Kursübersicht HPP an der Hufeland-Schule Senden



- Berufsordnung HP (Psychotherapie) und Zulassungsvoraussetzungen
- Psychologisch-psychiatrische Anamnese und Diagnostik
- Allgemeine Psychopathologie (Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen usw.)
- Krankheiten des ICD 10 Schlüssels F.0 – F.99 (Schizophrenie, affektive Störungen, neurotische Störungen usw.)
- Differenzialdiagnostik und psychologische Testverfahren
- Rechtsfragen und Notfallmanagement (Suizidalität und Krisenintervention)
- Behandlungskonzepte im Überblick (Psychoanalyse nach Freud; Methoden der Verhaltenstherapie; Gesprächspsychotherapie nach Rogers)
- Arzneimittel

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

ICD-10 Kapitel F0 – F99



- **F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen** *(Demenzen, amnestisches Syndrom, Delir)*
- **F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen** *(Alkohol, Opioide, Cannabioide, Medikamente, Kokain, Halluzinogene, Nikotin, flüchtige Lösungsmittel)*
- **F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
- **F3: Affektive Störungen** *(depressive Episode, rezidivierende / anhaltende depressive Störung, manische Episode, bipolare affektive Störung)*
- **F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** *(Angststörungen, Zwangsstörungen, akute Belastungsreaktionen, PTB, Anpassungsstörung, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen (z.B. psychosomatische Störungen (F45 und F54), hypochondrische Störungen))*
- **F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren** *(Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen, nichtorganische sexuelle Störungen, Missbrauch von Analgentika, Antazida, Laxantien usw.)*
- **F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** *(paranoid, schizoid, dissozial, emotional instabil (Borderline-Typ), histrionisch, anankastisch (zwanghaft), ängstlich-vermeidend, dependent, narzisstisch)*
- **F7: Intelligenzminderung**
- **F8: Entwicklungsstörungen** *(Sprachstörung, LRS, Autismus)*
- **F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** *(hyperkinetisch, sozial, emotional, Tic, Stottern, Enuresis)*

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Systematik des DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)



Das DSM-IV-TR zeichnet sich durch eine multiaxiale Diagnostik auf 5 Achsen aus, so dass diagnostische Einschätzungen auf mehreren Ebenen vorgenommen werden können. Die Achsen umfassen folgende Aspekte:

- Auf *Achse I* werden alle **klinischen Störungen und andere klinisch relevante Probleme** außer den Persönlichkeitsstörungen und geistigen Behinderungen zusammengefasst. Diese umfassen: Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden; Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen; psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors; Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen; Schizophrenie und andere psychotische Störungen; affektive Störungen; Angststörungen; somatoforme Störungen; vorgetäuschte Störungen; Dissoziative Störungen; sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen; Essstörungen; Schlafstörungen; Störungen der Impulskontrolle; Anpassungsstörungen sowie andere klinisch relevante Probleme.
- Auf *Achse II* werden **Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen** erfasst. Durch eine Erfassung dieser Aspekte auf einer separaten Achse soll vermieden werden, dass diese Aspekte - z.B. bei Vorliegen einer auffälligen Achse-I-Störung - übersehen werden. Konkret können auf Achse II folgende Persönlichkeitsstörungen kodiert werden: Paranoide, schizoide, schizotype, antisoziale, Borderline-, histrionische, narzisstisch, vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte und nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung.
- Auf *Achse 3* werden zusätzliche **medizinische Krankheitsfaktoren** erfasst, die für den Umgang mit und das Verständnis von der psychischen Störung des Betroffenen relevant sind. Dabei können die medizinischen Krankheitsfaktoren direkte Ursache für die Ausbildung oder Verschlechterung einer psychischen Störung sein oder aber auch in eher unklarer Beziehung zu ihr stehen. Erfasst werden hier z.B. endokrine Erkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen des Bewegungsapparates, angeborene körperliche Störungen, infektiöse Erkrankungen oder Immunstörungen.
- *Achse IV* erfasst alle **psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme**, die Diagnose, Therapie oder Prognose einer Achse-I- oder Achse-II-Störung beeinflussen können, z.B. Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, Probleme im sozialen Umfeld, Ausbildungsprobleme, berufliche Probleme, die Wohnsituation betreffende Probleme, wirtschaftliche Probleme, Probleme in Bezug auf die Krankenversorgung, rechtliche Probleme/Delinquenz sowie andere psychosoziale Probleme.
- Zuletzt wird schließlich auf *Achse V* das psychische, soziale und berufliche **Funktionsniveau** mithilfe der *Global Assessment of Functioning-Scale (GAF)* erfasst, so dass eine optimale Therapieplanung, Wirksamkeitsmessung und Prognosestellung ermöglicht wird. Die GAF-Skala reicht von 0 - 100 und unterscheidet insgesamt 10 verschiedene Funktionsniveaus, die sich jeweils auf den aktuellen Status beziehen und von «hervorragender Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten» bis zur «ständigen Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen, Selbstmordabsichten oder der anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten» reicht.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Begriffliche Klärungen



Psychiatrie befasst sich mit der *Diagnostik, Therapie und Prävention der seelischen Krankheiten* des Menschen einschließlich deren Erforschung und Lehre. Weil bei seelischen Krankheiten auch körperliche Störungen auftreten und weil psychische und soziale sowie somatische Bedingungen an der Entstehung beteiligt sind, muss Psychiatrie (klinisch und wissenschaftlich) sowohl psychologische als auch biologische Vorgehensweisen pflegen (Tölle).

Neurologie ist die *Lehre und Behandlung von organischen Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems*, uns zwar von Krankheiten, bei denen psychische Aspekte nicht im Vordergrund stehen (Diester).

Psychosomatik ist die *Lehre und Behandlung von körperlich in Erscheinung tretenden Krankheiten, die seelisch bedingt oder mitbedingt sind* (Möller).

Psychologie ist die Wissenschaft, die sich mit den Erscheinungen und Zuständen des bewussten und unbewussten Seelenlebens befasst und das *Erleben und Verhalten des Menschen in Bezug auf sich selbst sowie auf alle seine Lebensbereiche erforscht* (Laux).

Psychotherapie ist das methodische Handhaben *psychologischer Verfahren auf emotionaler, kognitiver und verhaltensbezogener Ebene zur Therapie von psychischen oder psychosomatischen Störungen mit Krankheitswert*.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Zulassungsvoraussetzungen für den HPP



Anträge auf Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde umfassen:

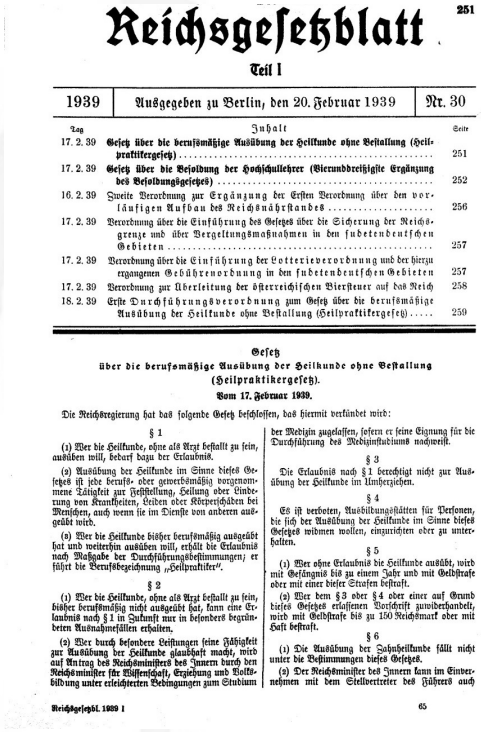
- Tabellarischen Lebenslauf
- Geburtsurkunde (und ggf. die Heiratsurkunde) (Alter mind. 25 Jahre)
- Nachweis der Staatsangehörigkeit (Personalausweis, Reisepass)
- Nachweis der Schulausbildung (mindestens Hauptschulabschluss)
- Ggf. Nachweis über Tätigkeiten und Ausbildungen im Bereich der Psychotherapie bzw. Beratung
- Amtliches Führungszeugnis (in der Heimatstadt beantragen; das Bundeszentralregister sendet das Dokument direkt an das Gesundheitsamt)
- Persönliche Erklärung, dass kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist
- Ärztliches Eignungszeugnis
- Ggf. Versicherung des Antragstellers, sich in der betreffenden Gemeinde oder Stadt niederzulassen.

Amtsärztliche Prüfung:

- 28 Multiple-Choice-Fragen (75% in 55 Minuten richtig beantworten).
- Mündliche Einzelprüfung von 30-45 Minuten Dauer zur Psychopathologie, Diagnostik und den Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen sowie zu den Grenzen der heilkundlichen Tätigkeit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Heilpraktikergesetz (HPG) vom 17.02.1939



Reichsgesetzblatt 251

Teil I

1939 | Ausgegeben zu Berlin, den 20. Februar 1939 | Nr. 30

Tag — Inhalt — Seite

17. 2. 39 Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) ... 251

17. 2. 39 Gesetz über die Besoldung der Hochschullehrer (Sieben und dreißigste Ergänzung des Besoldungsgesetzes) ... 252

16. 2. 39 Zweite Verordnung zur Ergänzung der Ersten Verordnung über den vorläufigen Aufbau des Reichsnährstandes ... 256

17. 2. 39 Verordnung über die Einführung des Gesetzes über die Sicherung der Reichsgrenze und über Vergeltungsmaßnahmen in den sudetendeutschen Gebieten ... 257

17. 2. 39 Verordnung über die Einführung der Lotterieverordnung und der hierzu ergangenen Gebührenordnung in den sudetendeutschen Gebieten 257

17. 2. 39 Verordnung zur Überleitung der österreichischen Biersteuer auf das Reich 258

18. 2. 39 Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) ... 259

Gesetz
über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung
(Heilpraktikergesetz).
Vom 17. Februar 1939.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

(2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.

(3) Wer die Heilkunde bisher berufsmäßig ausgeübt hat und weiterhin ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker".

§ 2

(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach § 1 in Zukunft nur in besonders begründeten Ausnahmefällen erhalten.

