeut und Patient.	Schafft ein sicheres Umfeld für Veränderungen.
Ressourcenaktivierung	Stärkung und Nutzung der vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten.	Hilft dem Patienten, eigene Kompetenzen zu erkennen und zu nutzen.
Problemaktualisierung	Gezielte Aktivierung und Bearbeitung der Probleme und Konflikte des Patienten.	Fördert die direkte Auseinandersetzung mit den Problemen.
Motivationale Klärung	Klärung und Förderung der Motivation des Patienten für Veränderungen.	Stärkt die Bereitschaft des Patienten, sich auf den Therapieprozess einzulassen.
Problembewältigung	Probleme und Konflikte des Patienten werden im Therapieprozess aktiviert und bearbeitet.	Unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.

Erfolge der Psychotherapie beruhen meistens auf einer Kombination von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren. Ziel der Psychotherapie-Prozess-Forschung ist es, herauszufinden, welchen Beitrag die einzelnen Faktoren im Hinblick auf das Therapieergebnis leisten (Cuijpers et al., 2019).

23.8. Verständnisfragen

1. Nennen Sie vier wesentliche Merkmale in der Definition von Psychotherapie von Strotzka.
2. Was bedeutet „bewusster und geplanter interaktioneller Prozess“?
3. Welche Rolle spielt der „Konsens zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe“?
4. Warum muss Psychotherapie lehrbar sein?
5. Warum muss Psychotherapie eine Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens beinhalten?
6. Nennen Sie drei Merkmale, die darauf hinweisen, dass es sich nicht um Psychotherapie handelt.
7. Wer darf in Deutschland im ambulanten Sektor Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen?
8. Was bedeutet in bezug auf Frage 7 „Kassenzulassung“?
9. Welches Gesetz regelt den Beruf des Psychotherapeuten?
10. Welches Gesetz regelt den Beruf des Arztes?
11. Wer darf im stationären Setting Psychotherapie erbringen? Begründen Sie Ihre Antwort.
12. Erläutern Sie das Berufs- und Sozialrecht.
13. Definieren Sie „Psychotherapieverfahren“.
14. Definieren Sie „Psychotherapiemethoden“.
15. Nennen Sie zwei Psychotherapiemethoden der Verhaltenstherapie.
16. Welche Psychotherapieverfahren sind in Deutschland berufs- und sozialrechtlich anerkannt?
17. Charakterisieren Sie kurz die drei Verfahren hinsichtlich der Krankheits- und Behandlungstheorie.

18. Was versteht man unter Wirkfaktoren in der Psychotherapie?
19. Was sind spezifische Wirkfaktoren? Nennen Sie zwei Beispiele.
20. Was sind unspezifische Wirkfaktoren? Nennen Sie zwei Beispiele.
21. Welche fünf Wirkfaktoren postuliert Grawe?
22. Erläutern Sie einen der Wirkfaktoren von Grawe.
23. Können die unspezifischen Wirkfaktoren maßgeblich für den Erfolg einer Psychotherapie verantwortlich gemacht werden?

24. Psychotherapieforschung

24.1. Einleitung

Die Psychotherapieforschung ist ein dynamisches und vielseitiges Feld, das sich mit der Wirksamkeit, den Mechanismen und der kontinuierlichen Weiterentwicklung psychotherapeutischer Verfahren beschäftigt. Sie spielt eine entscheidende Rolle dabei, evidenzbasierte Ansätze zu identifizieren und die Behandlung psychischer Erkrankungen stetig zu verbessern. In diesem Kapitel wird ein allgemeiner Überblick über wichtige Aspekte der Psychotherapieforschung gegeben.

! Wichtig

Trends in der Psychotherapieforschung

Für eine Meta-Analyse, mit der Trends in der Psychotherapieforschung in der letzten Dekade identifiziert werden sollte, haben Rief 1.605 randomisierte kontrollierte Studien identifiziert. Es zeigt sich bei der Auswertung der Daten ein kontinuierlicher Anstieg der veröffentlichten RCTs, wobei im zweiten Fünfjahresblock (2015-2019) 68 % mehr Studien durchgeführt wurden. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie (68 %) und eHealth-Interventionen (18 %) gab es einen Anstieg der Anzahl der Studien. Ihr Anteil hat sich aber nicht signifikant im Verhältnis zu allen veröffentlichten RCTs verändert. Die nächsten häufigsten untersuchten Therapieverfahren und -methoden waren Akzeptanz-Commitment-Therapie (4 %), psychodynamische Behandlungen (2 %), interpersonelle Psychotherapie (2 %) und Achtsamkeitsinterventionen (2 %). Systemische (1,1 %), emotionsfokussierte (0,7 %) und Schematherapie (0,6 %) machten kleinere Anteile der veröffentlichten RCTs aus.

24.2. Historisches zur Psychotherapieforschung

In Tabelle 24.1 findet sich eine kurze historische Übersicht über die Themen der Psychotherapieforschung.

Tabelle 24.1.: Übersicht über die historische Entwicklung der Psychotherapie-Forschung

Zeitraum	Phase	Fragestellung/Fokus	Merkmale
Vor 1955	Vorempirisches Stadium	Keine systematisch betriebene empirische Psychotherapie-Forschung.	- Wirksamkeit wurde unterstellt, anstatt sie zu überprüfen. - Verbreitete Vorstellung, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie nicht experimentell überprüft werden kann.

Zeitraum	Phase	Fragestellung/Fokus	Merkmale
1955 - 1995	Allgemeine Wirksamkeit der Psychotherapie	- Ist Psychotherapie überhaupt wirksam? - Welche Art der Psychotherapie (welcher Grundansatz/Schule) ist wirksam(er)?	- Fokus auf dem Nachweis der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie. - Vergleich verschiedener Therapieschulen.
1980 - heute	Spezifische Wirksamkeitsforschung	- Welche Art der Psychotherapie (welche Methode) hilft bei welcher Störung? („What works for whom?“) - Was sind die Komponenten (Wirkkomponenten) einer effektiven Psychotherapie?	- Störungsspezifische Behandlung (EBM, EST, praktische Leitlinien). - Fokus auf allgemeine Psychotherapie und ihre Wirkkomponenten.

Bitte beachten Sie, dass die in Tabelle 24.1 Epochen der Psychotherapie-Forschung stark abstrahiert sind.

24.3. Wissenschaftliche Erkenntnisse

Wissenschaftliche Erkenntnisse entstehen durch einen systematischen, methodischen und kritischen Prozess, der darauf abzielt, Wissen über die Welt zu sammeln, zu überprüfen und zu erweitern. Dieser Prozess folgt bestimmten Prinzipien und Methoden, die sicherstellen, dass die gewonnenen Erkenntnisse **objektiv**, **reliabel (zuverlässig)** und **valide (gültig)** sind.

! Wichtig

Sicheres Wissen

Im wissenschaftlichen Prozess geht es nicht um die Suche nach absoluten Wahrheiten, sondern um die Annäherung an wahrscheinliche und überprüfbare Erkenntnisse. Wissenschaftliche Erkenntnisse sind vorläufig, da neue Daten, verbesserte Forschungsmethoden und alternative Theorien bestehende Erkenntnisse widerlegen oder ergänzen können. Auch haben wissenschaftliche Methoden ihre Grenzen und wissenschaftliche Theorien sind („nur“) Modelle der Realität. **Wissenschaft ist ein Prozess, in dem es um sicheres Wissen und neue Erkenntnisse geht.**

24.4. Der Forschungsprozess

Der Forschungsprozess ist ein systematischer und konsentierter Ablauf, der von der Entwicklung einer Forschungsfrage bis zur Publikation der Ergebnisse reicht. Jeder Schritt baut auf dem vorherigen auf und folgt wissenschaftlichen Standards, um objektive, valide und reliable Erkenntnisse zu gewinnen. In Abbildung 24.1 ist der Ablauf schematisch dargestellt.

Die verschiedenen Schritte sind in Tabelle 24.2 mit Beispielen beschrieben und erläutert.

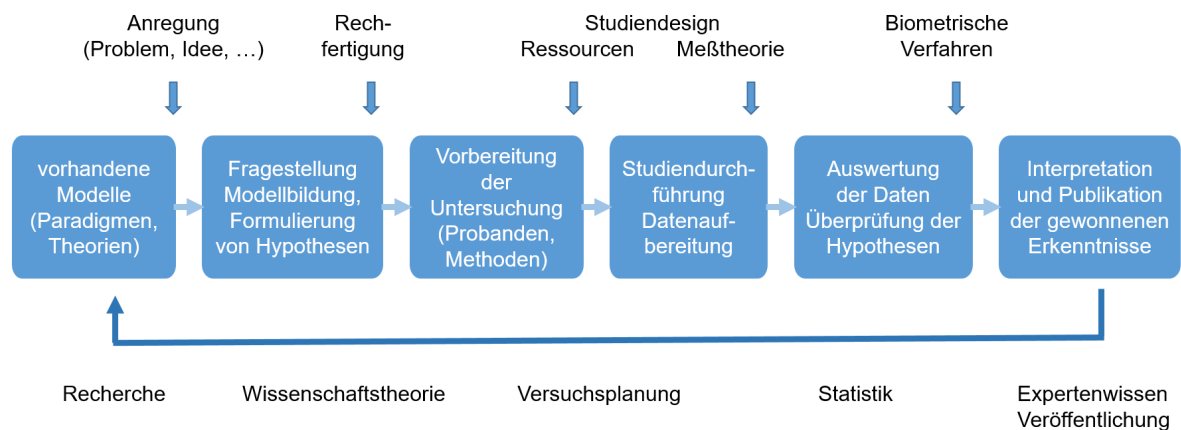


Abbildung 24.1.: Schematische Darstellung der verschiedenen Schritte bei der Gewinnung von Erkenntnissen

Tabelle 24.2.: Die verschiedenen Elemente des Forschungsprozesses

Schritt	Beschreibung	Beispiel
1. Forschungsfrage	Entwicklung einer klaren, relevanten und empirisch überprüfbar Frage.	“Wie wirkt sich regelmäßige körperliche Aktivität auf die psychische Gesundheit von Jugendlichen aus?”
2. Hypothesen	Formulierung von testbaren Annahmen über Zusammenhänge oder Unterschiede zwischen Variablen.	“Jugendliche, die mindestens dreimal pro Woche Sport treiben, weisen geringere Depressionssymptome auf.”
3. Operationalisierung	Übersetzung theoretischer Konstrukte in messbare Variablen und Auswahl von Messinstrumenten.	Depressionssymptome werden mit dem “Beck Depression Inventory (BDI)” gemessen.
4. Forschungsdesign	Wahl eines geeigneten Designs (z. B. Experiment, Querschnittsstudie) und Methoden.	Randomisierte kontrollierte Studie mit zwei Gruppen (Sport vs. keine Sportaktivität).
5. Datenerhebung	Systematische Sammlung von Daten gemäß dem Forschungsdesign.	Befragung von 100 Jugendlichen mit einem standardisierten Fragebogen.
6. Datenauswertung	Analyse der Daten mit statistischen oder qualitativen Methoden.	t-Test zur Überprüfung von Gruppenunterschieden in Depressionssymptomen.
7. Interpretation	Schlussfolgerungen aus den analysierten Daten und Überprüfung der Hypothesen.	Sportlich aktive Jugendliche zeigen signifikant weniger Depressionssymptome.
8. Diskussion	Einordnung der Ergebnisse in den Forschungskontext und Reflexion von Stärken und Schwächen.	Vergleich mit früheren Studien, Diskussion von Limitationen (z. B. Stichprobengröße).
9. Publikation	Veröffentlichung der Ergebnisse in einem wissenschaftlichen Artikel nach Peer-Review.	Artikel in einer Fachzeitschrift wie “Journal of Adolescent Health”.

Schritt	Beschreibung	Beispiel
10. Replikation	Wiederholung der Studie durch andere Forscher zur Bestätigung der Ergebnisse.	Mehrere Studien bestätigen den positiven Effekt von Sport auf die psychische Gesundheit.

24.4.1. Wo kann ich mich informieren?

Es gibt zahlreiche "seriöse Quellen", um sich über wissenschaftliche Erkenntnisse zu informieren. Die Wahl der Quelle hängt davon ab, wie tief man in ein Thema einsteigen möchte und ob man Fachwissen oder allgemeinverständliche Informationen sucht. Neben Lehrbüchern und Fachzeitschriften sind Datenbanken extrem wichtig, um einen Überblick zu bekommen. Datenbanken sammeln und indexieren wissenschaftliche Artikel, sodass man gezielt nach Studien und Publikationen suchen kann.

Beispiele:

- [PubMed \(Medizin und Lebenswissenschaften\)](#)
- [PsycINFO \(Psychologie und Psychotherapie\)](#)
- [Google Scholar \(multidisziplinär\)](#)
- [Web of Science oder Scopus \(umfassende wissenschaftliche Datenbanken\)](#)

PubMed und **Google Scholar** können kostenlos genutzt werden. **PubMed** ist eine frei zugängliche Datenbank der National Library of Medicine (USA) und umfasst Millionen von Artikeln aus den Bereichen Medizin, Biowissenschaften und verwandten Disziplinen.

Beachte: In PubMed werden nur Artikel, aber keine Bücher oder Buchkapitel indiziert. **Google Scholar** ist eine frei zugängliche Suchmaschine für wissenschaftliche Literatur, die Artikel, Bücher, Konferenzbeiträge und mehr umfasst.

24.5. Efficacy und Effectiveness

In der Psychotherapieforschung werden zwei Arten von Studiendesigns unterschieden, um die Wirksamkeit von Therapieverfahren zu untersuchen: **Efficacy-Studien** und **Effectiveness-Studien** (siehe Tabelle 24.3).

In **Efficacy-Studien** wird untersucht, ob eine Psychotherapie unter idealen, streng kontrollierten Bedingungen wirksam ist. Diese Studien werden sehr oft an Universitäten und in Forschungseinrichtungen durchgeführt und folgen einem hochstandardisierten Protokoll. In **Effectiveness-Studien** wird dagegen untersucht, ob eine Psychotherapie auch im Alltag, also unter realen Bedingungen, wirksam ist. Diese Studien finden in der Regel in natürlichen Settings wie ambulanten Praxen oder Kliniken statt.

Tabelle 24.3.: Unterschiede zwischen einer Efficacy- und einer Effectiveness-Studie

Merkmal	Efficacy-Studie	Effectiveness-Studie
Ziel	Prüfung der Wirksamkeit unter idealen Bedingungen	Prüfung der Wirksamkeit unter realen Bedingungen
Studiendesign	Streng kontrolliert, oft randomisiert und placebo-kontrolliert	Weniger kontrolliert, häufig pragmatisch

Merkmal	Efficacy-Studie	Effectiveness-Studie
Population	Hoch selektiv, spezifische Einschlusskriterien	Breite, repräsentative Population
Setting	Oft universitäre oder Forschungseinrichtungen	In realen klinischen oder alltagsnahen Settings
Intervention	Standardisiert (manualisiert) und optimiert	Flexibel und anpassbar
Hauptzielgröße Durchführung	Fokus auf interne Validität Strikte Überwachung der Intervention	Fokus auf externe Validität Geringere Kontrolle, mehr Alltagsrealität
Kosten und Ressourcen	Oft kostenintensiv, benötigt spezialisierte Ressourcen	Kosteneffizienter, nutzt vorhandene Ressourcen
Bedeutung für die Praxis	Bietet Informationen über das Potenzial einer Intervention. Ist die Intervention wirksam?	Liefert praxisnahe Informationen zur Anwendbarkeit. Profitieren Patienten von der Intervention?
Dauer	Kürzer, um die ideale Wirksamkeit zu testen	Länger, um langfristige Effekte zu beobachten
Bias-Risiko	Geringes Risiko durch strenge Kontrolle	Höheres Risiko, aber näher an der Praxis

Efficacy- und Effectiveness-Studien ergänzen sich in der Psychotherapieforschung und tragen gemeinsam dazu bei, wirksame und praxistaugliche Therapieverfahren zu entwickeln und zu etablieren. Während Efficacy-Studien die wissenschaftliche Grundlage schaffen, zeigen Effectiveness-Studien, wie diese Erkenntnisse in der realen Welt umgesetzt werden können.

24.6. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)

RCTs (Randomized Controlled Trials) sind das Goldstandard-Design in der empirischen Forschung, insbesondere in der Medizin, Psychotherapie und Psychologie (siehe Tabelle 24.4). Sie gelten als die zuverlässigste Methode, um Kausalzusammenhänge zwischen einer Intervention (z. B. einer Therapie oder Behandlung) und einem Ergebnis (z. B. Gesundheit oder Verhalten) zu untersuchen. **RCTs sind fester Bestandteil der Efficacy-Forschung.**

Tabelle 24.4.: Merkmale randomisierter kontrollierter Studien (RCTs)

Aspekt	Beschreibung	Beispiel
Definition	Experimentelles Design mit zufälliger Zuteilung von Teilnehmern zu Interventions- und Kontrollgruppen.	Testung eines neuen Medikaments gegen Placebo.
Schlüsselmerkmale	Randomisierung - Kontrollgruppe - Intervention - Blindung (optional)	Randomisierung: Teilnehmer werden per Zufallsprinzip zugeteilt.
Ablauf	1. Rekrutierung 2. Randomisierung 3. Intervention 4. Datenerhebung 5. Analyse	Beispiel: Vergleich von CBT (Intervention) mit Warteliste (Kontrolle) bei Depressionen.
Vorteile	- Kausale Aussagen möglich - Hohe interne Validität - Reproduzierbarkeit	Ermöglicht den Nachweis, dass eine Therapie wirkt.

Aspekt	Beschreibung	Beispiel
Herausforderungen	Ethische Bedenken - Praktische Umsetzung - Externe Validität - Teilnehmer-Compliance	Ethisch problematisch, wenn einer Kontrollgruppe wirksame Behandlung vorenthalten wird.
Beispiele	- Medizin: Testung eines neuen Medikaments - Psychologie: Vergleich von Therapieformen	Psychologie: CBT vs. Warteliste bei Depressionen.
Arten von RCTs	- Parallelgruppen-Design - Cross-over-Design - Cluster-randomisierte Studien	Cluster-RCT: Ganze Schulen werden randomisiert, nicht Einzelpersonen.
Ethische Aspekte	- Informierte Einwilligung - Nutzen-Risiko-Abwägung - Datenschutz	Teilnehmer müssen über Risiken und Nutzen der Studie aufgeklärt werden.
Bedeutung in der Forschung	Grundlage für evidenzbasierte Praxis, klinische Leitlinien und politische Entscheidungen.	RCTs belegen die Wirksamkeit von Therapien und Medikamenten.

In Abbildung 24.2 ist das Design einer randomisierten kontrollierten Studie dargestellt. Beachte: Es ist eine Studie mit zwei Therapiebedingungen ("Armen" bzw. Gruppen) dargestellt. Es können allerdings auch mehr Therapiebedingungen verwendet werden. Allerdings steigt mit jeder weitere Therapiebedingung oder Patientengruppe der organisatorische und finanzielle Aufwand bei der Durchführung der Studie. **Wichtig ist, dass es mindestens eine Kontroll- und eine Interventionsbedingung gibt.**

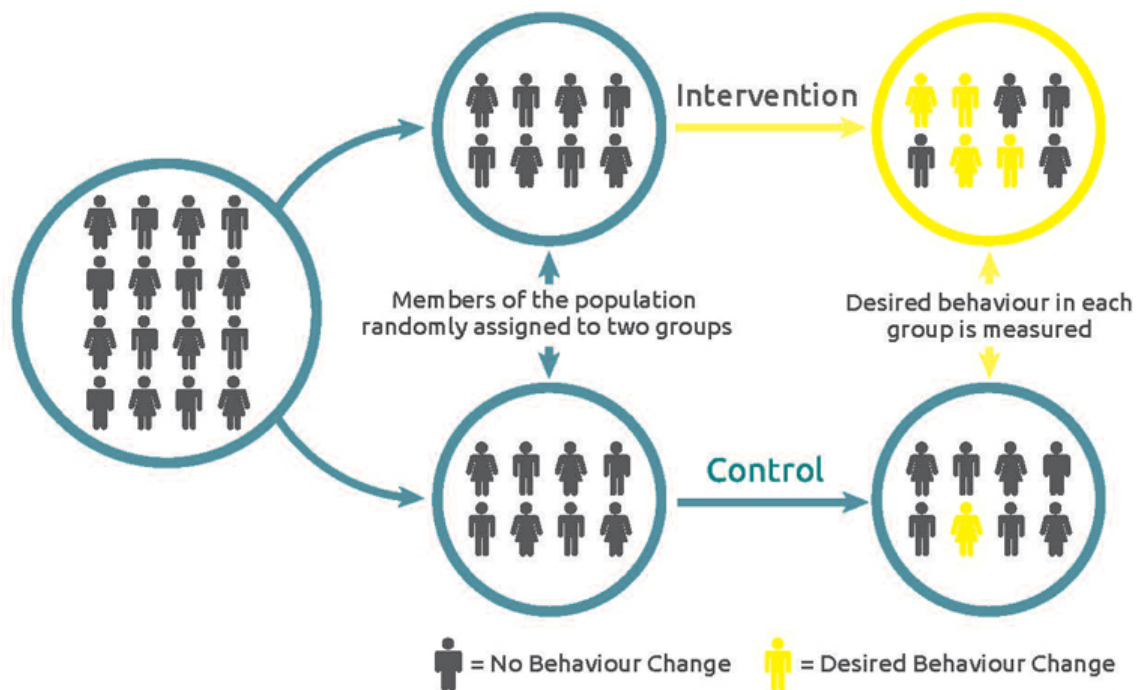


Abbildung 24.2.: Design einer einfachen randomisierten kontrollierten Studie

24.6.1. Verblindung

Die **Verblindung** ist ein wichtiges methodisches Verfahren in RCTs, um Bias (Verzerrungen) zu minimieren und die Validität der Ergebnisse zu erhöhen. Durch Verblindung wird sichergestellt, dass bestimmte Personen in der Studie nicht wissen, welche Teilnehmer zur Interventionsgruppe oder zur Kontrollgruppe gehören.

Dies verhindert, dass Erwartungen oder Vorurteile die Ergebnisse beeinflussen. Man unterscheidet zwischen **einfacher, doppelter und dreifacher Verblindung**. Bei der **einfachen Verblindung** wissen die Probanden nicht, zu welcher Bedingung sie zugeordnet wurden. Bei der **doppelten Verblindung** wird auch der Behandler (Forscher) über die Zuweisung im unklaren gelassen. Bei der **dreifachen Verblindung** wissen auch die Datenanalysten nicht, wer in welcher Gruppe war.

Wichtig zu wissen ist, dass eine Verblindung des Behandlers und des Patienten bei Psychotherapie-Studien nicht möglich ist. Dies liegt an der Natur der Psychotherapie und den spezifischen Anforderungen dieser Art von Intervention. Psychotherapie ist ein interaktiver Prozess, bei dem Therapeut und Patient eng zusammenarbeiten. Der Therapeut muss wissen, welche Behandlung er durchführt, was eine Verblindung unmöglich macht. Da mit dem Patienten ein Behandlungsmodell erarbeitet wird, ist der Patient auch über das therapeutische Vorgehen informiert.