(2) Wer durch besondere Leistungen seine Fähigkeit zur Ausübung der Heilkunde glaubhaft macht, wird auf Antrag des Reichsministers des Innern durch den Reichsminister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung unter erleichterten Bedingungen zum Studium der Medizin zugelassen, sofern er seine Eignung für die Durchführung des Medizinstudiums nachweist.

§ 3

Die Erlaubnis nach § 1 berechtigt nicht zur Ausübung der Heilkunde im Umherziehen.

§ 4

Es ist verboten, Ausbildungsstätten für Personen, die sich der Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes widmen wollen, einzurichten oder zu unterhalten.

§ 5

(1) Wer ohne Erlaubnis die Heilkunde ausübt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

(2) Wer dem § 3 oder § 4 oder einer auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Vorschrift zuwiderhandelt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Reichsmark oder mit Haft bestraft.

§ 6

(1) Die Ausübung der Zahnheilkunde fällt nicht unter die Bestimmungen dieses Gesetzes.

(2) Der Reichsminister des Innern kann im Einvernehmen mit dem Stellvertreter des Führers auch

Reichsgesetzbl. 1939 I 65

§1(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.

§1(2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufsmäßig [wiederholte] oder gewerbsmäßig [entgeltlich] vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.

§1(3) Wer die Heilkunde … ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker".

§2(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach §1 in Zukunft … erhalten.

§2(2) Die Erlaubnis wird nicht erteilt, wenn der Antragsteller die Zulassungs-Voraussetzungen nach §2 DVO nicht erfüllt.

§3 Die Erlaubnis nach §1 berechtigt nicht zum Ausüben der Heilkunde im Umherziehen.

§5 Wer, ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt zu sein und ohne eine Erlaubnis nach §1 zu besitzen, die Heilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§5a(1) Ordnungswidrig handelt, wer als Inhaber einer Erlaubnis nach §1 die Heilkunde im Umherziehen ausübt.

§5a(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2.500 EUR geahndet werden.

§6 Die Ausübung der Zahnheilkunde fällt nicht unter die Bestimmungen dieses Gesetzes.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Durchführungsverordnung (DVO) vom 18.02.1939 und Gesundheitsdienstgesetze (GDG)



§2 Die Erlaubnis wird nicht erteilt,

a) wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat

c) wenn er nicht mindestens abgeschlossene Volksschulbildung nachweisen kann

f) wenn sich aus Tatsachen ergibt, dass ihm die sittliche Zuverlässigkeit fehlt, insbesondere, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen

g) wenn ihm in Folge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Berufsausübung erforderliche Eignung fehlt

i) wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde (Punkt i = Ergänzung vom 03.07.1941).

GDG

Für einen HP bestehen gegenüber dem Gesundheitsamt folgende Verpflichtungen:

Er muss dem Gesundheitsamt gegenüber unverzüglich den Beginn und die Beendigung der Tätigkeit sowie Anschrift und Änderung der Niederlassung (Umzug) anzeigen.

In einigen Bundesländern muss er dem Gesundheitsamt melden, wenn er Angehörige der Gesundheitsfachberufe anstellt.

Er muss die Hygienevorschriften beachten, für deren Überwachung die Gesundheitsämter zuständig sind.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Berufsordnung: Gebote für den HP/HPP (Heilmittelwerbegesetz 2015*)



- Keine Eigenwerbung und kein Sammeln von Adressen anlässlich von öffentlichen Äußerungen (also auch Vorträgen).*
- Keine unentgeltliche Behandlung.
- Keine briefliche oder telefonische Fernbehandlung.*
- Schaltung von Anzeigen nur zu bestimmten Anlässen (Eröffnung, Urlaub, Umzug) und in beschränkter Anzahl.
- Einhaltung der Vorschriften über die Größe des Praxisschildes, Eintragungen in Verzeichnisse, Beschriftung von Vordrucken und Verzicht auf die Führung irreführender Titel.
- Unzulässig ist die Wiedergabe von Krankengeschichten nur noch, wenn sie missbräuchlich, abstoßend oder irreführend ist oder zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann. Bislang waren Veröffentlichungen von Krankengeschichten nicht erlaubt.*
- Eine Personendarstellung auf einem Bild in Berufsbekleidung (z.B. weißer Kittel) ist nun erlaubt.*
- Das Verbot von Werbung mit Äußerungen Dritter in Form von Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben ist gelockert worden. Unzulässig sind solche Schreiben nur noch, wenn sie missbräuchlich, abstoßend oder irreführend ist.*

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Berufsordnung: Verbote für den HP und HPP



- Rezepte ausstellen (Arzneimittelgesetz) – erlaubt sind Erinnerungszettel oder Dosierempfehlungen
- Mischen, Ausgeben oder Verkaufen von Arznei- oder Betäubungsmitteln
- Impfungen
- Geburtshilfe (Hebammengesetz)
- Behandlung von Geschlechtskrankheiten
- Behandlung von Infektionskrankheiten nach dem InfSG
- Zahnbehandlungen (HPG)
- Zusammenarbeit mit Ärzten in denselben Praxisräumen (BO Ärzte), Behandlung bzw. Leistung nach RVO (Reha)
- Kassenärztliche Abrechnung
- Ausstellen von ärztlichen Todesbescheinigungen
- Ausüben der Heilkunde im Umherziehen, d.h. ohne Niederlassung (HPG)
- Heilversprechen und Fernbehandlungen (Heilmittelwerbegesetz)
- Behandlung bei Verdacht auf strafbare Handlungen (StGB)
- Werbeverbot, Titelverbot und Behandlungen, die Können und Wissen überschreiten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Pflichten des HP und HPP

Der Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag (BGB), der HP schuldet eine Dienstleistung (kein definiertes Ergebnis / Werk), die Vergütung ist frei verhandelbar.

Die **Haftpflicht** des HP ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag:

- bei schuldhaftem Nichterbringen der Dienstleistung,
- bei unsachgemäßer oder falscher Behandlung, bei mangelhafter Aufklärung oder wenn auf andere Weise Leben, Körper oder Gesundheit des Patienten verletzt werden,
- bei unterlassener Hilfeleistung oder der Verletzung der Sorgfaltspflicht,
- bei rechtswidrigem Verhalten,
- bei Verletzung der Fortbildungspflicht.

Jeder Heileingriff zur Diagnose oder Behandlung ist haftungsrechtlich eine Körperverletzung. Nur die Einwilligung des Patienten beseitigt die Rechtswidrigkeit des Eingriffs. Die Erfüllung der Aufklärungspflicht ist sorgfältig zu dokumentieren.

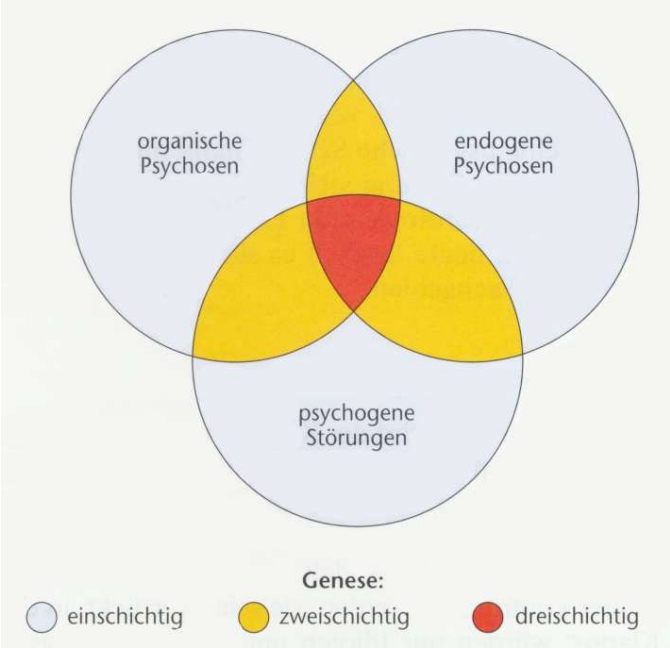
Die **Sorgfaltspflicht** des HP umfasst, alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Informationsquellen zu nutzen, die Aufklärung über Art des Leidens und Behandlung, die Beachtung der eigenen Grenzen, die Unterlassung von Heilversprechen.
Nur der Patient kann den HP von seiner **Schweigepflicht** entbinden, außer bei: Erfüllung einer Rechtspflicht (meldepflichtige Krankheiten, Verhütung von Straftaten), Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes, im Zuge der Wahrnehmung eigener Interessen vor Gericht.

Eine zivilrechtlich verbindliche **Verschwiegenheitspflicht** des HP entsteht durch den mündlichen oder schriftlichen Behandlungsvertrag. Aus der Verschwiegenheitspflicht folgt ein **Zeugnisverweigerungsrecht** im **Zivilprozess** nach § 383 Abs. 1 Nr. 6 **ZPO**. Zudem legen HP-Verbände in ihren jeweiligen Berufsordnungen für Heilpraktiker eine Schweigepflicht fest; diese ist jedoch nur für Verbandsmitglieder zivilrechtlich verbindlich. HP unterliegen dagegen **nicht der strafrechtlichen Verschwiegenheitspflicht** nach § 203 **StGB** und sie haben **in Strafverfahren kein Zeugnisverweigerungsrecht** nach § 53 **StPO**, wie es u.a. für Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und geistliche Seelsorger gilt. Aufgrund des Analogieverbots im deutschen Strafrecht kann die Auflistung in § 203 StGB nicht auf den HP / HPP erweitert werden.

Dokumentation (Berufsordnung für HP): Anzulegen ist eine Kartei mit den Patientendaten, eine Krankengeschichte mit Notizen über Beschwerdebild, Diagnose, Verordnungen und Therapieschritte. 10 Jahre Aufbewahrung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Arbeitsgebiet des HPP



Grundsätzlich darf der HPP nicht alle psychischen Erkrankungen behandeln. Er ist verpflichtet, in einem Anamnesegespräch das Beschwerdebild des Patienten zu erfassen und anhand einer Verdachtsdiagnose zu entscheiden, welche Patienten er selbst behandeln kann und darf sowie welche Patienten er an einen Facharzt verweisen muss oder an einen anderen Behandler verweisen sollte.