Da eine vollständige Verblindung in Psychotherapie-Studien oft nicht möglich ist, werden alternative Methoden verwendet, um Bias zu minimieren:

- **Teilweise Verblindung:** Zum Beispiel können Datenanalysten oder Outcome-Bewerter blind sein, um subjektive Verzerrungen zu reduzieren.
- **Aktive Kontrollgruppen:** Statt Placebo werden oft aktive Kontrollgruppen verwendet, die eine alternative Behandlung erhalten (z. B. eine andere Therapieform oder eine Standardbehandlung).
- **Patienten- und Therapeuten-Ratings:** Die Bewertung der Ergebnisse durch unabhängige Dritte (z. B. externe Gutachter) kann helfen, Verzerrungen zu minimieren.

! Wichtig

Evidenz-basierte Medizin (EbM)

Der Begriff EbM leitet sich aus dem Englischen (evidence-based medicine = beweisgestützte Medizin) ab. Die Idee des Konzepts geht bis in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts zurück. Den Anstoß gaben britische Ärzte, doch erst später, in den 1990er Jahren, erlangte die evidenzbasierte Medizin (EbM) eine große Bedeutung. Als Wiege der modernen EbM gilt die kanadische Universität in Hamilton/Ontario (McMaster), wo die Mediziner Gordon Guyatt und David Sackett den Begriff prägten. Im Wesentlichen führt die EbM drei Perspektiven zusammen:

- den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Forschung (Evidenz),
- die Einbindung individueller klinischer Expertise, das heißt: die Erfahrung und Expertise der Ärzte und Ärztinnen nutzen,
- die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen bzw. -bedürfnisse, also das Einbeziehen der Wünsche, Werte und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten.

Nur das Zusammenspiel dieser drei Dimensionen ermöglicht eine bestmögliche medizinische Versorgung nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Je nach Problemstellung erhalten die drei Aspekte eine unterschiedliche Gewichtung.

24.7. Weitere Forschungsdesigns

Die RCT ist allerdings nicht das einzige sinnvolle und in der Forschung verwendete Studiendesign. In der Forschung gibt es verschiedene Studiendesigns, die je nach Fragestellung, Ressourcen und ethischen Überlegungen gewählt werden. Diese Designs lassen sich grob in Interventionsstudien und Beobachtungsstudien unterteilen (Abbildung 24.3).

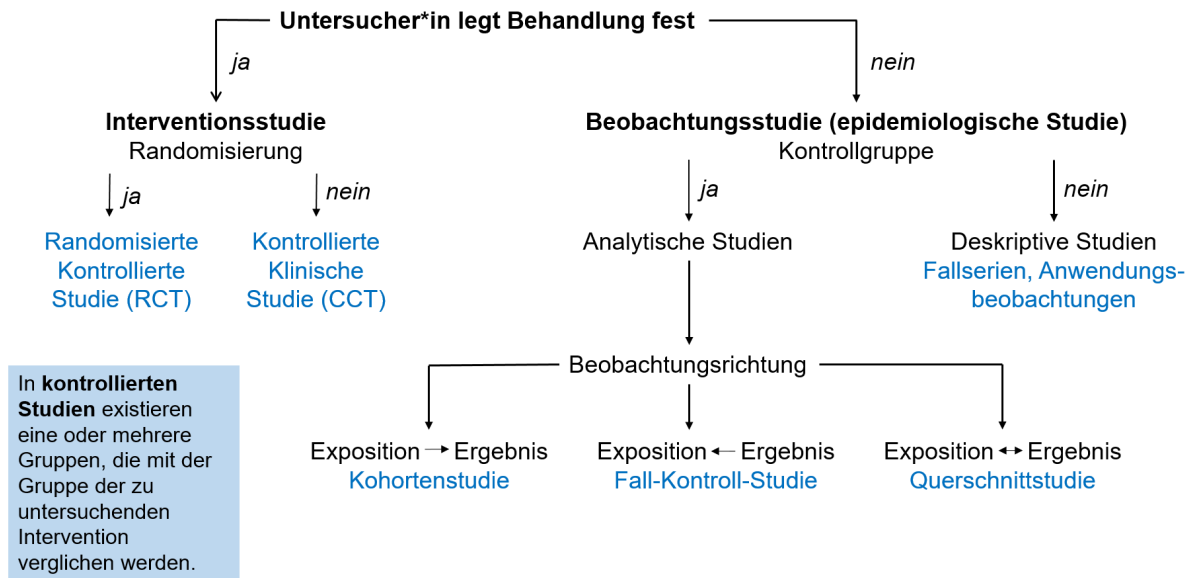


Abbildung 24.3.: Überblick über Studiendesigns

In Tabelle 24.5 werden die in Abbildung 24.3 genannten Forschungsdesigns, ihre Merkmale und Anwendungsbereiche näher erläutert.

Tabelle 24.5.: Übersicht über verschiedene Forschungsdesigns

Studientyp	Unterkategorie	Beschreibung	Kausalität	Zeitaufwand	Kosten	Beispiel
Interventionsstudien	RCT	Randomisierte Zuteilung zu Interventions- und Kontrollgruppen.	Ja	Hoch	Hoch	Wirksamkeit eines neuen Antidepressivums im Vergleich zu Placebo.
	Intervention ohne Randomisierung	Keine zufällige Zuteilung, z. B. basierend auf Kriterien oder freiwilliger Teilnahme.	Eingeschränkt	Mittel	Mittel	Schulprogramm zur psychischen Gesundheit in einer Schule vs. einer anderen Schule.
Beobachtungsstudien	Kontrollgruppe	Beobachtung einer Gruppe ohne Vergleichsgruppe.	Nein	Niedrig	Niedrig	Psychische Gesundheit von Schülern nach einem Schulwechsel.
	Mit Kontrollgruppe	Mit Vergleich einer exponierten Gruppe mit einer nicht-exponierten Gruppe.				

Studientyp	Unterkategorie	Beschreibung	Kausalität	Zeitaufwand	Kosten	Beispiel
	Kohortenstudie	Langfristige Beobachtung einer Gruppe, um Ursache-Wirkungs-Beziehungen zu untersuchen.	Ja (prospektiv)	Hoch	Hoch	Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs über 10 Jahre.
	Fall-Kontroll-Studie	Vergleich von Fällen (mit Ergebnis) und Kontrollen (ohne Ergebnis) rückblickend.	Nein	Niedrig	Niedrig	Exposition gegenüber Umweltgiften bei Krebspatienten vs. gesunden Personen.
	Querschnittsstudie	Datenerhebung zu einem einzigen Zeitpunkt, um Zusammenhänge oder Prävalenzen zu untersuchen.	Nein	Niedrig	Niedrig	Umfrage zur psychischen Gesundheit von Studierenden während der Prüfungsphase.

Die Auswahl und Anwendung eines Forschungsdesigns hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Nachfolgend und in Tabelle 24.6 findet sich eine Liste von Faktoren:

- Forschungsfrage und Zielsetzung (z. B. Soll ein kausaler Zusammenhang identifiziert werden?)
- Verfügbare Ressourcen (z. B. Umfang der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel)
- Ethische Überlegungen (z.B. RCT können problematisch sein, wenn einer Gruppe von Patienten eine Behandlung vorenthalten wird.)
- Praktische Durchführbarkeit (z. B. Sind genügend Teilnehmer verfügbar, und lassen sie sich rekrutieren?)
- Methodische Anforderungen (z. B. Werden quantitative oder qualitative Daten benötigt?)
- Vorhandene Evidenz und theoretischer Hintergrund (z. B. Gibt es bereits Vorstudien oder theoretische Modelle, die das Design beeinflussen?)
- Zielgruppe und Anwendungsbereich (z. B. Patienten mit seltenen Erkrankungen)
- Statistische Anforderungen (z. B. Stichprobengröße)
- Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen (z. B. Zustimmung einer Ethikkommission)

Tabelle 24.6.: Überblick über die wichtigsten Faktoren, die bei der Auswahl und Anwendung eines Forschungsdesigns zu berücksichtigen sind

Faktor	Beschreibung
Forschungsfrage	Art der Fragestellung (kausal, deskriptiv, explorativ) und zeitliche Dimension.
Ressourcen	Finanzielle Mittel, Zeit, personelle Kapazitäten.
Ethische Überlegungen	Risiken für Teilnehmer, Einwilligung, ethische Vertretbarkeit.
Praktische Durchführbarkeit	Zugang zu Teilnehmern, Durchführbarkeit im realen Setting, Datenverfügbarkeit.
Methodische Anforderungen	Interne und externe Validität, Art der Daten (quantitativ/qualitativ).
Vorhandene Evidenz	Stand der Forschung, Lücken im Wissen.
Zielgruppe	Spezifische Population oder Allgemeinbevölkerung, Anwendungsbereich (Praxis/Theorie).

Faktor	Beschreibung
Statistische Anforderungen	Stichprobengröße, Art der statistischen Analyse.
Rechtliche Rahmenbedingungen	Ethische Genehmigungen, Datenschutzbestimmungen.
Innovationsgrad	Testung neuer Methoden oder Replikation bestehender Ergebnisse.

24.8. Fehlerquellen in kontrollierten Studien

In der Forschung spricht man von "Bias", wenn in einer Studie systematische Fehler auftreten (siehe Tabelle 24.7). Solche Fehler sind nicht ungewöhnlich und entstehen u.a. aufgrund eines fehlerhaften Forschungsdesigns, Problemen bei der Datenerhebung und -auswertung, teilnehmerbezogenen Faktoren (z.B. Teilnehmer einer Studie verlassen diese vorzeitig) und menschlichen Fehlern.

Tabelle 24.7.: Übersicht über Fehler in kontrollierten Studien

Bias	Definition	Beispiele	Lösungsvorschlag
Selektionsbias	Verzerrung durch nicht zufällige Auswahl oder Zuteilung von Teilnehmern zu den Gruppen.	- Freiwillige Teilnahme führt zu einer verzerrten Stichprobe. - Unterschiede zwischen Gruppen vor der Intervention.	Randomisierung der Teilnehmerzuweisung.
Performancebias	Verzerrung durch unterschiedliche Behandlung oder Betreuung der Gruppen außerhalb der Intervention.	- Therapeuten behandeln die Interventionsgruppe intensiver. - Unterschiede in der Betreuung durch Pflegepersonal.	Standardisierung der Betreuung und Verblindung von Therapeuten und Personal.
Detektionsbias	Verzerrung durch unterschiedliche Messung oder Bewertung der Ergebnisse zwischen den Gruppen.	- Forscher bewerten die Ergebnisse der Interventionsgruppe positiver. - Subjektive Bewertung von Symptomen.	Verblindung der Outcome-Bewerter und Verwendung objektiver Messinstrumente.
Attritionsbias	Verzerrung durch unterschiedliche Dropout-Raten zwischen den Gruppen.	- Teilnehmer in der Kontrollgruppe brechen die Studie häufiger ab. - Schwerkranke Patienten scheiden aus.	Intention-to-Treat-Analyse (ITT) und sorgfältige Nachverfolgung von Dropouts.
Publikationsbias	Verzerrung durch selektive Veröffentlichung von Studien mit positiven Ergebnissen.	- Studien mit negativen Ergebnissen werden nicht veröffentlicht. - Positive Ergebnisse werden bevorzugt publiziert.	Registrierung von Studien im Voraus und Förderung der Veröffentlichung aller Ergebnisse.