Grundregel: Psychogene Störungen dürfen von einem HPP behandelt werden. Exogene oder endogene Psychosen müssen dagegen an Fachärzte oder Psychiater verwiesen werden. Nach Absprache mit dem Facharzt ist jedoch eine begleitende Behandlung durch den HPP denkbar.

Der HPP kann Therapieverfahren anbieten, die nicht von der Krankenkasse finanziert werden (Selbstzahlerleistung).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Erstgespräch



- Zielgerichtete Exploration

Befragung

Vertrauensaufbau

- Zuhören
- Annehmen
- Verstehen

- Problemerfassung
- Aufklärung
- Lösungsfindung
- Ressourcenaufbau

Beratung

Eigenanamnese (Patientengespräch)
Fremdanamnese (Gespräch mit Angehörigen)
Erhebung des psychopathologischen Befundes
Körperliche Untersuchung
Testpsychologische Untersuchung
Laborchemische oder apparative Diagnostik
Meist sind zuerst somatische Symptome abzuklären und körperliche Ursachen auszuschließen.

Eigenanamnese (Patientengespräch):
- Persönliche Daten
- Aktuelle Beschwerden und ihre Entwicklung
- Krankheitsvorgeschichte (somatisch / psychisch)
- Drogen- und Medikamenteneinnahme
- Familienanamnese
- Biografische Daten
- Aktuelle und frühere soziale Situation

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Beispiele für testpsychologische Verfahren

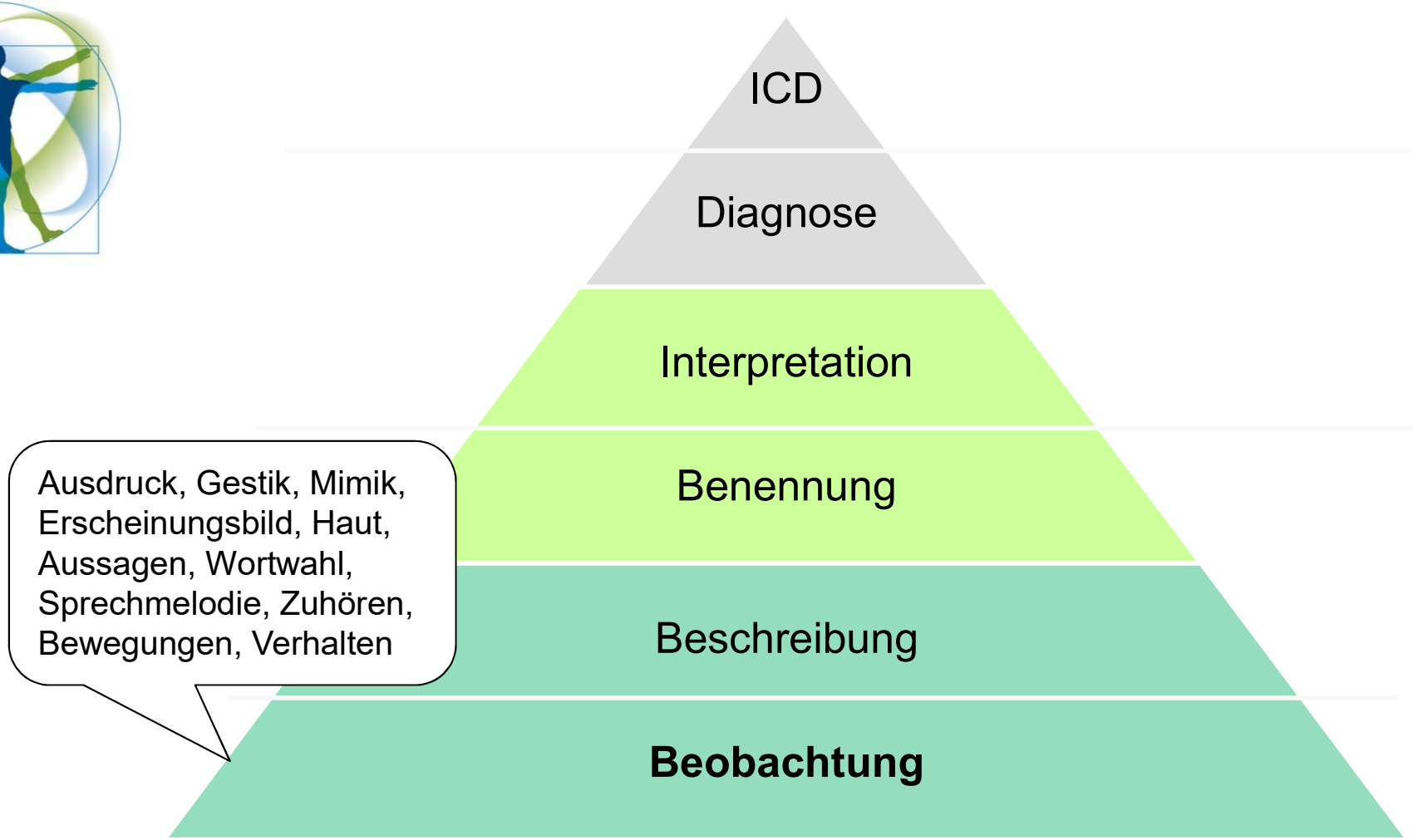
HEALTH49, ISR (ICD10-Symptom-Rating)

Einsatzbereich	Selbstbeurteilungsverfahren	Fremdbeurteilungsverfahren
Depression	BDI (Beck-Depressions-Inventar)	HAMD (Hamilton-Depressionsskala)
Angststörungen	STAI (State-Trait-Angst-Inventar)	
Alkoholismus	MALT (Münchener Alkoholismus-Test)	MALT (Münchener Alkoholismus-Test)
Zwangsstörungen	HZI (Hamburger Zwangsinventar)	Y-BOCS (Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale)
PTBS	PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	
Intelligenzstörungen	HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene), HAWIK (für Kinder)	
Persönlichkeits-störungen	Freiburger Persönlichkeitsinventar (Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheits-sorgen, Offenheit, Extraversion, Emotionalität)	
Suizidalität	Gießen-Test (Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit, Soziale Potenz); Fragebogen zur Beurteilung der Suizidgefahr (J. Stork)	Gießen-Test (dto.)
Schizophrenie		PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale)
OPS	Mini-Mental-State-Test	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Stufen der psychiatrischen Diagnostik





© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Systematik des psychopathologischen Befundes

Auftreten im Interview	Äußeres Erscheinungsbild, Kontaktverhalten zum Untersucher
Psychischer Befund	Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, formale (z.B. ideenflüchtige, perseverierende) oder inhaltliche (z.B. wahnhafte, zwanghafte) Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Störungen der Affektivität, Antriebs- und psychomotorische Störungen, zirkadiane Rhythmik (24h); Entwicklung und Bewertung der aktuellen Beschwerden (Leidensdruck)
Somatische Aspekte	Schlafstörungen, Appetenzstörungen, vegetative Störungen
Soziale Aspekte	Soziales Verhalten, familiäres Verhalten, Arbeits- und Freizeitverhalten; Auslösefaktoren für die geschilderten Beschwerden und Symptome (persönliche Beziehungen, Bindung an die Herkunftsfamilie, schulische / berufliche Probleme, soziokulturelle Probleme); soziale Folgen der geschilderten Symptome
Gefährdung, Komplikationen, Compliance	Suizidalität / Delinquenz, Selbstverletzung, Drogeneinnahme, Therapiemotivation bzw. Behandlungsbereitschaft
Bisherige Behandlungsversuche	Art und Erfolg bisheriger psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und anderer Behandlungsversuche

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Klassifikation: Triadisches System nach K. Schneider

Exogene Psychosen (ausgelöst durch körperliche Veränderungen bekannter Ursache; das Gehirn ist primär oder sekundär betroffen)	Körperliche Erkrankungen mit Hirnbeteiligung *(z.B. Intoxikationen, Infektionskrankheiten, Organerkrankungen mit systemischer Beteiligung)* sowie primäre Hirnerkrankungen *(z.B. Meningitis, Enzephalitis, Hirntumoren, Delir, Demenz, Parkinson, Multiple Sklerose, Epilepsie)*
Endogene Psychosen (konstitutionelle / genetische Veranlagung ist wahrscheinlich)	Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen, schizoaffektive Erkrankungen, wahnhafte Erkrankungen
Psychogene Erkrankungen (als Reaktion der Psyche auf belastende Lebensumstände)	Persönlichkeitsstörungen *(Psychopathien)*, geistige Behinderungen *(Oligophrenien)*, abnorme Erlebnisreaktionen *(Trauer, Resignation)* und Persönlichkeitsentwicklungen *(Neurosen)*, Süchte *(Alkohol- und Drogenabhängigkeit)*, Sexualstörungen

Erblichkeit	Psychische Erkrankungen	Somatische Erkrankungen bzw. Normvarianten
20-40%	Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, Bulimie	Herzinfarkt
40-60%	Alkohol- und Drogenabhängigkeit	Hypertonie, Asthma bronchiale
60-80%	Bipolare Störung, Schizophrenie	Körpergewicht, Knochendichte
80-100%	Autismus	Körpergröße, Gehirnvolumen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Grenzen des Triadischen Systems



- Einteilung nach *ätiologischen* Gesichtspunkten ist künstlich – die meisten Erkrankungen sind multifaktoriell bedingt
- Auch bei psychogenen Störungen lassen sich häufig konstitutionelle Aspekte für die Genese finden
- Unklarer Begriff „endogen“ – genetisch oder ungeklärte Ursache (vgl. Begriff „idiopathisch“)
- „Psychose“ drückt aus, dass die Erkrankungen mit einem Realitätsverlust und Einbußen der psychischen Funktionen (Denken, Fühlen, Handeln) sowie der sozialen Anpassung einher gehen – der Übergang zur psychogenen Gruppe ist jedoch graduell, auch können Vermischungen auftreten
- Freud verstand unter „Neurose“ Störungen, die durch ungelöste frühkindliche Konflikte bedingt sind, durch aktuelle Traumata aufleben und zu krankhaftem Erleben / Verhalten führen können – im Triadischen System werden psychische Störungen als solche klassifiziert, bei denen der Patient **keinen Realitätsverlust** erlebt und **Krankheitseinsicht** behält
- Dennoch: Das Triadische System ist im Klinikalltag nach wie vor stark verbreitet. Exogene und endogene Psychosen müssen dem psychiatrischen Facharzt vorgestellt werden
- ICD-10 und DSM-IV sind *phänomenologisch* (Symptome, Verlauf und Schweregrad der Erkrankung) orientiert.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.1: Bewusstseinsstörungen

Quantitative Bewusstseinsstörungen – Somnolenz:

- Ein 75jähriger Patient wird nach einem Verkehrsunfall stationär aufgenommen Auf der Station fällt er durch zunehmende Schläfrigkeit auf. Bei der Visite muss die Stationsärztin nahe an sein Bett herantreten und ihn anfassen, damit er (erschreckt) aufwacht. Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortet er verzögert und nickt, während sich die Ärzte beraten, wieder ein.