Bias	Definition	Beispiele	Lösungsvorschlag
Recall-Bias	Verzerrung durch ungenaue oder selektive Erinnerung der Teilnehmer an vergangene Ereignisse.	- Patienten mit einer Erkrankung erinnern sich stärker an Risikofaktoren. - Eltern erinnern sich selektiv an Verhaltensweisen ihrer Kinder.	Verwendung von objektiven Datenquellen (z. B. Krankenakten) und strukturierten Interviews.
Confounding Bias	Verzerrung durch unbeobachtete Störvariablen, die sowohl die Intervention als auch das Ergebnis beeinflussen.	- Rauchen als Störvariable bei der Untersuchung von Lungenkrebs. - Sozioökonomischer Status beeinflusst Therapieerfolg.	Kontrolle von Störvariablen durch statistische Methoden (z. B. multivariate Analysen).

24.9. Verständnisfragen

1. Wie hat sich das Verständnis von psychischen Erkrankungen und deren Behandlung im Laufe der 2. Geschichte der Psychotherapieforschung verändert?
2. Nennen Sie die drei groben Entwicklungsschritte der Psychotherapieforschung.
3. Wie kann die Wissenschaft dazu beitragen, evidenzbasierte Psychotherapieansätze in der Praxis besser zu implementieren und dabei die Lücke zwischen Forschung und klinischer Anwendung zu schließen?
4. Welche Rolle spielen wissenschaftliche Erkenntnisse in der Psychotherapieforschung bei der Entwicklung neuer Therapieansätze, insbesondere im Kontext von digitalen Therapieformen und künstlicher Intelligenz?
5. Wie wird aus einer theoretischen Annahme oder Beobachtung eine konkrete, überprüfbare Hypothese abgeleitet?
6. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine Hypothese wissenschaftlich tragfähig ist?
7. Welche Faktoren beeinflussen die Wahl der Forschungsmethode (z.B. experimentelles Design, qualitative Forschung, Längsschnittstudie) im Forschungsprozess?
8. Wie wird sichergestellt, dass die gewählte Methode die Hypothesen angemessen überprüfen kann?
9. Was versteht man unter Operationalisierung?
10. Wie werden Störvariablen und Verzerrungen im Forschungsprozess identifiziert und kontrolliert, um die Validität und Reliabilität der Ergebnisse zu gewährleisten?
11. Welche Rolle spielt die statistische Datenauswertung bei der Interpretation von Forschungsergebnissen?
12. Wie gehen Forschende mit widersprüchlichen oder unerwarteten Ergebnissen um?
13. Welche ethischen und praktischen Herausforderungen können im Prozess der Veröffentlichung von Forschungsergebnissen auftreten?
14. Wie wird sichergestellt, dass die Ergebnisse einer Studie transparent, nachvollziehbar und zugänglich für die wissenschaftliche Gemeinschaft sind?
15. Was versteht man unter einer Hypothese?
16. Nennen Sie zwei Datenbanken anhand derer Sie sich über wissenschaftliche Erkenntnisse informieren können?
17. Was versteht man unter einer Efficacy-Studie und Effectiveness-Studie? Beschreiben Sie das Studiendesign und die Bedeutung für die Praxis.
18. Was versteht man unter einer randomisierte kontrollierte Studien (RCT)? Nennen Sie die zentralen Merkmale einer RCT.

19. Erläutern Sie die Verblindung bei einer RCT. Wer wird wann verblindet?
20. Nennen Sie noch weitere Studiendesigns und erläutern Sie diese.
21. Nennen Sie zwei Faktoren, die die Auswahl eines Studiendesigns beeinflussen können.
22. Was versteht man unter einem "Bias" in kontrollierten Studien?
23. Warum spielen "Biases" nur bei kontrollierten Studien eine Rolle?
24. Nennen Sie zwei Biases und erläutern Sie diese.

25. Psychotherapie - Outcome

Ergebnisqualität in der Psychotherapie bezieht sich auf das Ergebnis des therapeutischen Vorgehens, d.h. z. B. auf den Gesundheitszustand oder die Funktionsfähigkeit.

Hier sind einige wichtige Aspekte der Ergebnisqualität:

- **Patientenzufriedenheit:** Die Ergebnisqualität ist oft eng mit der Zufriedenheit der Patienten verbunden. Ein gutes Ergebnis sollte die Erwartungen und Bedürfnisse der Kunden erfüllen oder übertreffen.
- **Zuverlässigkeit:** Die Ergebnisqualität umfasst auch die Zuverlässigkeit der psychotherapeutischen Behandlung. Dies bedeutet, dass das Ergebnis konsistent und stabil (also nachhaltig) ist und keine unerwarteten Probleme auftreten.
- **Messbare Ergebnisse:** Die Qualität der Ergebnisse sollte in quantitativer oder qualitativer Hinsicht messbar sein.
- **Erfüllung von Zielen:** In vielen Fällen sind klare Ziele und Kriterien für die Ergebnisqualität festgelegt (z. B. mittels Zielerreichungsskalierung). Die Ergebnisse sollten diese Ziele erreichen oder übertreffen.
- **Langfristige Auswirkungen:** Die Ergebnisqualität kann auch die langfristigen Auswirkungen der Psychotherapie auf die Gesellschaft und Gesundheitswesen oder andere relevante Aspekte berücksichtigen (z. B. Einsparung von Gesundheitskosten).
- **Feedback und Verbesserung:** Die Qualität der Ergebnisse sollte nicht als statisch betrachtet werden. Es sollte kontinuierlich Feedback gesammelt und Verbesserungen vorgenommen werden, um die Ergebnisqualität zu steigern.

Ergebnisqualität ist besonders im Gesundheitswesen wichtig, da in Deutschland die Solidargemeinschaft die Kosten der Gesundheitsversorgung trägt und das Wirtschaftlichkeitsgebot ein grundlegendes Prinzip in diesem System darstellt. Die Ergebnisqualität in der Psychotherapie ist auch ein wichtiger Faktor, wenn es um die Patientenzufriedenheit und die Reputation der Psychotherapie in der Gesellschaft geht.

25.1. Outcome-Forschung

Löwe et al. (2011) haben sich zum Ziel gesetzt, unter Bezug auf international vorhandene Systeme Dimensionen zu identifizieren, die zur Verlaufsmessung psychosomatischer und psychotherapeutischer Behandlung als wesentlich angesehen werden (siehe Abbildung 25.1).

Abbildung 25.1 macht deutlich wie komplex die Erfassung der Ergebnisse einer Psychotherapie sein kann.

Unterschiedliche Perspektiven und Interessen

Bei der Erfassung des Ergebnisses einer Psychotherapie gilt es auch unterschiedlichen Perspektiven und Interessen zu berücksichtigen. Nicht nur der Patient beurteilt das Ergebnis einer Psychotherapie, sondern auch die Therapeuten, Gesundheitspolitiker, Angehörige und Leistungsträger. Die Interessen aller Beteiligten ("stakeholders") stimmen nicht immer überein.

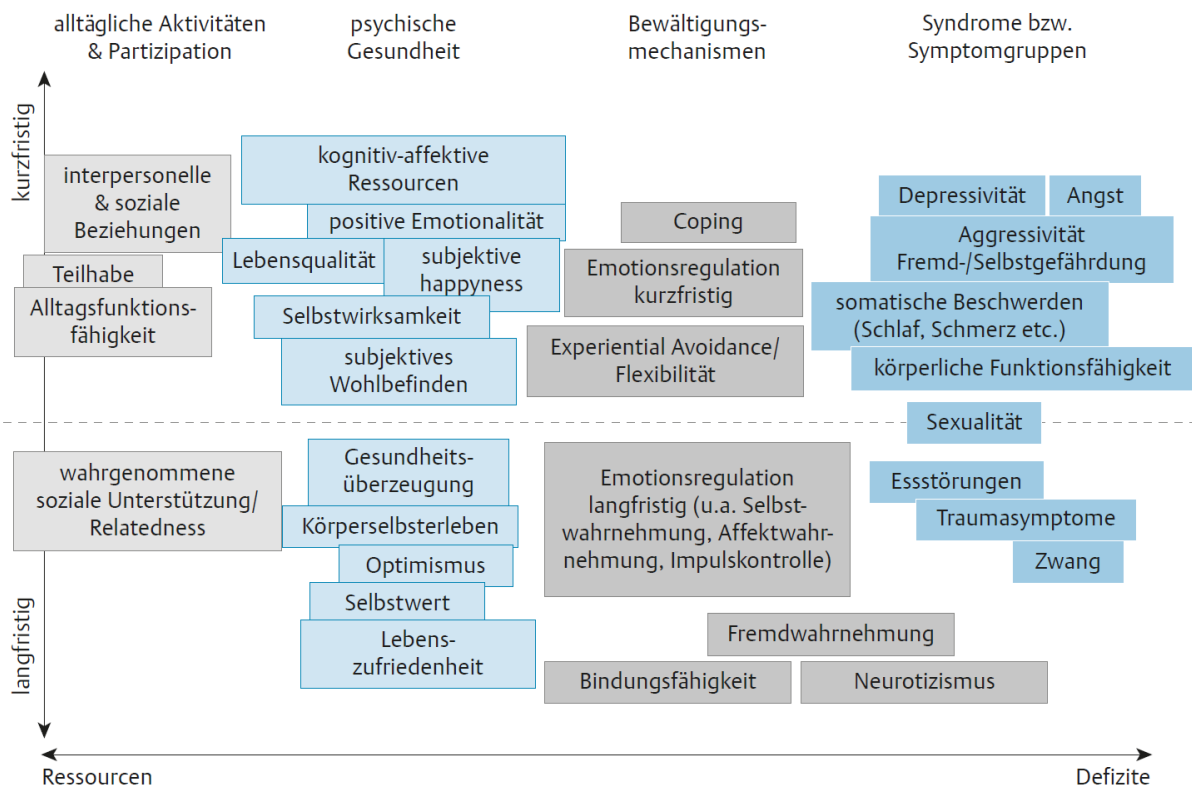


Abbildung 25.1.: Relevante Dimensionen zur Verlaufsmessung bei Psychotherapien

25.2. Ist Psychotherapie wirksam?

Die Wirksamkeit einer Psychotherapie kann von verschiedenen Faktoren abhängen, z. B. von der Art der Therapie, von der spezifischen psychischen Erkrankung, die behandelt werden soll, von den Fähigkeiten und dem Fachwissen des Therapeuten und von den individuellen Merkmalen der Person, die eine Therapie sucht etc. Insgesamt deuten die Forschungsergebnisse darauf hin, dass eine Psychotherapie bei einer Vielzahl von psychischen Problemen wirksam sein kann.

Im Folgenden werden einige wichtige Punkte zur Wirksamkeit von Psychotherapie genannt:

1. Wirksamkeit bei verschiedenen Störungen

- Psychotherapie hat sich bei einer Vielzahl von psychischen Störungen als wirksam erwiesen, unter anderem bei Depressionen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Zwangsstörungen und Essstörungen.

2. Vergleichende Effektivität

- Verschiedene therapeutische Ansätze, wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) oder die psychodynamische Therapie, haben sich bei der Behandlung von Patienten mit bestimmten psychischen Störung als wirksam erwiesen. Teilweise wird argumentiert, dass die verschiedenen Psychotherapieverfahren alle gleich wirksam sind (Äquivalenz-Paradoxon oder Dodo-Bird Verdict).

3. Kurzfristiger und langfristiger Nutzen

- Eine Psychotherapie kann sowohl zu einer kurzfristigen Linderung der Symptome als auch zu langfristigen Verbesserungen der Funktionsfähigkeit und des Wohlbefindens führen. Die Vorteile reichen oft über das Ende der Behandlungszeit hinaus.