Qualitative Bewusstseinsstörungen – Bewusstseinstrübung:

- Eine 77jährige Frau wurde am Tag zuvor an einem Handbruch operiert. Jetzt geht sie unruhig im Zimmer auf und ab, spricht vor sich hin. Als eine Krankenschwester ins Zimmer kommt, verkennt sie diese als ihre Freundin und glaubt, sie sei gekommen, um sie mit in den Urlaub zu nehmen. Über ihren Zustand und den Ort, an dem sie sich befindet, ist sie nur unzureichend orientiert (situative und örtliche Desorientierung).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.1: Bewusstseinsstörungen (BS)

Quantitative BS: Minderung der Wachheit / Vigilanz, das Bewusstsein bleibt in seiner Qualität erhalten, typisch nach Unfällen mit Kreislaufschock:

- Benommenheit: Leichte Beeinträchtigung des klaren Bewusstseins; verlangsamt, schläfrig; eingeschränkte Aufnahme und Verarbeitung von Informationen.
- Somnolenz: Apathie und abnorme Schläfrigkeit; durch lautes Ansprechen leicht zu wecken.
- Stupor: Wachheit so stark eingeschränkt, dass nur starke Weckreize erfolgreich sind; mangelnde Orientierung; sprachlich deutlich eingeschränkt.
- Sopor: Sehr starke Trübung des Bewusstseins; nur stärkste Reize führen zum Erwachen.
- Koma: Tiefe Bewusstlosigkeit; ggf. Fehlen von Schutzreflexen; im Extremfall Störung von Atmung, Kreislauf und Temperaturregulation

Qualitative BS: Die Qualität des Bewusstseins, also Erleben, Erinnern und Denken, sind verändert:

- Bewusstseinstrübung: Mangelnde Klarheit des gegenwärtigen Erlebens mit Verwirrtheit des Denkens und Handelns. Aspekte der eigenen Person und der Umgebung werden nicht sinnvoll in Zusammenhang gebracht. Typisch für das Delir.
- Bewusstseinseinengung: Betrifft den Umfang des Bewusstseins, z.B. Fixierung des Denkens, Fühlens und Wollens auf bestimmte Aspekte des Erlebens; verminderte Reaktionsfähigkeit auf Außenreize; komplexe äußere Handlungsabläufe können oft normal bewältigt werden. Typisch für Schockzustände und epileptische Dämmerzustände.
- Bewusstseinsverschiebung: Intensitätssteigerung des äußeren und inneren Erlebens. Im LSD-Rausch können Farben und Gerüche subjektiv stärker wahrgenommen werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.2: Orientierungsstörungen

Ein Gewohnheitstrinker wird nach einem Verkehrsunfall in eine Klinik eingeliefert. Nach 3 Tagen ohne Alkohol wird er sichtlich unruhiger und berichtet von schwarzen Spinnen, die angeblich über seine Matratze und seine Bettdecke laufen [optische Halluzinationen]. Er ist deutlich verwirrt, fragt wiederholt, wo er sich denn befinde [örtliche Desorientierung], versteht die Fragen der Ärztin nicht und macht insgesamt einen geistesabwesenden Eindruck [Bewusstseinstrübung].

Orientierungsstörungen: Fehlende Klarheit über zeitliche, örtliche, situative Gegebenheiten und über die eigene Person (Merksatz: ZÖSP).

Eine Orientierungsstörung ist nicht automatisch eine Bewusstseinsstörung. Das Nichtwissen des genauen Kalendertages gilt nicht als Orientierungsstörung. Das Datum kann um einen Tag abweichen. Wichtig ist das Wissen um den Wochentag.

Kennzeichen der Orientierungsstörungen:

Orientierung	Kennzeichen	Fragen zur Orientierung
Zeitlich	Datum, Tag, Monat, Jahr, Jahreszeit	„Welchen Wochentag haben wir heute?“ – „In welcher Jahreszeit befinden wir uns?“
Örtlich	Wissen um den derzeitigen Aufenthaltsort	„In welcher Stadt liegt diese Klinik / Praxis?“ – „In welcher Straße befinden Sie sich?“
Situativ	Erfassen der augenblicklichen Situation	„Wo befinden Sie sich derzeit?“ (Klinik, Praxis) – „Warum sind Sie hier?“ – „Wer bin ich?“ (Behandler)
Zur eigenen Person	Wissen um die eigene persönliche Situation	„Wann sind Sie geboren?“ – „Wie heißen Sie?“ – „Wie ist Ihr Familienstand?“ – „Welchen Beruf üben Sie aus?“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.3: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Aufmerksamkeit: Zuweisung von (beschränkten) Bewusstseinsressourcen auf Bewusstseinsinhalte.

Vigilanz: Aufmerksamkeit, die auf das Eintreffen bestimmter Ereignisse gerichtet ist.

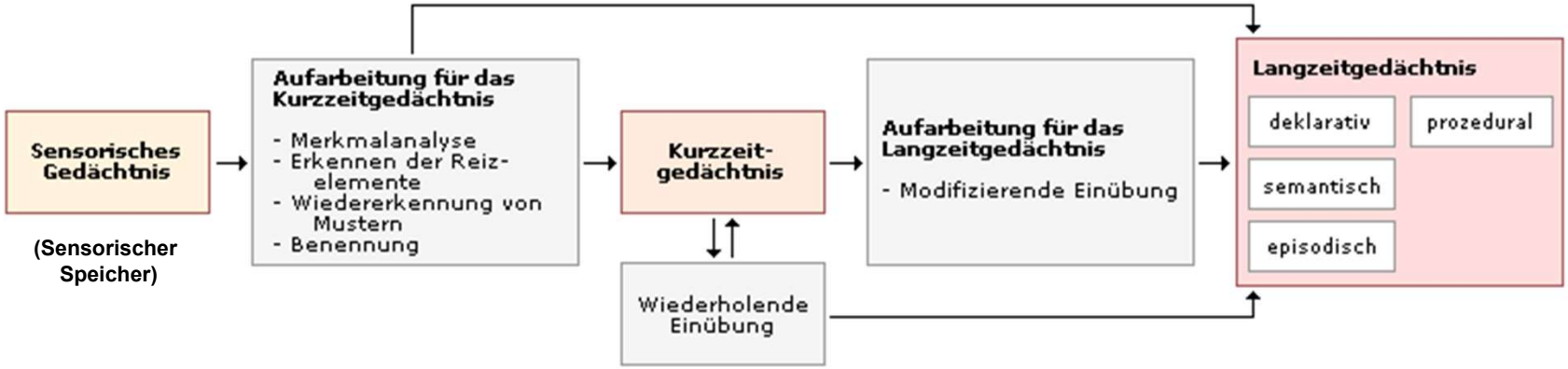
Gedächtnis: Fähigkeit, aufgenommene Informationen zu behalten, zu ordnen und wieder abzurufen.

Amnesie: Inhaltlich und zeitlich begrenzte Erinnerungslücken (z.B. vor und nach einem Unfall).

Art der Störung	Kennzeichen	Beispiel zur Erfassung
Störung der Auffassung	Die gedankliche Verarbeitung einer Wahrnehmung ist gestört	Bilder in eine logische Reihenfolge bringen
… der Aufmerksamkeit	Verminderte Fähigkeit, Details eines Bildes oder Textes zu erkennen und darauf zu reagieren	Erkennen und Beantworten von Bilddetails
… der Konzentration	Verminderte Fähigkeit zur Daueraufmerksamkeit	Einfache Rechenaufgaben werden 3x10 Min. lang bearbeitet, geprüft wird die Arbeitsgeschwindigkeit je Intervall
… der Merkfähigkeit (KZG)	Störung der Ablage oder des Haltens von Informationen im Arbeitsgedächtnis (Baddeley)	Kopfrechnen, eine Telefonnummer für 30 Sek. merken, einen Text lesen und verstehen, ohne ihn auswendig zu lernen
… des Gedächtnisses (LZG)	Störung der Ablage oder des Abrufes von Infos im / aus dem permanenten Wissensspeicher (unbegrenzte Kapazität)	Bilder, Namen und biografische Daten für 30 Minuten merken
Konfabulation	Erinnerungslücken werden mit Einfällen gefüllt, die vom Pat. für Erinnerungen gehalten werden (Wernicke-Enzephalopathie)	
Retrograde Amnesie	Gedächtnislücke für die Ereignisse unmittelbar vor einem Trauma	Ereignisse unmittelbar vor einem Trauma können (zeitweise) nicht erinnert werden
Kongrade Amnesie	Gedächtnislücke für die Dauer der Bewusstlosigkeit	Ereignisse während der Bewusstlosigkeit können nicht erinnert werden
Anterograde Amnesie	Gedächtnislücke für die Ereignisse unmittelbar nach einem Trauma	Ereignisse unmittelbar nach einem Trauma können (zeitweise) nicht erinnert werden
Zeitgitterstörung	Der Betroffene ist nicht in der Lage, Erlebnisse in die richtige zeitliche Reihenfolge zu bringen	Erlebnisse der letzten Woche oder eigene biografische Daten in die richtige Reihenfolge bringen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Mehrspeichermodell des menschlichen Gedächtnisses



Unter **Gedächtnis** versteht man die Fähigkeit des Nervensystems von Lebewesen, aufgenommene Informationen zu behalten, zu ordnen und wieder abzurufen. Die gespeicherten Informationen sind das Ergebnis von (un-)bewussten Lernprozessen, die Fähigkeit zur Gedächtnisbildung ist Ausdruck der Plastizität von neuronalen Systemen.