4. Individuelle Unterschiede

- Menschen sind unterschiedlich empfänglich für Psychotherapie. Faktoren wie Motivation, Bereitschaft zur Veränderung, die Erwartungshaltung und das Vorhandensein eines unterstützenden sozialen Netzes können die Wirksamkeit der Therapie beeinflussen.

5. Kulturelle Sensibilität

- Kulturell sensible und personenzentrierte Ansätze in der Psychotherapie sind unerlässlich, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund eingehen zu können.

6. Prävention und Aufrechterhaltung

- Psychotherapie wird nicht nur zur Behandlung psychischer Störungen eingesetzt, sondern kann auch wirksam zur Vorbeugung von Rückfällen und zur Erhaltung des psychischen Wohlbefindens beitragen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen.

7. Kombination mit Medikamenten

- Bei bestimmten Erkrankungen kann eine Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten wirksamer sein als eine der beiden Behandlungen allein.

Zum Schluss soll noch darauf hingewiesen werden, dass die Frage "Ist Psychotherapie wirksam?" in dieser allgemeinen Form nicht wirklich beantwortet werden kann. In der Medizin kann die Frage "Ist das Medikament wirksam" auch nicht beantwortet werden. Vielmehr muss die Frage präzisiert werden: **Welche Intervention ist bei welchem Patienten mit welcher psychischen Störung unter welchen Rahmenbedingungen in welcher Form wirksam?**

25.3. Wirksamkeit der Psychotherapie bei Patienten mit einer depressiven Episode

Bitte behalten Sie im Gedächtnis, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie in der allgemeinen Form ("Ist Psychotherapie bei der Behandlung von depressiven Patienten wirksam") nur schwer zu beantworten ist.

Nichtsdestotrotz möchte ich am Beispiel der Behandlung von Patienten mit einer leichten depressiven Episode etwas zur Wirksamkeit schreiben. Um nicht die ganze verfügbare Literatur mit allen randomisierten kontrollierten Studien zu sichten, beschränke ich mich auf die Empfehlung der [Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression](#) und deren Literaturlauswertung.

Beispielhaft findet sich in Abbildung 25.2 ein Auszug aus der [Recherchedokumentation der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression](#).

In der Recherchedokumentation der Leitlinie sind alle Studien aufgeführt, die bei der Entwicklung der Leitlinie ausgewertet wurden. Basierend auf der Auswertung der Studien gibt die Leitlinie Empfehlungen zur Behandlung von Patienten mit einer depressiven Störung.

Der Auszug aus der Recherchedokumentation soll deutlich machen, wie aufwändig und komplex es ist, evidenzbasierte Empfehlungen für die Behandlung zu geben (siehe Abbildung 25.3).

Referenz	Charakteristika , Methodik	Ergebnisse	methodische Qualität	Kommentar
Furukawa, T. A.; Maruo, K.; Noma, H.; Tanaka, S.; Imai, H.; Shinohara, K. et al. (2018): Initial severity of major depression and efficacy of new generation antidepressants. Individual participant data meta-analysis. In: Acta Psychiatr Scand 137 (6), S. 450–458. DOI: 10.1111/acps.12886.	systematischer Review von RCT Suchzeitraum: 20160108 Fragestellung: schweregradspezifische Effektivität von medikamentöser Therapie P: Depression (kategorial); nur japan. Studien (ohne sehr schwere, suizidale Pat.) I: Antidepressiva (neuere Generation: duloxetine, escitalopram, mirtazapine, paroxetine, bupropion) C: Placebo O: depressive Symptomatik Body of Evidence: N=6, n=2464	depressive Symptomatik SMD 0,2 (HRSD-17) bzw. 0,3 (HRSD-6) Moderatorenanalyse: baseline severity and treatment: interaction coefficient = -0.04 (95% KI -0.16; 0.08, P = 0.49; best fitting model) bestätigt durch diverse Sensitivitätsanalysen und verschiedene Modelle und Adjustierungen "The myth of specifically smaller benefit of antidepressants for the milder spectrum of the disorder in comparison with its severer spectrum must now be expelled."	AMSTAR2: critically low 3/7 kritischen Items nicht erfüllt: - keine Liste der ausgeschlossenen Studien - Bias in Diskussion nicht adressiert - publication bias nicht adressiert	nur japanische Studien eingeschlossen Qualität der Evidenz: moderat Ausgangsniveau: hoch (RCT, Individualdatenanalyse) [1] Verzerrungsrisiko: low (Autorenbewertung) 2) Präzision: konsistente Ergebnisse 3) Direktheit/Übertragbarkeit: kategoriale Diagnostik 4) Konsistenz: PICO-Heterogenität 5) publication bias: nicht erhoben
Hunot V. 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. Cochrane Database Syst Rev 2013(10):CD008704. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/24142844 .	systematischer Review von RCT mit Metaanalyse Suchzeitraum: 201303 Fragestellung: kognitive und behaviorale Therapien der „dritten Welle“ vs. andere Psychotherapie P: depression I: kognitive und behaviorale Therapien der „dritten Welle“: ACT, ompassionateminid training, functional analytic psychotherapy, dialectical behaviour therapy, MBCT, extended behavioural activation and metacognitive therapy C: andere Psychotherapie O: diverse Body of Evidence: N=3, n=144	vs. andere Psychotherapien (post-treatment) response (N=3, n=144) RR 1.14, 95% CI 0.79 to 1.64; very low quality remission (N=1, n=88) RR 0.89 (0.6 to 1.3) very low quality HAM-D (N=3, n=113) 1.65 lower (4.17 lower to 0.88 higher), very low quality dropout (N=3, n=144) RR 1.12 (0.47 to 2.67); very low quality	AMSTAR2: moderate quality alle kritischen Domänen erfüllt	Qualität der Evidenz: siehe endpunktspezifische Einschätzung der Autoren (siehe Spalte "Ergebnisse")
IQWiG: N14-02; Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren; 24.07.2017	HTA mit Metanalysen Fragestellung: Nutzenbewertung der systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren Suchzeitraum: 201708 P: Störungsbereiche: depressive Störungen,	vs. andere Psychotherapien depressiven Symptomatik nach 6 bzw. 7 Monaten (OR = 1.97, 95 % KI 1,22; 3,15) vs. Beratung und Psychoedukation Rückfallrate (OR = 0,07, 95 % KI 0,01; 0,84) u	AMSTAR2: high quality alle kritischen Domänen erfüllt	Qualität der Evidenz (Einschätzung der Autoren (siehe Spalte "Ergebnisse")): "Ergebnissicherheit gering" (überwiegend hohes Verzerrungsrisikos,

Abbildung 25.2.: Auszug aus der Rechredokumentation der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression, S. 35

25.4. Verständnisfragen

1. Inwiefern spielen patientenspezifische Merkmale wie Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund oder Schwere der Symptomatik eine Rolle für den Therapieerfolg, und wie kann die Outcome-Forschung diese Variablen berücksichtigen?
2. Wie kann die Langzeitwirkung von Psychotherapien zuverlässig evaluiert werden?
3. Welche Kriterien müssen Messinstrumente in der Psychotherapie-Outcome-Forschung erfüllen, um als valide und reliabel zu gelten, und wie werden diese Eigenschaften in der Praxis überprüft?
4. Wie wird sichergestellt, dass die eingesetzten Messinstrumente (z.B. Fragebögen, klinische Interviews) kulturell fair und für verschiedene Bevölkerungsgruppen geeignet sind?
5. Welche Vor- und Nachteile haben selbstberichtete Messinstrumente (z.B. Symptomfragebögen) im Vergleich zu Fremdbeurteilungen durch Therapeuten in der Outcome-Forschung?
6. Wie können neue Technologien wie digitale Tools, Apps oder Wearables die Erfassung von Therapieoutcomes verbessern, und welche Herausforderungen ergeben sich dabei hinsichtlich Datenschutz und methodischer Zuverlässigkeit?
7. Welche Methoden und Instrumente eignen sich am besten, um das Therapieoutcome nicht nur symptombezogen, sondern auch im Hinblick auf Lebensqualität, soziale Funktionsfähigkeit und persönliches Wohlbefinden zu erfassen?
8. Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Nachverfolgung (Katamnese) von Patienten über einen längeren Zeitraum?
9. Wie begründen die Leitlinien der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) die Empfehlung, bei Patienten mit einer leichten depressiven Episode zunächst auf eine psychotherapeutische oder supportive Intervention zu setzen, anstatt direkt eine medikamentöse Behandlung einzuleiten?
10. Welche spezifischen psychotherapeutischen Ansätze werden in den NVL-Leitlinien für die Behandlung von leichten depressiven Episoden empfohlen?




Empfehlung	Empfehlungsgrad
<p>5-3 modifiziert 2022</p> <p>Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik soll eine Psychotherapie angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn die Symptomatik trotz Nutzung von Interventionen mit geringer Intensität fortbesteht und/oder ▪ wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine Psychotherapie angesprochen haben und/oder ▪ wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder ▪ wenn sie niedrigschwellige Verfahren ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben. 	
<p>5-4 modifiziert 2022</p> <p>Antidepressiva sollten bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden.</p>	
<p>5-5 modifiziert 2022</p> <p>Patient*innen mit einer leichten depressiven Symptomatik sollten Antidepressiva unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses und eingebunden in ein therapeutisches Gesamtkonzept angeboten werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenn die Symptomatik trotz niedrigintensiver Interventionen fortbesteht und/oder ▪ wenn sie in der Vergangenheit gut auf eine medikamentöse Therapie angesprochen haben und/oder ▪ wenn bei ihnen das Risiko für Chronifizierung oder die Entwicklung einer mittelgradigen oder schweren Depression besteht (z. B. frühere depressive Episoden, psychosoziale Risikofaktoren) und/oder ▪ wenn sie niedrigintensive oder psychotherapeutische Interventionen ablehnen oder in der Vergangenheit nicht gut auf sie angesprochen haben. 	

Abbildung 25.3.: Empfehlung der NVL zur Behandlung von Patienten mit einer leichten depressiven Episode

11. Wie berücksichtigen die NVL-Leitlinien patientenindividuelle Faktoren wie beispielsweise Komorbiditäten, persönliche Präferenzen oder soziale Unterstützung bei der Empfehlung von Behandlungsstrategien für leichte depressive Episoden?
12. Nennen Sie drei Faktoren, die die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen können.
13. Nennen Sie drei Faktoren, die die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Kindern mit einer ADHS beeinflussen können.
14. Nennen Sie drei Faktoren, die die Wirksamkeit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit einer depressiven Episode beeinflussen können.

26. Leitlinien

In diesem Kapitel wird eine kurze Übersicht über Leitlinien gegeben. Leitlinien sind nicht nur für die Psychotherapie relevant, sondern auch für die Entscheidungsfindung in anderen klinischen Bereichen und Situationen.

26.1. Einleitung

Leitlinien (guidelines) sind systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung. Durch Leitlinien soll die Transparenz medizinischer Entscheidungen gefördert werden.

Sie werden entwickelt, indem zu speziellen Versorgungsproblemen Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und gewertet wird. Zudem ist eine Berücksichtigung und Diskussion gegensätzlicher Standpunkte und besonderer situativer Erfordernisse wichtiger Bestandteil.

Leitlinien entbinden den Arzt/die Ärztin nicht von der Überprüfung der individuellen Anwendbarkeit im konkreten Fall, sie dienen **lediglich als Entscheidungshilfen und sind rechtlich nicht verbindlich**. Dies unterscheidet sie von Richtlinien.