- Deklarativ: Fakten und Ereignisse (biografische Details = episodisch; Weltwissen = semantisch)
- Prozedural: Erlernte und automatisierte Handlungs- oder Bewegungsabläufe

Im Gegensatz zur Sprache, zur Motorik, zum Sehen und zum Hören gibt es kein umschriebenes **Gedächtniszentrum** im Gehirn. Gedächtnis ist eine kollektive Leistung. Das Arbeitsgedächtnis wird (wie die Konzentrationsfähigkeit) im präfrontalen Cortex lokalisiert. Das Langzeitgedächtnis hingegen ist eine Leistung des Cortex und zahlreicher subcortikaler Bereiche.
Der Speicherort des deklarativen Gedächtnisses ist der gesamte Neocortex, für das episodische Gedächtnis insbesondere der rechte Frontal- und der Temporalcortex, für das semantische Gedächtnis speziell der Temporallappen.

Auch wenn der Ort der Speicherung dort liegt, sind für das Lernen (die Überführung neuer Informationen in das deklarative Gedächtnis) Bestandteile des limbischen Systems, vor allem das mediale Temporallappensystem (Hippocampus und angrenzende Gebiete) unerlässlich. Oft zitiert wird der Fall des **Patienten HM**, dem zur Therapie schwerer Epilepsie beide Hippocampi entfernt wurden. Zwar war die Epilepsie geheilt, der Patient entwickelte aber eine schwere anterograde Amnesie – er konnte sich nichts Neues mehr merken. Der Zugriff auf vor der Operation erworbene Gedächtnisinhalte war unbeeinträchtigt, aber neue Informationen waren nicht mehr abzuspeichern.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.4: Formale Denkstörungen (1)

Die Art und Weise, wie ein Mensch denkt (schnell, beweglich, inhaltsreich), gibt Auskunft über sein Wesen und seine Gemütslage. Formale Denkstörungen sind Störungen des Gedankenablaufs, die sich überwiegend in der Sprache zeigen. Formale Denkstörungen sind nicht krankheitsspezifisch. Erst im Zusammenhang mit anderen Symptomen erlauben sie eine Diagnose.

Psychopathologie	Erklärung	Beispiel	Vorkommen
Denkverlangsamung	Verlangsamtes und schleppendes Denken	„Na ja, also … ich weiß nicht recht … die Gedanken sind so schwer …“	Depression, OPS
Denkhemmung	Denken wird als mühsam, wie blockiert erlebt	„Am Schlimmsten war das Denken. Ich kam nicht mehr voran, meine Gedanken waren wie verschluckt“	Depression, Schizophrenie
Gedankenabriss, Gedankensperrung	Plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankenganges bzw. des Sprechens ohne ersichtlichen Grund	„Dann ging ich in das Zimmer … Das Leben ist merkwürdig und belastet mich“	Schizophrenie
Umständliches Denken	Weitschweifiger Gedankengang, wesentliche Inhalte können nicht von Nebensachen getrennt werden, inhaltlicher Zusammenhang bleibt erhalten	Patient wird nach Zwangshandlungen gefragt: „Mein Wohnzimmer ist relativ groß, so um die 30 qm und die Balkontüre liegt am hinteren Ende, etwa 50 cm von der rechten Wand entfernt, ich habe sie erst neu streichen lassen, sie sieht jetzt ganz gut aus. Obwohl, ein paar Ausbesserungen muss ich noch machen. Also, ich muss immer wieder prüfen, ob sie verschlossen ist …“	Zwang, Demenz
Eingeengtes Denken	Gedanken sind auf wenige Themen eingeengt, haften an diesen Inhalten	„Die Gedanken drehen sich im Kreis, immer wieder die Frage, ob ich schuld an ihrem Verschwinden bin. Eine einzige Gedankenschleife, immer wieder …“	Depression
Perseverationen	Ständiges Wiederholen eines bestimmten Gedankens	„Sie hat mir das Geld gestohlen! Da bin ich mir sicher. Es war an Ostern, als wir uns alle trafen. Sie hat mir das Geld gestohlen. Die Kinder haben die Eier gesucht und wir haben den Tisch geschmückt. Natürlich hat sie es getan, sie hat mir das Geld gestohlen“	OPS, Zwang, wahnhafte Störung
Gedankendrängen	Patient ist dem Druck vieler Gedanken ausgesetzt	„Ich musste so viel denken, musste immer wach bleiben und konnte nicht schlafen. Ich war total überdreht“	Manie, Schizophrenie

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.4: Formale Denkstörungen (2)

Psychopathologie	Erklärung	Beispiel	Vorkommen
Ideenflucht	Beschleunigtes Denken und Sprechen, extrem einfallsreicher Gedankengang, wobei einzelne Gedanken nicht zu Ende geführt werden, sondern durch Assoziationsflut unterbrochen werden	„Gustav der Vierte ist es gewesen, König von Schweden, diese Macht zu haben, wie ein König, da wäre das Leben aber schön, schöner noch am Strand liegen, nichts tun und Wasser, das ist es! Wasser wird uns erlösen. Kühl und klar und rein …	Manie
Vorbeireden	Eine Frage wird, obwohl sie verstanden wurde, mit anderen Inhalten beantwortet	Ein Patient berichtet, er fühle sich verfolgt. Auf die Frage, wer ihn verfolgt, antwortet er: „Nichts ist mehr so, wie es war, das schaffen die!“	Schizophrenie
Zerfahrenheit, Inkohärenz	Zusammenhanglosigkeit von Denken und Reden	„Gott lebt dort und redet, manche schaffen es zum Heiland bis ins Hirn hinein. Das schmerzt im Kopf, man merkt wer dort regiert. Gott vierteilt oder halbiert, ich weiß nicht, aber ich sah es“	Schizophrenie
Neologismen	Wortneuschöpfungen, die nicht der sprachlichen Konvention entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind	„Blutgebären“, „Jahreswechselgeld“, „trausam“	Schizophrenie
Konkretismus	Unfähigkeit die übertragene Bedeutung von Sprichwörtern zu erkennen, alles wird „wörtlich genommen“	Das Sprichwort „Wer anderen eine Grube gräbt“ wird so erklärt: „Wenn ich im Garten grabe, gibt es ein Loch, ein großes, und dann gehen sie da vorbei und plumps, sind sie drin“	Schizophrenie

Das **Abstraktionsvermögen** ist eine wichtige kognitive Eigenschaft. Um sie zu prüfen, können Sie den Patienten bitten, den Unterschied zwischen Zwerg und Kind zu erläutern oder ein Sprichwort zu erklären. Kann der Patient den abstrakten Zusammenhang nicht erfassen, spricht man von Konkretismus.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.5: Inhaltliche Denkstörungen (1)



„Die ganze letzte Zeit war so merkwürdig. Ich spürte, dass etwas geschehen würde. Mir kam alles so fremd und seltsam vor [Wahnstimmung]. Als ich dieses Kind mit dem Gips sah, war es mir schlagartig klar [Wahneinfall]: Gott hatte mir ein Zeichen gegeben, ich sollte die kranken Kinder dieser Welt retten [Wahnwahrnehmung]. Ich musste ihnen helfen! Schon als Kind hatte ich diese Kraft [Wahneinfall], ich konnte heilen. Überall gaben mir die Werbeplakate mit den Kindern recht. Sie ließen mich wissen, dass ich auserwählt bin [Beziehungswahn]. Auf der Straße und in der U-Bahn traf ich immer wieder auf Schwangere und Kinder mit roten Haaren. Zwei Mal schwirrten Bienen um meinen Kopf und „krönten“ meine Bestimmung. Ich sollte Geld sammeln und damit nach Lourdes fahren, um in der spirituellen Meditation alle Kinder zu heilen [systematisierter Wahn].“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.5: Inhaltliche Denkstörungen (2)

Das inhaltliche Ergebnis des Denkprozesses ist verzerrt oder verändert. Unter diesem Begriff werden vor allem Wahnformen und Zwänge zusammengefasst.

Der **Wahn** ist eine inhaltlich falsche Beurteilung der Realität, an der der Betroffene **unkorrigierbar** festhält, wider aller bisher gemachten Erfahrungen. Seine Überzeugung steht im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen (subjektive Wahngewissheit, Privatwirklichkeit).

Der Wahn ist **lebensbestimmend**. Er beherrscht das gesamte Fühlen, Denken und Handeln des Betroffenen.