Ziele von medizinischen Leitlinien sind:

- **Qualitätssicherung:** Sie sollen die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern, indem sie evidenzbasierte Praktiken fördern.
- **Standardisierung:** Leitlinien helfen, eine einheitliche Vorgehensweise in der Diagnostik und Therapie zu etablieren.
- **Entscheidungshilfe:** Sie bieten Ärzten und Patienten eine fundierte Grundlage für medizinische Entscheidungen.
- **Transparenz:** Leitlinien machen die Gründe für bestimmte medizinische Maßnahmen nachvollziehbar.


! Wichtig

Kritik an Leitlinien

Leitlinien können manchmal als zu starr empfunden werden und individuelle Patientensituationen nicht ausreichend berücksichtigen. Die Umsetzung von Leitlinien in die tägliche Praxis kann schwierig sein. Die Einflussnahme durch pharmazeutische Unternehmen oder andere Interessengruppen kann die Objektivität der Leitlinienempfehlungen gefährden.

26.2. Systematik und Qualität von Leitlinien

In Abbildung 26.1 ist die Systematik und Qualität von Leitlinien dargestellt.



S3	evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung
S2e	evidenzbasierte Leitlinie	systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	konsensbasierte Leitlinie	repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppe	Konsensfindung in einem informellen Verfahren

Abbildung 26.1.: Systematik und Qualität von Leitlinien: S-Klassifikation

S3-Leitlinien: Die höchste Entwicklungsstufe, die auf einer systematischen Literaturrecherche und einem formalen Konsensverfahren basiert. **S2k-Leitlinien:** Basieren auf einem informellen Konsensverfahren ohne systematische Literaturrecherche. **S1-Leitlinien:** Stellen Empfehlungen dar, die von einer Expertengruppe ohne formales Konsensverfahren erstellt wurden.

26.3. Leitlinienempfehlungen

Die Empfehlungen werden in den Leitlinien nach ihrer Evidenzstärke und klinischen Bedeutung klassifiziert. Die Graduierung der Empfehlungen in den verschiedenen Leitlinien ähneln sich. Es gibt jedoch Unterschiede in der Struktur und der Terminologie.

Die AWMF verwendet dabei folgende Graduierung:

- A: Starke Empfehlung, basierend auf hochwertiger Evidenz (z. B. mehrere randomisierte kontrollierte Studien).
- B: Empfehlung, basierend auf mittelgradiger Evidenz (z. B. einzelne randomisierte Studien oder hochwertige Beobachtungsstudien).
- C: Schwache Empfehlung, basierend auf geringer Evidenz (z. B. Expertenmeinungen oder Fallserien).
- 0: Offene Empfehlung, wenn keine ausreichende Evidenz vorliegt, aber ein Konsens unter Experten besteht.

26.4. Unterschiedliche Empfehlungen in den Leitlinien

Leitlinien kommen nicht immer zu den gleichen Empfehlungen, selbst wenn sie sich auf denselben medizinischen Bereich (z. B. psychische Störungen) beziehen. Dies liegt an einer Reihe von Faktoren, die die Entwicklung und Formulierung von Leitlinien beeinflussen (siehe Tabelle 26.1).

Tabelle 26.1.: Gründe für unterschiedliche Leitlinienempfehlungen

Grund für Unterschiede	Beschreibung	Beispiel
Unterschiedliche Evidenzbasis	Zugang zu unterschiedlichen Studien oder Bewertung der Studienqualität.	NICE berücksichtigt vor allem britische Studien, während die AWMF deutsche Studien stärker gewichtet.
Unterschiedliche Methodik	Verwendung verschiedener Bewertungssysteme (z. B. AWMF vs. GRADE bei NICE).	NICE verwendet die GRADE-Methodik, die detaillierter ist als das AWMF-System.
Kulturelle und systemische Unterschiede	Einfluss von Gesundheitssystemen und kulturellen Normen.	In Ländern mit begrenzten Ressourcen werden kostengünstigere Therapien empfohlen.
Zielgruppen und Anwendungsbereich	Leitlinien richten sich an unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Hausärzte vs. Fachärzte).	Leitlinien für Hausärzte sind oft praxisnäher und weniger detailliert.
Interessenkonflikte und Einflussnahme	Finanzierung und Expertenmeinungen können die Empfehlungen beeinflussen.	Leitlinien, die von der Pharmaindustrie finanziert werden, betonen oft medikamentöse Therapien.
Unterschiedliche Prioritäten	Abwägung zwischen Patientensicherheit, Wirksamkeit und Kosten.	NICE legt großen Wert auf Kosten-Nutzen-Analysen, während die AWMF dies weniger stark betont.

Wichtig zu wissen ist auch, dass sich eine Leitlinienkommission aus zahlreichen Mitgliedern unterschiedlicher Profession zusammensetzen kann. Die Empfehlungen werden in der Kommission verabschiedet, wobei nicht alle Mitglieder einer Empfehlung zustimmen müssen. Abbildung 26.2 macht das deutlich.

Bei der in Abbildung 26.2 abgebildeten Empfehlung geht es um diagnostische Maßnahmen, die routinemäßig bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS eingesetzt werden sollen. Das Wort "sollen" weist auf eine starke Empfehlung hin. Die Angaben zur Zustimmung zu dieser Empfehlung macht deutlich, dass die überwiegende Mehrheit, aber nicht alle Mitglieder der Leitlinienkommission dieser Empfehlung zugestimmt haben.

COI steht für Conflict of Interest (Interessenkonflikt). Mitglieder, die einen COI angegeben haben, weil sie beispielsweise Autor eines Testverfahrens sind, nehmen an einer Abstimmung nicht teil.

26.5. Herausgeber von Leitlinien

Leitlinien basieren auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und klinischen Erfahrungen und werden in der Regel von Fachgesellschaften, Expertenkommissionen oder anderen autorisierten Institutionen erstellt.

In der [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. \(AWMF\)](#) sind aktuell 184 medizinische Fachgesellschaften zusammengeschlossen. Ein wichtiges Ziel der

1.1.3. Welche diagnostischen Maßnahmen sollen routinemäßig eingesetzt werden?⁴

Die Diagnose soll gestellt werden auf der Grundlage:

- einer umfassenden strukturierten Exploration des Patienten und – v.a. bei Kindern und Jugendlichen – seiner Bezugspersonen (vor allem der Eltern, wenn möglich auch der Lehrer / Erzieher, einschließlich schriftlicher Berichte und Zeugnisse) zu:
 - a) der aktuellen ADHS-Symptomatik (Art, Häufigkeit, Intensität) in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Schule, Freizeitbereich) und der situativen Variabilität in diesen Lebensbereichen (z.B. bei Hausaufgaben, bei Familienaktivitäten),
 - b) den daraus resultierenden Einschränkungen der Funktionsfähigkeit (z.B. in den Beziehungen, der Leistungsfähigkeit, der Teilhabe),
 - c) aktuellen koexistierenden psychischen Symptomen / Störungen oder körperlichen Erkrankungen,
 - d) der aktuellen und früheren Rahmenbedingungen, Ressourcen und Belastungen in der Familie und im Kindergarten / in der Schule oder am Arbeitsplatz, einschließlich der psychischen und körperlichen Gesundheit der Bezugspersonen,
 - e) der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte (z.B. Beginn und Verlauf der Symptomatik) vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklungsanamnese einschließlich relevanter Vorbehandlungen,
 - f) der Ressourcen, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen,
 - g) der Familienanamnese, insbesondere mit Anhaltspunkten auf eine ADHS bei Eltern / Geschwistern / Kindern;

starke Empfehlung

nicht alle Mitglieder der Leitlinienkommission müssen zustimmen.

Hinweise zur Evidenz im Abschnitt: II.2.1.3.

Zustimmung zur Empfehlung: ohne COI 95,5% - alle 96,3%

Abbildung 26.2.: Beispiel einer Leitlinienempfehlung mit Evidenzgrad und Zustimmung

AWMF ist die Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit in der wissenschaftlichen Medizin und der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis. Seit 1995 koordiniert die AWMF über ihr Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) die Entwicklung medizinischer Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die Medizinischen Fachgesellschaften und gibt diese über das AWMF-Leitlinienregister heraus. In Abbildung 26.3 findet sich ein Ausschnitt aus der Leitlinienübersicht der AWMF.

Neben der AWMF gibt es noch viele weitere nationale und internationale Gesellschaften und Institutionen, die Leitlinien herausgeben. In Tabelle 26.2 findet sich eine selektive Auswahl. Je nach Fachgesellschaft werden spezifische Schwerpunkte bei der Entwicklung der Leitlinie gesetzt. Beispielsweise fokussiert die Leitlinie der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) auf die Psychotherapie von Patienten mit psychischen Störungen.

Tabelle 26.2.: Selektive Übersicht über Fachgesellschaften, die Leitlinien herausgeben

Organisation	Beschreibung	Beispiel für Leitlinien
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Britische Organisation, die evidenzbasierte Leitlinien entwickelt.	Depression, Angststörungen, Schizophrenie
American Psychiatric Association (APA)	US-Fachgesellschaft für Psychiatrie, erstellt Diagnose- und Behandlungsleitlinien.	Bipolare Störungen, PTBS
Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Entwickelt Leitlinien mit Fokus auf psychologische Behandlungsansätze.	Psychotherapie bei Depressionen oder Angststörungen

Organisation	Beschreibung	Beispiel für Leitlinien
World Health Organization (WHO)	Erstellt internationale Leitlinien für psychische Störungen.	Behandlung von Depressionen in der primären Gesundheitsversorgung

26.6. Das GRADE-System

Das **GRADE-System** (**Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations**) ist ein international anerkanntes und standardisiertes System zur Bewertung der Qualität von wissenschaftlicher Evidenz und zur Formulierung von Empfehlungen in Leitlinien.

Die GRADE-Arbeitsgruppe hat einen gemeinsamen, sinnvollen und transparenten Ansatz zur Einstufung der Qualität (oder Sicherheit) von Nachweisen und der Stärke von Empfehlungen entwickelt. Viele internationale Organisationen haben zur Entwicklung des GRADE-Ansatzes beigetragen, der heute als Standard bei der Entwicklung von Leitlinien gilt.

Das GRADE wird weltweit von vielen Leitlinienorganisationen, wie z. B. der WHO, NICE und Cochrane, verwendet. Das GRADE-System zeichnet sich durch seine Transparenz und systematische Vorgehensweise aus. In einem sehr **umfangreichen Handbuch** wird das GRADE-System ausführlich erläutert.

! Wichtig

Cochrane

Cochrane ist eine international renommierte, non-profit Organisation, die sich der evidenzbasierten Medizin (EbM) verschrieben hat. Sie wurde 1993 gegründet und ist nach dem britischen Epidemiologen Archie Cochrane benannt, der als Pionier der evidenzbasierten Medizin gilt. Cochrane ist vor allem für die Erstellung von systematischen Übersichtsarbeiten (Cochrane Reviews) bekannt, die als Goldstandard für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen gelten.

26.7. Voraussetzung der Legalisierung therapeutischer Maßnahmen

Die Legalisierung ärztlicher oder psychotherapeutischer Maßnahmen in Deutschland unterliegt strengen gesetzlichen und ethischen Voraussetzungen. Diese sind in verschiedenen Gesetzen und Richtlinien geregelt, um die Sicherheit und das Wohl der Patienten zu gewährleisten.

Tabelle 26.3.: Voraussetzung der Legalisierung therapeutischer Maßnahmen

Voraussetzung	Beschreibung
Wissenschaftliche Anerkennung	Maßnahme muss auf evidenzbasierten Erkenntnissen und Leitlinien beruhen.
Berufsrechtliche Zulassung	Behandler benötigt Approbation und Fachkunde.
Einwilligung des Patienten	Umfassende Aufklärung und schriftliche Zustimmung des Patienten erforderlich.
Heilmittelwerbegesetz (HWG)	Werbung nur für wissenschaftlich anerkannte Methoden, sachlich und wahrheitsgemäß.