Formale Themen	Erklärung
Wahnstimmung	Ein Wahn kündigt sich oft durch eine Vorstimmung an. Sie ist durch eine gespannte, unheilvolle, nicht näher fassbare Stimmung gekennzeichnet („Es liegt etwas in der Luft“)
Wahnwahrnehmung	Falsche Interpretation einer **richtigen** Sinneswahrnehmung. Der Betroffene sieht, hört, riecht, schmeckt oder fühlt etwas, das er umdeutet und seinem Wahnsystem anpasst. Der Wahn kann so beherrschend werden, dass alle realen Wahrnehmungen des Alltags im Sinne des Wahns umgedeutet werden
Wahneinfall / Wahngedanke	Plötzlich auftretende Überzeugung ohne objektivierbare und plausible Begründung
Wahnarbeit / Wahnsystem	Der Betroffene baut seinen Wahn durch Erklärungsversuche, logische und paralogische Verknüpfungen und durch das Herstellen von Beziehungen zu einem geschlossenen System aus
Wahndynamik	Affektive Anteilnahme am Wahn, z.B. völlige Verzweiflung eines Patienten mit Verschuldungswahn
Wahnhafte Personenverkennung	Eine dem Betroffenen bekannte Person wird als eine andere Person wahnhaft „verkannt“
Erklärungswahn	Rationaler Versuch, die Erlebnisse des Wahns zu erklären („Die Stimmen in meinem Kopf empfange ich durch einen Sender im Zahn. Die Radiowellen sendet der Geheimdienst“)
Symbiotischer Wahn	Ein gesunder Partner übernimmt den Verfolgungswahn des Erkrankten. Bei einer nahen Bezugsperson wird der Wahn induziert (Folie á deux).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.5: Inhaltliche Denkstörungen (3)

Wahnthemen	Erklärung
Beziehungswahn	Der Betroffene bringt alles, was in seiner Umgebung passiert, mit sich selbst in Verbindung („die entgegenkommenden Autos haben die Scheinwerfer an, um ihn vor dem Geheimdienst zu warnen“)
Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn	Der Betroffene erlebt sich als Ziel von Feindseligkeiten. Er fühlt sich bedroht, beleidigt, verspottet oder glaubt, man wolle ihm Schaden zufügen (Beeinträchtigungswahn). Fühlt sich der Betroffene verfolgt oder in ein Komplott verstrickt, das sein Geld oder sein Leben zum Ziel hat, spricht man von Verfolgungswahn. Entscheidend ist dabei vor allem die Art der Begründung, die schwer nachvollziehbar oder inadäquat wirkt
Größenwahn	Wahnhafte Selbstüberschätzung bis hin zur Identifikation mit berühmten Persönlichkeiten. Der Patient kann die eigenen Fähigkeiten nicht mehr realistisch einschätzen, er glaubt, alles bewirken und beeinflussen zu können. Er wähnt sich reich, von besonderer Abstammung oder zu höheren Aufgaben berufen („Erlöser“)
Schuldwahn / Versündigungswahn	Wahnhafte Überzeugung, große Schuld auf sich geladen oder sich versündigt zu haben
Nihilistischer Wahn / Nichtigkeitswahn	Der Patient hat das Gefühl, nicht mehr zu sein, keine Familie, keine Organe oder nichts mehr zu haben
Hypochondrie	Krankhafte Überzeugung, unheilbar an AIDS, Tumoren oder anderen Krankheiten zu leiden
Verarmungswahn	Unbegründete Überzeugung, nicht ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung zu haben oder durch die Erkrankung sich und die Familie in den Ruin zu treiben
Eifersuchtswahn	Wahnhafte Überzeugung von der Untreue des Partners, wobei zufällige Beobachtungen und Vorkommnisse als Beweis für die Untreue gewertet werden. Männer sind häufiger betroffen
Liebeswahn	Überzeugung, von einem Menschen geliebt zu werden, zu dem oft nur ein geringer oder flüchtiger Kontakt besteht. Gesten und Blicke werden dabei im Sinn des Wahns gedeutet. Frauen sind häufiger betroffen
Dermatozoenwahn	Vorstellung, an einer Hauterkrankung zu leiden, die durch Parasiten oder in die Haut eingedrungene Erreger hervorgerufen werden

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.5: Inhaltliche Denkstörungen (4)

Wahnthemen	Beispielhaftes Vorkommen
Beziehungswahn	Schizophrenie, schizoaffektive Störung
Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn	Schizophrenie, wahnhafte Störung, schizoaffektive Störung
Größenwahn	Manie, Schizophrenie, schizoaffektive Störung
Schuldwahn / Versündigungswahn	Depressive Störung mit psychotischer Symptomatik, schizoaffektive Störung
Nihilistischer Wahn / Nichtigkeitswahn	Depressive Störung mit psychotischer Symptomatik, schizoaffektive Störung
Hypochondrie	Depressive Störung mit psychotischer Symptomatik, schizoaffektive Störung
Verarmungswahn	Depressive Störung mit psychotischer Symptomatik, schizoaffektive Störung
Eifersuchtswahn	Chronische Alkoholabhängigkeit, Schizophrenie, schizoaffektive Störung
Liebeswahn	Wahnhafte Störung, Schizophrenie, schizoaffektive Störung
Dermatozoenwahn	Schizophrenie, OPS

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.5: Inhaltliche Denkstörungen (5)

Zu den inhaltlichen Denkstörungen gehören auch ängstliche Befürchtungen und **Zwänge**, die **nicht wahnhaft**, aber verhaltensbestimmend sind. Neurotische Patienten wissen, dass die Zwangsgedanken und -impulse unsinnig sind und in ihnen entstanden sind (ich-synton). Schizophrene Patienten erleben ihr Zwangsgedanken und -impulse als von außen gesteuert (ich-dyston).

Zwangsthemen	Erklärung
Misstrauen	Anderen Menschen wird eine feindselige Haltung unterstellt und Wahrnehmungen aus der Umgebung werden ängstlich auf die eigene Person bezogen
Hypochondrie	Unbegründete Befürchtungen um die eigene Gesundheit; ängstliche Sorge, mit der normale Körpervorgänge wahrgenommen und übertrieben bewertet werden
Phobien	Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die ein Vermeidungsverhalten fördert
Überwertige Ideen	Ideen, die das Denken in einseitiger und unsachlicher Form dominieren und alleinbeherrschend werden. Die Ideen werden rücksichtslos, gegen Anfeindungen und beharrlich vertreten, auch wenn der Betroffene dadurch massive Nachteile in Kauf nehmen muss. Die Ideen können allen Lebensbereichen entstammen, meist jedoch sind sie Teil einer Weltanschauung, aus Politik oder Wissenschaft. Sie führen zu Eingleisigkeit, Isolation oder Intoleranz. Die Übergänge zu einer querulantischen Persönlichkeit sind fließend
Zwangsgedanken / Zwangsideen	Sich immer wieder aufdrängende, nicht unterdrückbare Denkinhalte, die vom Betroffenen meist als sinnlos und quälend erlebt werden
Zwangsimpulse	Gegen den inneren Widerstand sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen durchzuführen („vor ein Auto springen“)
Zwangshandlungen	Handlungen, die vom Betroffenen trotz erkannter Unsinnigkeit aufgrund von Zwangsgedanken oder -impulsen immer wieder ausgeführt werden müssen. Der Betroffene muss den Impulsen nachgeben, um eine sonst entstehende unerträgliche Angst zu mildern
Zwangsrituale	Zwangshandlungen können sich zu komplexen Zwangsritualen zusammenfügen, die in einer festgelegten Reihenfolge durchlaufen werden müssen. Bei der geringsten Störung muss oft der gesamte Handlungsablauf wiederholt werden. Zwangsrituale neigen dazu, sich auszubreiten und immer größere Bereiche des Alltags zu besetzen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.6: Wahrnehmungsstörungen (1)



„Erst höre ich die Schritte. Ganz viele Schritte [Akoasmen]. Und dann sind sie alle in meinem Zimmer, die Zwerge und die Polizisten, und sie schreien, das halte ich im Kopf nicht aus: Du hast das falsch gemacht – Nein, das war ich nicht – Halt‘s Maul! – Natürlich warst du das [dialogisierende Stimmen]. Ich muss mich dann irgendwo verkriechen und versuche, die Ohren zuzuhalten, aber es nützt nichts. Aber schlimmer sind noch die alten Frauen, die mir befehlen, mach‘ dies und mach‘ das [imperative Stimmen].“

„Hin und wieder ist ein merkwürdiges Ziehen in meinem Kopf, das Gehirn teilt sich dann und Salztropfen fließen meinen Rachen hinab [Körperhalluzinationen]. Auf der Zunge fühle ich dann einen salzig-öligen Geschmack [Geschmackshalluzinationen].“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.6: Wahrnehmungsstörungen (2)

Wahrnehmen ist das Bemerken von sinnlichen Eindrücken aus der Umgebung und dem eigenen Körper. Wahrnehmungen können auf zwei Ebenen gestört sein. Entweder ist (a) die Funktion der Sinnesorgane bzw. die Weiterleitung der Sinnesreize zum Gehirn gestört oder (b) die kognitive Verarbeitung und Interpretation ist fehlerhaft (**Illusion**) bzw. es erfolgt eine Sinneswahrnehmung ohne entsprechenden Sinnesreiz (**Halluzination**). Erkennt der Betroffene den Trugcharakter, spricht man von **Pseudohalluzinationen**.

Art der Störung	Erklärung
Illusionen, illusionäre Verkennungen	Ein **realer Sinnesreiz wird fehlinterpretiert**. Förderliche Faktoren können starke affektive Spannung (z.B. in der Geisterbahn), Unschärfe oder mangelnder Kontrast eines Objektes (im Halbdunkel, in der Dämmerung) oder eine Beeinträchtigung der Wahrnehmung durch Übermüdung, Fieber oder Drogen sein. Illusionäre Verkennungen treten häufig bei Kindern auf (z.B. Baum oder Kleiderhaufen = Monster)
Halluzinationen	Halluzinationen sind Sinneswahrnehmungen ohne äußeren Reiz. Jemand nimmt etwas wahr, was real nicht vorhanden ist und von den Mitmenschen nicht nachvollzogen werden kann. Kriterien sind der **fehlende Bezug zu realen Sinneseindrücken** und die **subjektive Gewissheit** des Betroffenen.
a) Optisch	Wahrnehmung von Farben, Blitzen, Mustern, Gegenständen und Personen bis hin zu ganzen Szenen.
b) Akustisch	Wahrnehmung von **Akoasmen** (Zischen, Knallen, Tuscheln) oder **Phonemen** (Stimmen, Worte, Reden). Die Stimmen können als **dialogisierend** (Rede und Gegenrede), Handlungen des Betroffenen **kommentierend** oder **imperativ** (erteilte Befehle) wahrgenommen werden.
c) Geruch/Geschmack	Riechen von Gas, Fäulnis, Leichengeruch. Schmecken eines bitteren Geschmacks (Vergiftungswahn)
d) Taktil/haptisch	Hautwahrnehmung: Berührt, festgehalten, durchstochen werden, Tierchen krabbeln über die Haut
e) Körperlich (Zönästhesie)	Fremdartige, meist unangenehme Leibsensationen (Organe verändern sich, der Patient fühlt sich wie versteinert, vertrocknet, entleert, entstellt (geschrumpft, übergroß, unförmig, einzelne Körperteile in Form oder Lage verändert) oder brennende, stechende Schmerzen durchdringen ihn). Wenn sie den Charakter des von außen Gemachten haben, weisen sie auf eine Ich-Störung hin
Metamorphopsie	Verzerrte Wahrnehmung einer Farbe oder eines Gegenstandes (vgl. Picasso-Gemälde)
Makropsie/Mikropsie	Gegenstände werden als größer bzw. kleiner wahrgenommen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.6: Wahrnehmungsstörungen (3)

Art der Störung	Beispielhaftes Vorkommen
a) Optische Halluzinationen	Organische psychische Störungen (Alkoholentzugsdelir, Drogeneinnahme, insb. LSD)
b) Akustische Halluzinationen	Schizophrenie, organische psychische Störungen (Alkoholentzugsdelir, Alkohol-halluzinose, epileptische Aura), schizoaffektive Störungen, wahnhafte Störungen
c) Geruchs- / Geschmacks-halluzinationen	Organische psychische Störungen (Hirntumoren), Schizophrenie (Verfolgungswahn, Vergiftungswahn), Depression mit psychotischen Symptomen (Fäulnis- oder Leichengeruch)
d) Taktile / haptische Halluzinationen	Organische psychische Störungen (Dermatozoenwahn), Schizophrenie
e) Körperhalluzinationen (Zönästhesie)	Schizophrenie

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.7: Ich-Störungen (1)



Depersonalisationserleben

Ein Patient beschreibt seine Angstgefühle: „Da ist dieser Druck auf der Brust., als würde der Brustkorb zusammengezogen. Auch meine Arme und Beine erscheinen mir dann ganz schwer, ich habe das Gefühl, ich bin nicht mehr richtig in meinem Körper."

Gedankeneingebung und Fremdbeeinflussung

Ein schizophrener Patient berichtet: „Gott ist immer da, er ist in mir, er hat sich bei mir eingenistet. Er liest meine Gedanken und wenn sie schlecht sind, flößt er mir seine ein. Ich weiß genau, so etwas würde ich nicht denken, es ist sein Fluidum."

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.7: Ich-Störungen (2)

Unter Ich-Störungen versteht man die Beeinträchtigung der Unversehrtheit und Ganzheit des **subjektiven Erlebens und Verhaltens**, der **Abgrenzung der eigenen Person** gegenüber der Umwelt sowie des **Ich-Erlebens**. Der Betroffene erlebt eigene seelische Vorgänge als nicht mehr zu ihm gehörig, sondern als von außen und von anderen gemacht, beeinflusst oder gesteuert. Zu den Ich-Störungen werden gezählt:

• Depersonalisation: Der Körper oder Teile des Körpers werden als fremd erlebt, als nicht zu ihm gehörig, verändert oder unwirklich („Ich komme mir fremd vor“ – „Ich fühle mich leer und ausgebrannt“). • Derealisation: Die Umwelt wird als verfremdet, unwirklich oder räumlich-visuell („wie durch einen Schleier“) verändert erlebt.	Bei Angststörung, PTB, dissoziative Störung, Schizophrenie, depressive Störung, organische Hirnerkrankung, Epilepsie, Drogenabusus. Aber auch bei **Stress** und **Übermüdung**.
• Gedankenausbreitung: Die Gedanken gehören dem Patienten nicht allein. Sie sind nicht mehr hinter der Ich-Grenze verborgen. Andere Personen können die Gedanken lesen oder hören. • Gedankenentzug: Die Gedanken werden von außen abgesaugt, so dass sie dem Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. • Gedankeneingebung: Gedanken werden von außen eingegeben, gesteuert oder beeinflusst. • Fremdbeeinflussung: Der Patient glaubt, sein Fühlen, Wollen und Handeln wird von außen gemacht, gesteuert oder beeinflusst („Eine fremde Macht steuert mein Handeln“). Ein Sonderfall sind die Leibhalluzinationen (Zönästhesien): Der Patient hat das Gefühl, sein Körper werde von außen beeinflusst und verändert.	Bei Schizophrenie, schizoaffektiver Störung, wahnhafter Störung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.8: Störungen der Affektivität



Ein depressiver Patient berichtet: „Seit Wochen ist alle Energie verschwunden. Zu allem muss ich mich aufraffen, es kostet mich so viel Kraft [Störungen der Vitalgefühle]. Manchmal bleibe ich einfach sitzen, weil ich nicht mehr kann. Was bin ich noch wert in diesem Zustand? Ich bin schon seit drei Wochen nicht mehr an meinem Arbeitsplatz gewesen, weil ich einfach nichts mehr zu Wege bringe [Insuffizienzgefühle]. Selbst meiner Frau kann ich mit den Kindern nicht mehr helfen, die Kinder berühren mich überhaupt nicht mehr [Affektarmut]. Ich fühle nichts mehr, ich bin so leer. Dinge, die ich geliebt habe, sind mir so gleichgültig. An nichts kann ich mich mehr freuen. Ich bin innerlich leer und ausgetrocknet, nicht einmal weinen kann ich mehr [Gefühl der Gefühllosigkeit]. Was soll nur werden? Es ist die Hölle [Hoffnungslosigkeit]!“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.8: Störungen der Affektivität

Affektivität umfasst die **Gesamtheit des Gefühlslebens** (Emotionalität) und der **Stimmungslage** (Gemüt). Sie enthält die **kurz** (z.B. Freude, Ärger) und die **länger bestehenden Stimmungen** (z.B. depressive Verstimmung).
Affekthandlungen sind die aus aufgestauten Affekten herrührenden unkontrollierten Kurzschlusshandlungen.
Bei psychischen Störungen können Affekte **reduziert** oder **verstärkt** sein, aber auch die **Qualität** des Gefühlslebens kann stark verändert sein. Die **Übergänge** zwischen *gesund* und *krank* sind bei Affekten oft unscharf. Affektstörungen sind **unspezifische** Merkmale, die bei verschiedenen psychischen Störungen auftreten können.
Verarmungs-/Schuldgefühle und übersteigerte Selbstwertgefühle sind abzugrenzen von wahnhaftem Erleben.

Störung	Beschreibung	Beispielhaftes Vorkommen
Affektarmut / Affektstarre	Mangel an affektiver Ansprechbarkeit. Der Betroffene wirkt gleichgültig, lustlos, interesselos, apathisch. Affektstarre bedeutet Verlust aller emotionalen Regungen. Leidet der Betroffene unter dem Mangel an Affektivität, fühlt er sich wie abgestorben („Gefühl der Gefühllosigkeit“)	Depression, organische psych. Störung, Schizophrenie, schizo-affektive Störung, wahnhafte Störung, schizophr. Residuum
Parathymie	Dissonanz zwischen Erleben und Gefühlsausdruck. Situation und Gefühlsäußerung passen nicht zueinander	Schizophrenie
Affektlabilität / -inkontinenz	Affektlabilität: Rascher Wechsel von Stimmungen. Gefühlsäußerungen können auf ein Stichwort hin ausgelöst werden. Affektinkontinenz: Aufkommende Affekte können nicht kontrolliert / unterdrückt werden	Demenz, organisch psychische Störung, Persönlichkeitsstörung
Ambivalenz	Gleichzeitiges, meist quälendes Erleben von widersprüchlichen Gefühlen, die sich eigentlich aufheben (Glück / Unglück, Liebe / Hass).	Depression, Zwang, Schizophrenie, wahnhafte Störung
Störungen der Vitalgefühle	Herabsetzung der vom Patienten erlebten Frische, Energie, Tatkraft oder eine Steigerung dieser Gefühle („ich könnte Bäume ausreißen“)	Depression, Manie
Ängstliches Erleben	Unbestimmtes Gefühl der Beengung, Bedrohung, des Ausgeliefertseins, oft ohne konkreten Bezug	Angst, Zwang, Schizophrenie, Depression, Autismus, PTB
Insuffizienz-gefühl	Verlust des Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit und den eigenen Wert oder Lebenswert	Depression, Persönlichkeits-störung

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Grundgefühle nach Machleidt (1992)



- ***Interesse*** (bzw. Neugier) bewirkt eine allgemeine Aktivierung des Organismus und eine energetische Hinwendung zu einem Stimulus (einem belebten oder unbelebten Ausschnitt aus dem Umfeld).
- ***Angst*** hat eine Abwendung oder Distanzierung von bzw. eine Flucht vor einem Stimulus zur Folge.
- ***Wut*** (bzw. Aggression) setzt einem Stimulus (z.B. Angreifer) klare Grenzen bzw. weitet die eigenen Grenzen aus (Selbst- und Revierverteidigung nach K. Lorenz).
- ***Freude*** (bzw. Liebe) hat eine Hinwendung zu einem Stimulus (Mensch, Tier, Pflanze) bzw. einen (z.B. kommunikativen) Austausch mit diesem Stimulus zur Folge. Freude (bzw. Liebe) schafft damit eine lebenswichtige Nähe und Bindung zum Stimulus.
- ***Trauer*** löst emotionale Bindungen gegenüber einem Stimulus und macht die dort gebundenen affektiven Energien wieder frei für neue Bindungen. Ohne diese Trauerarbeit ist eine liebevolle Zuwendung zu einem neuen Stimulus erschwert oder unmöglich.

Weitere Affekte bzw. Affektschattierungen werden zum Teil als Mischung aus verschiedenen Grundgefühlen, zum Teil als kognitive oder kulturelle Modulationen der Grundgefühle aufgefasst.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.9: Antriebsstörungen

Antrieb ist die grundsätzliche Aktivitätsbereitschaft oder energetische Kraft eines Menschen, die seine psychischen und physischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer bestimmt. Unterschieden werden herabgesetzter Antrieb und Antriebssteigerung. Beide Ausprägungen werden i.d.R. bewusst und als belastend erlebt.