Voraussetzung	Beschreibung
Arzneimittelgesetz (AMG)	Medikamente müssen zugelassen sein; Off-Label-Use muss medizinisch begründet sein.
Medizinproduktegesetz (MPG)	Medizinprodukte müssen zugelassen und CE-gekennzeichnet sein.
Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen	Maßnahme muss indiziert, verhältnismäßig und datenschutzkonform sein.
Kostenübernahme und Abrechnung	Maßnahme muss im EBM oder Psychotherapie-Richtlinienverzeichnis aufgeführt sein.
Dokumentation	Sorgfältige Dokumentation von Aufklärung, Einwilligung und Behandlungsverlauf.

Für den Bereich der Psychotherapie sind insb. die wissenschaftliche Anerkennung, die berufsrechtliche Zulassung, die Einwilligung des Patienten, ethische und rechtliche Rahmenbedingungen, die Dokumentation sowie die Kostenübernahme relevant. Ein Therapeut muss nachweisen können, dass es

- eine Indikation für die Maßnahme,
- eine Aufklärung des Patienten,
- eine rechtswirksame Einwilligung,
- eine sachgerechte Ausführung (lege artis),

- eine Dokumentation und
- bei der Durchführung kein Verstoß gegen „guten Sitten“

gab.

26.8. Verständnisfragen

1. Welchen Zweck erfüllen Leitlinien in der Psychotherapie, und wie tragen sie zur Qualitätssicherung bei?
2. Wie werden psychotherapeutische Leitlinien entwickelt, und welche Rolle spielt dabei die Evidenzbasierung?
3. Welche Funktion hat die AWMF bei der Entwicklung von medizinischen und psychotherapeutischen Leitlinien in Deutschland?
4. Wie unterscheidet sich die Graduierung von Empfehlungen in AWMF-Leitlinien von internationalen Systemen wie GRADE?
5. Welche rechtliche Bedeutung haben Leitlinien in der Medizin und Psychotherapie, und wie beeinflussen sie die Haftung von Behandlern?
6. In welchen Fällen können Abweichungen von Leitlinien rechtlich problematisch werden?
7. Wie werden Empfehlungen in Leitlinien graduiert, und was bedeutet eine „starke Empfehlung“ im Vergleich zu einer „schwachen Empfehlung“?
8. Warum können Leitlinien unterschiedlicher Organisationen (z. B. NICE vs. AWMF) zu unterschiedlichen Empfehlungen kommen?
9. Welche Organisationen sind in Deutschland maßgeblich an der Herausgabe von Leitlinien beteiligt, und welche Rolle spielt die DGPPN dabei?
10. Welche rechtlichen und ethischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine therapeutische Maßnahme in Deutschland als legal gilt?

Register- Nummer	Titel der Leitlinie	Klasse	Stand	Gütig bis
028-045	ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	S3	02.05.2017	01.05.2022
028-047	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie	S3	24.03.2021	23.03.2026
038-009	Schizophrenie	S3	15.03.2019	31.03.2023
038-013	Demenzen - Living Guideline	S3	28.11.2023	28.02.2025
038-015	Borderline-Persönlichkeitsstörung	S3	14.11.2022	31.05.2026
038-017	Zwangsstörungen	S3	30.06.2022	29.06.2027
038-020	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	S3	02.10.2018	01.10.2023
038-022	Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen	S3	12.02.2018	11.02.2023
038-023	Notfallpsychiatrie	S2k	13.04.2019	12.04.2024

Abbildung 26.3.: Ausschnitt aus der Leitlinienübersicht der AWMF

11. Welche Rolle spielt die wissenschaftliche Anerkennung bei der Legalisierung neuer Therapieverfahren?
12. Was versteht man unter Cochrane?

References

- Abel, U., Hautzinger, M., & Lüttke, S. (2025). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter*. Springer-Verlag.
- Amamesha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12–20. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- AMDP. (2022). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation des psychischen Befundes in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik*. Hogrefe Verlag.
- Andreasen, N. C. (1990). Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia: A Critical Reappraisal. *Archives of General Psychiatry*, 47(7), 615. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810190015002>
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2022). *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford University Press-Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.001.0001>
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart; Winston.
- Barch, D. M., & Ceaser, A. (2012). Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.015>
- Barkley, R. A. (2021). *Das große ADHS-Handbuch für Eltern: Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität* (M. Wengenroth & A. Pfaller, Übers.; 4., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Barkley, R. A. (2023). *Das große Handbuch für Erwachsene mit ADHS*. Hogrefe AG.
- Baumgärtner, G., & Soyka, M. (2014). Diagnostik alkoholbezogener Störungen. *Psychiatrie & Neurologie*, 1(2014), 12–16.
- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2020). Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie. *PSYCH up2date*, 14(02), 111–127.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Biederman, J., Petty, C. R., Woodworth, K. Y., Lomedico, A., Hyder, L. L., & Faraone, S. V. (2012). Adult Outcome of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(07), 941–950. <https://doi.org/10.4088/jcp.11m07529>
- Bischof, M., Obermann, C., Hartmann, M. N., Hager, O. M., Kirschner, M., Kluge, A., Strauss, G. P., & Kaiser, S. (2016). The brief negative symptom scale: validation of the German translation and convergent validity with self-rated anhedonia and observer-rated apathy. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1118-9>
- Boness, C. L., Watts, A. L., Moeller, K. N., & Sher, K. J. (2021). The etiologic, theory-based, ontogenetic hierarchical framework of alcohol use disorder: A translational systematic review of reviews. *Psychological Bulletin*, 147(10), 1075–1123. <https://doi.org/10.1037/bul0000333>

- Bora, E., Binnur Akdede, B., & Alptekin, K. (2017). Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(14), 2401–2413. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000952>
- Brabban, A., & Turkington, D. (2002). The search for meaning: Detecting congruence between life events, underlying schema and psychotic symptoms. *A casebook of cognitive therapy for psychosis*, 59, 76.
- Branch, R., & Willson, R. (2023). *Kognitive Verhaltenstherapie für Dummies* (H. Strahl, Übers.; 4. Auflage). Wiley-VCH GmbH.
- Brecklinghaus, M. (2013). *Alkohol und Sucht: Arbeitsheft als Grundlage für Gruppenstunden* (2. Aufl). Blaukreuz-Verl.
- Brettner, S., Freiberger, D., & Dehu, R. (2022). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen für Kinder und Jugendliche (8-12 Jahre): mit Online-Materialien: Arbeitsmanual für Therapeutinnen und Therapeuten* (2., überarbeitete Auflage). dgvt-Verlag.
- Bühler, A., Thrul, J., & Gomes de Matos, E. (2021). Evidenzbasierte Alkoholprävention – Was empfiehlt die Wirksamkeitsforschung? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(6), 737–746. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03342-9>
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
- Cantor-Graae, E. (2007). The Contribution of Social Factors to the Development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 277–286. <https://doi.org/10.1177/070674370705200502>
- Chaulagain, A., Lyhmann, I., Halmøy, A., Widding-Havneraas, T., Nytingnes, O., Bjelland, I., & Mykletun, A. (2023). A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *European Psychiatry*, 66(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2451>
- Cherkasova, M. V., Roy, A., Molina, B. S. G., Scott, G., Weiss, G., Barkley, R. A., Biederman, J., Uchida, M., Hinshaw, S. P., Owens, E. B., & Hechtman, L. (2022). Review: Adult Outcome as Seen Through Controlled Prospective Follow-up Studies of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Followed Into Adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(3), 378–391. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.019>
- Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*, 97(2), 155–167. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x>
- Conners, C. K. (1970). Symptom Patterns in Hyperkinetic, Neurotic, and Normal Children. *Child Development*, 41(3), 667. <https://doi.org/10.2307/1127215>
- Crow, T. J. (1985). The Two-syndrome Concept: Origins and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*, 11(3), 471–488. <https://doi.org/10.1093/schbul/11.3.471>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- D'Amelio, R., Retz-Junginger, P., Philipsen, A., & Retz, W. (2023). *ADHS im Erwachsenenalter Ein Praxismanual für Psychotherapie, Beratung und Coaching* (1. Auflage). Kohlhammer.
- Davidson, M. A. (2007). Literature Review: ADHD in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 628–641. <https://doi.org/10.1177/1087054707310878>
- Davis, K. L., Kahn, R. S., Ko, G., & Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1474–1486. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1474>

148.11.1474

- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., et al. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. *Aufl. Bern*.
- Döpfner, M. (2009). *Hyperkinetische Störung und oppositionelles Trotzverhalten* (S. 429–451). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79545-2_27
- Döpfner, M. (2020). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. In M. Döpfner, M. Hautzinger, & M. Linden (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual: Kinder und Jugendliche* (S. 217–220). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58980-9_42
- Döpfner, M., Berner, W., Breuer, D., Flechtner, H., Lehmkuhl, G., & Steinhausen, H.-C. (2022). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-2)*. <https://doi.org/10.1026/03199-000>
- Döpfner, M., Frölich, J., & Metternich-Kaizman, T. W. (2019). *Ratgeber ADHS: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen* (Bd. 1). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Dorrmann, W. (2009). *Suizid: therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten* (Bd. 74). Klett-Cotta.
- Erhart, M., Döpfner, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Psychometric properties of two ADHD questionnaires: comparing the Conners' scale and the FBB-HKS in the general population of German children and adolescents – results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 106–115. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1012-1>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.11.001>
- Fahrer, J., Brill, N., Dobener, L. M., Asbrand, J., & Christiansen, H. (2022). Expressed Emotion in the Family: A Meta-Analytic Review of Expressed Emotion as a Mechanism of the Transgenerational Transmission of Mental Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721796>
- Falkai, P., Schennach, R., Lincoln, T., Schaub, A., & Hasan, A. (2016). *Schizophrene Psychosen* (S. 1–92). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_64-1
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®*. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, Psychoanalytic quarterly. <http://archive.org/details/problemsofpsycho00otto>
- Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7–15. <https://doi.org/10.31887/dcns.2020.22.1/wgaebel>
- Gaebel, W., & Wölwer, W. (2010). Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50. In *Berlin: Rober Koch Institut*.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484–496. <https://doi.org/10.1037/amp0000365>
- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2010). *Therapieprogramm für Kinder mit aggressivem Verhalten: (THAV) ; [mit CD-ROM]*. Hogrefe.
- Gotlib, I. H., & Lewinsohn, P. M. (1992). Cognitive Models of Depression: Critique and Directions for Future Research. *Psychological Inquiry*, 3(3), 241–244. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0303_7
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* (5., unveränd. Aufl). Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Harrington, R. C. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Hautzinger. (2022). *Ratgeber Depression: Informationen für Betroffene und Angehörige* (3. Aufl.).

- Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1026/03168-000>
- Hautzinger, M. (2021). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: mit online-Materialien*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Heine, S., & Exner, C. (2021). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 32(3), 141–157. <https://doi.org/10.1024/1016-264x/a000329>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2020). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116(8), 1973–1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hine, J. F., Ardoin, S. P., & Call, N. A. (2017). Token Economies: Using Basic Experimental Research to Guide Practical Applications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(3), 145–154. <https://doi.org/10.1007/s10879-017-9376-5>
- Hoff, P. (2008). Geschichte der Psychiatrie. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 3–27). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-33129-2_1
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>
- Iacono, W. G. (2018). Endophenotypes in psychiatric disease: prospects and challenges. *Genome Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13073-018-0526-5>
- Illy, D. (2015). *Ratgeber Depression*. Elsevier.
- Illy, D. (2021). *Ratgeber Bipolare Störungen: Hilfe für den Alltag*. Elsevier Health Sciences.
- Jamison, K. R. (2014). *Meine ruhelose Seele: die Geschichte einer bipolaren Störung*. mvg Verlag.
- Jaspers, K. (2013). *Allgemeine Psychopathologie*. (9. Auflage 1973). Springer-Verlag.
- Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: a collaborative approach* (Third edition). The Guilford Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11869-000>
- Kapadia, M., Desai, M., & Parikh, R. (2020). Fractures in the framework: limitations of classification systems in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 17–26. <https://doi.org/10.31887/dcns.2020.22.1/rparikh>
- Kasper, S., & Volz, H.-P. (Hrsg.). (2009). *5 Affektive Störungen (ICD-10: F30–F39)*. Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-5936>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., AUD, L., & Hoffmann, S. (2021). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *SUCHT*, 67(2), 77–103. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000704>
- Koesters, M., Becker, T., Kilian, R., Fegert, J., & Weinmann, S. (2008). Limits of meta-analysis: methylphenidate in the treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 23(7), 733–744. <https://doi.org/10.1177/0269881108092338>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8)
- Körkel, J. (2005). Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*, 32(07), 324–326. <https://doi.org/10.1055/s-2005-867047>
- Körkel, J., & Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4(3), 115–124. <https://doi.org/10.1055/s-2003-42230>
- Küfner, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4(3), 3–16.

- Kumari, S., Mph, M., Malik, M., Florival, M. C., Manalai, M. P., Md, & Md, S. S. (2017). An Assessment of Five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used Symptoms Rating Scales in Schizophrenia and Comparison to Newer Scales (CAINS, BNSS). *Journal of Addiction Research & Therapy*, 08(03). <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000324>
- Lange, K. W., Hauser, J., Lange, K. M., Makulka-Gertruda, E., Takano, T., Takeuchi, Y., Tucha, L., & Tucha, O. (2014). Utility of Cognitive Neuropsychological Assessment in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(4), 241–248. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0132-3>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261–268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Lincoln, T. (2019). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Linden, M. (2003). *Psychopathologie, Beschreibung und Diagnostik psychischer Erkrankungen* (S. 1–17). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-6068-8_1
- Lindenmeyer, J. (2021). Alkoholabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 66(4), 353–368. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00518-1>
- Löwe, B., Rose, M., Wahl, I., Andreas, S., Dinkel, A., Forkmann, T., Franke, G., Huber, D., Rabung, S., & Sattel, H. (2011). Psychometrie und Psychodiagnostik in Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischer Psychologie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(07), 334–336. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276853>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Hrsg.). (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1902–1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Melle, T. (2016). *Die Welt im Rücken*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Meyer, T. D., & Hautzinger, M. (2013). *Ratgeber manisch-depressive Erkrankung: Informationen für Menschen mit einer bipolaren Störung und deren Angehörige*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., Gallinat, J., Giedd, J., Grayson, D. R., Heinrichs, M., Kahn, R., Krebs, M.-O., Leboyer, M., Lewis, D., Marin, O., Marin, P., Meyer-Lindenberg, A., McGorry, P., McGuire, P., ... Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, 15(7), 485–515. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28>
- Miller, L., & Campo, J. V. (2021). Depression in Adolescents. *New England Journal of Medicine*, 385(5), 445–449. <https://doi.org/10.1056/nejmra2033475>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: helping people change and grow* (Fourth edition). The Guilford Press.
- Miller, W. R., Rollnick, S., Brueck, R., & Miller, W. R. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3., unveränd. Aufl). Lambertus.
- Mitmansgruber, H. (2020). Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung: Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11. *Psychotherapie Forum*, 24(3-4), 89–99. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00151-4>
- Möller, H.-J. (2015). *Standardisierte Befunddiagnostik in der Psychiatrie* (S. 1–25). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_24-1
- Nyberg, E., Hofecker Fallahpour, M., & Stieglitz, R.-D. (2013). *Ratgeber ADHS bei Erwachsenen: Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe.
- O’Driscoll, C., Sener, S. B., Angmark, A., & Shaikh, M. (2019). Caregiving processes and expressed

- emotion in psychosis, a cross-cultural, meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 208, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.03.020>
- Oud, M., Winter, L. de, Vermeulen-Smit, E., Boddien, D., Nauta, M., Stone, L., Heuvel, M. van den, Taher, R. A., Graaf, I. de, Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Pearce, J. M. S. (2004). Positive and negative cerebral symptoms: the roles of Russell Reynolds and Hughlings Jackson. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(8), 1148–1148. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.038422>
- Polster, E., & Polster, M. (1974). *Gestalt therapy integrated: Contours of theory & practice* (Bd. 6). Vintage.
- Portwich, Ph., & Barocka, A. (1999). Das Konzept der Negativ-und Positivsymptomatik in historischer Perspektive. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 67(10), 448–455. <https://doi.org/10.1055/s-2007-994995>
- Pothmann, M. (2024). *Therapie-Tools Soziale Kompetenz für Kinder Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial* (Originalausgabe). Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Preti, A., Cella, M., & Raballo, A. (2012). Letter to the Editor: All that shines is not psychosis: a cautionary note on the assessment of psychotic symptoms in childhood and adolescence. *Psychological Medicine*, 42(8), 1787–1788. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001249>
- Preuss, U. W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Mann, K. F., & Hoch, E. (2015). Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(1), 26–34. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4378-6>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.9.1102>
- Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (Hrsg.). (2017). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10: mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5®* (7., aktualisierte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85759-000>
- Retz-Junginger, P., Retz, W., Blocher, D., Weijers, H.-G., Trott, G.-E., Wender, P. H., & Rössler, M. (2002). Wender Utah Rating Scale (WURS-k) Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen: Die deutsche Kurzform zur retrospektiven Erfassung des hyperkinetischen Syndroms bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 73(9), 830–838. <https://doi.org/10.1007/s00115-001-1215-x>
- Rinck, M., & Becker, E. S. (2011). *Lernpsychologische Grundlagen* (S. 107–127). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_5
- Ringel, E. (1951). Praktische Selbstmordprophylaxe. *Wiener Beiträge zur Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, 1, 149–161.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung; eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern* (Bd. 1900). Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Robinson, E. (2018). Psychopharmacology: From serendipitous discoveries to rationale design, but what next? *Brain and Neuroscience Advances*, 2, 239821281881262. <https://doi.org/10.1177/2398212818812629>
- Roder, V., Brenner, H. D., & Kienzle, N. (2008). *Integriertes psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten IPT*. Beltz.

- Roder, V., & Müller, D. R. (Hrsg.). (2013). *INT - Integrierte neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-21440-0>
- Rössler, W. (2001). Schizophrenia: Psychosocial Factors. In F. Henn, N. Sartorius, H. Helmchen, & H. Lauter (Hrsg.), *Contemporary Psychiatry* (S. 1491–1498). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-59519-6_93
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach*. Guilford Press.
- Saß, H., & Cording, C. (2022). Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *Der Nervenarzt*, 93(11), 1150–1155. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01386-z>
- Saß, H., & Hoff, P. (2016). *Deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung in der Psychiatrie* (S. 1–18). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_23-1
- Schäfer, M., Reif, A., & Juckel, G. (2016). *Therapie-Tools Bipolare Störungen: Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*. Beltz.
- Schäfer, M., Stehlin, N., & Scharfenberger, C. (2022). *Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5771/9783966052146>
- Schmidt, L. G. (o. J.). *Biologische Marker des Alkoholismus und alkoholassoziierter Organschäden* (S. 121–129). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/3-540-26446-9_11
- Schultze-Lutter, F., Meisenzahl, E., & Michel, C. (2021). Psychotische Störungen in der ICD-11: Die Revisionen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 453–462. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000777>
- Schwarz, T., & Goecke, M. (2021). Die bundesweiten Maßnahmen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(6), 671–678. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03333-w>
- Seitz, H. K., Lesch, O.-M., Spanagel, R., Beutel, M., & Redecker, T. G. (2020). *Alkoholabhängigkeit* (9. Auflage, Juni 2020). Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407–412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Sobanski, E., Alm, B., & Thome, J. (2015). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter* (S. 1–38). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_85-1
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*, 90(9), 1149–1153. <https://doi.org/10.1080/09652149541392>
- Söhner, F., Fangerau, H., & Becker, T. (2017). Der Weg zur Psychiatrie-Enquete. *Der Nervenarzt*, 89(5), 570–578. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0390-3>
- Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Umweltfaktoren* (M. Soyka & H. Küfner, Hrsg.; S. 88–114). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-0034-34979>
- Soyka, M., & Rösner, S. (2020). Pharmakotherapie der Alkoholentwöhnung: Update und neue Entwicklungen. *Der Nervenarzt*, 92(1), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00954-5>
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 191–204. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.012>
- Spoelma, M. J., Sicouri, G. L., Francis, D. A., Songco, A. D., Daniel, E. K., & Hudson, J. L. (2023). Estimated Prevalence of Depressive Disorders in Children From 2004 to 2019. *JAMA Pediatrics*, 177(10), 1017. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3221>
- Sproeber, N., Brettschneider, A., Fischer, L., Fegert, J. M., & Grieb, J. (2013). *SAVE - Strategien für Jugendliche mit ADHS*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38362-5>
- Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., Vries, Y. A. de, Roest, A. M., Jonge, P. de, Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>

- Stevens, J. R., Prince, J. B., Prager, L. M., & Stern, T. A. (2014). Psychotic Disorders in Children and Adolescents: A Primer on Contemporary Evaluation and Management. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. <https://doi.org/10.4088/pcc.13f01514>
- Stieglitz, R.-D., Haug, A., Fähndrich, E., Rösler, M., & Trabert, W. (2017). Comprehensive Psychopathological Assessment Based on the Association for Methodology and Documentation in Psychiatry (AMDP) System: Development, Methodological Foundation, Application in Clinical Routine, and Research. *Frontiers in Psychiatry*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00045>
- Stieglitz, R.-D., & Jäger, M. (2019). Status und Zukunft psychiatrischer Klassifikationssysteme. *Verhaltenstherapie*, *30*(4), 311–322. <https://doi.org/10.1159/000497783>
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, *21*(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Strotzka, H. (Hrsg.). (1978). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Urban und Schwarzenberg.
- Sveticic, J., & Leo, D. D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness*, *4*(2), 73–78. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>
- Teismann, T., & Dorrman, W. (2013). Suizidalität. *Psychotherapeut*, *58*(3), 297–311. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-0984-6>
- Teismann, T., & Dorrman, W. (2021). Suizidalität, 2., aktualisierte Aufl. *Fortschritte der Psychotherapie*, *Bd*, *54*.
- Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., & Cwik, J. C. (2021). Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV). *Diagnostica*, *67*(3), 115–125. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000269>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2012). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., ... Murray, C. J. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61729-2)
- Wachtel, S., & Teismann, T. (2013). Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *42*(2), 96–106. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000193>
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, *20*(5), 633–666. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00008-2)
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M.-C. T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2016). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *46*(1), 11–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2017). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, *48*(8), 1308–1315. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002781>
- Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *62*(2), 173–185. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2866-0>
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *931*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05770.x>

- WHO. (2020). ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information. *World Health Organization (WHO)*. Geneva, Switzerland: *World Health Organization (WHO)*.
- Wolkenstein, L., & Hautzinger, M. (2014). *Ratgeber Chronische Depression: Informationen für Betroffene und Angehörige*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Wüstner, A., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLOS ONE*, *14*(3), e0214412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214412>
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.86.2.103>