Antriebsstörung	Beschreibung	Beispielhaftes Vorkommen
Antriebsarmut / Antriebsmangel	Mangel an Energie, Anteilnahme und Eigeninitiative. Die Spontaneität der Motorik und Gesprächsinitiative ist vermindert oder geht verloren. Dies führt zu Trägheit, Verstimmung und Interesselosigkeit	Organische psychische Störung (Schilddrüsenfunktionsstörung, Tumoren, Hirnhautentzündung), Depression, schizophrene Residuen
Antriebshemmung / -schwäche	Energie, Initiative und Anteilnahme werden als blockiert oder gebremst erlebt. Der Betroffene möchte gerne etwas erreichen, schafft es aber nicht. Die Willensanstrengung kann den inneren Widerstand nicht überwinden	Depression, schizoaffektive Störung
Antriebssteigerung	Der Betroffene ist besonders lebhaft und initiativ, steckt voller Ideen und spricht mehr und schneller. Er ist umtriebig und hat vermehrte soziale Kontakte. Die Aktivitäten sind dabei grundsätzlich zielgerichtet. Die Antriebssteigerung kann sich zur **Antriebsenthemmung** entwickeln, bei der sich die Aktivitäten unkontrolliert gestalten und von einer inneren Unruhe, Rastlosigkeit und Triebhaftigkeit mit Impulshandlungen (z.B. ungehemmte Investitionen) begleitet sind.	„Agitierte“ Depression, organische psychische Störung, Manie (bis zur Enthemmung), Schizophrenie, Einfluss von Amphetaminen, Koffein und Nikotin, histrionische Persönlichkeitsstörung

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

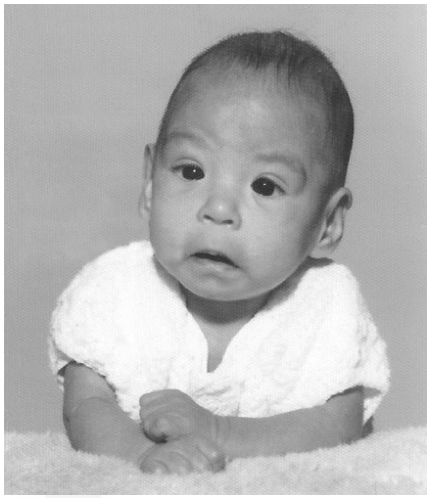
Allg.Path.10: Psychomotorische Störungen

Die Psychomotorik ist die begleitende Reaktion des Bewegungsapparats auf psychische Vorgänge.

Störungsart	Beschreibung	Beispielhaftes Vorkommen
Motorische Unruhe	Gesteigerte und ungerichtete motorische Aktivität: Nervöses Händereiben bis zur psychomotorischen Erregung mit Umherlaufen, Schreien oder Heulen; Erregungszustände der Katatonie	„Agitierte“ Depression, organische psychische Störung, Manie, Schizophrenie, histrionische Persönlichkeitsstörung, Einfluss von Amphetaminen, Koffein oder Nikotin
Parakinese	Qualitativ abnorme, meist komplexe Bewegungs-abläufe, welche die Gestik, Mimik oder Sprache betreffen: Tic-Störungen, Stereotypien der katatonen Schizophrenie, Befehlsautomatismen und Negativismus	Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, katatone Schizophrenie, organische psychische Störung
Manieriertheit / Theatralik	Alltägliche Handlungen erscheinen dem Beobachter verstiegen, bizarr verschroben oder gekünstelt. Theatralisch erfasst dagegen den Aspekt der Selbstdarstellung	Hebephrene Schizophrenie, Manie, histrionische Persönlichkeitsstörung
Mutismus	Völlige Erstarrung des Sprechens	Schizophrenie, Depression, organische psychische Störung
Logorrhö	Verstärkter bis ungebremster Redefluss	Manie, schizoaffektive Störung, Schizophrenie, histrionische Persönlichkeitsstörung

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.11: Intelligenzminderung (1)



Baby mit typischen Gesichtsmerkmalen des Fetalen Alkoholsyndroms, ausgelöst durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: kleine Augen, glattes Philtrum, schmale Oberlippe.

Die Vergiftung des ungeborenen Kindes mit Alkohol führt in Abhängigkeit vom Reifungsstadium zu unterschiedlichen Entwicklungsstörungen.

- Erstes Trimenon: Prozess der Organogenese. Entsprechend tiefgreifend sind die Schädigungen, die in dieser Zeit erfolgen können: Mikrozephalie und **Mikroenzephalie** (Kopf-/Gehirnminderentwicklung), kraniofasziale **Hypoplasie** (Gesichtsveränderungen mit strukturellen Unterentwicklungen) und **Fehlbildungen innerer Organe** sind die häufigsten.
- Zweites Trimenon: Gefahr einer **Fehlgeburt**. Weiterhin kommt es zu **Wachstumsretardierung** mit Rückstand oder Verzögerung der körperlichen Entwicklung.
- Drittes Trimenon: Der Fetus wächst körperlich und kognitiv zur Geburtsreife. Durch den Einfluss von Alkohol besteht die Gefahr der **Wachstumsretardierung** (Wachstumsverzögerung) und einer **Schädigung des Zentralnervensystems**. Diese Gefahr ist zu diesem Zeitpunkt am größten.

Nicht nur regelmäßiges oder übermäßiges Trinken wirkt in diesem Sinne schädigend. Der episodische (gelegentliche) Alkoholkonsum kann je nach Entwicklungsphase spezifische Schädigungen beim Ungeborenen verursachen: Während der vierten Schwangerschaftswoche beispielsweise kann Alkoholeinfluss die sich herausbildende **Kopfform** beeinflussen, in der sechsten Woche kann es bei der Entwicklung der **Nieren** zu Fehlbildungen kommen. Über den gesamten Verlauf der Schwangerschaft befindet sich das Gehirn in einem Reifungsprozess und ist dementsprechend das am meisten empfängliche und von alkoholbedingten Schädigungen bedrohte Organ.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.11: Intelligenzminderung (2): Leitprinzipien



„Bei den Worten ‚geistig behindert' denken viele Menschen, dass wir dumm sind und nichts lernen können. Das stimmt nicht. Wir lernen anders. Wir lernen manchmal langsamer oder brauchen besondere Unterstützung. Deshalb wollen wir Menschen mit Lernschwierigkeiten genannt werden"

Netzwerk „Mensch zuerst"

Erwachsenengemäße Orientierung − Erwachsene, die an einer geistigen Behinderung leiden, werden oftmals immer wieder als Kind behandelt. Sie werden als „ewige Kinder" angesehen und bekommen so nicht den Respekt, den sie verdienen.

Subjektzentrierung − Bei der Therapie soll auf den Betroffenen geachtet werden. Seine Wünsche müssen respektiert werden. Die Behinderung darf nicht zum bloßen Objekt der Therapie werden.

Ich-Du-Bezug − Jede Therapie sollte als partnerschaftliche Beziehung, und nicht als Zwang (oder ähnliches) angesehen werden.

Emanzipatorisches Prinzip − Der Patient soll sich eigenständig zu einem ich-starken Menschen entwickeln. Seine Wünsche und Interessen sollen mit in seine Entwicklung eingehen. Genau wie jeder andere Mensch hat er seinen Platz in der Gesellschaft.

Assistenz und Kooperation − Der Weg zur Selbstständigkeit ist das Ziel. Nicht das Ziel an sich.

Ganzheitlich-integratives Prinzip − Der geistig behinderte Mensch muss als „Einheit" angesehen werden. Jede Arbeit der Pädagogik sollte „multiperspektivisch" angelegt sein.

Prinzip der Entwicklungsgemäßheit − Die Orientierung am Menschen steht im Vordergrund: In einer für den Patienten angenehmen Situation soll immer eine Stufe mehr erlernt werden.

Lebensnähe und handelndes Lernen − Der Patient soll im natürlichen Lebensraum sowohl die alltäglichen Hausarbeiten als auch die Lebenswirklichkeit außerhalb des Wohnmilieus erfahren.

„Sein"–lassen und Vertrauen in die Ressourcen − Nicht nur das Lernen und Verbessern der Fähig- und Fertigkeiten sollte im Vordergrund stehen, sondern auch das zweckfreie und selbstbestimmte Leben. Dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden sein eigens Leben zu entdecken.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.11: Intelligenzminderung (3): Ausprägungen

Intelligenzminderung (Oligophrenie, geistige Behinderung) beschreibt eine stehen gebliebene, unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Sie manifestiert sich im Laufe der ersten Lebensjahre.
Hiervon unterschieden wird die Demenz, bei der es sich um einen umschriebenen Abbauprozess bereits ausgebildeter und entwickelter Intelligenzfunktionen handelt.
Epidemiologie D: 4% leichte (5,4% Jungen, 2,9% Mädchen) und 1% schwere Formen
Seit 1980 hat sich der Schritt vom Defekt-Modell zum Entwicklungsmodell vollzogen. Es schreibt geistig behinderten Menschen die Möglichkeit zur Entwicklung zu, wobei sich die Entwicklungsschritte und -phasen nicht von Nichtbehinderten unterscheiden.

Ausprägung	**IQ**	**Auswirkung**
Niedrige Intelligenz (Lernbehinderung)	85-70	Können sich im Leben selbständig zurechtfinden, einfache berufliche Tätigkeiten möglich, Besuch der Hauptschule oder Lernförderschule
Leichte Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung (Debilität)	69-50	Einfach praktische Tätigkeiten möglich, Lernförderschule, Unterstützung der individuellen Lebensbewältigung (Intelligenzalter: 9 bis <12)
Mittelgradige Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung (Imbezillität)	49-35	Von familiärer oder institutioneller Fürsorge abhängig, einfache Tätigkeiten nur in geschützten Werkstätten möglich, Unterstützung der individuellen Lebensbewältigung (Intelligenzalter: 6 bis <9)
Schwere Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung (ausgeprägte Imbezillität)	34-20	Mehrheitlich in Institutionen untergebracht, Schulbesuch kaum möglich, häufig zusätzliche körperliche Behinderungen (z.B. Lähmungen) (Intelligenzalter: 3 bis <6)
Schwerste Intelligenzminderung bzw. geistige Behinderung (Idiotie)	19-0	Überwiegend Pflegefälle mit Mehrfachbehinderungen (Intelligenzalter: <3)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.11: Intelligenzminderung (4): Ursachen

Ätiologie (Verursachung) in 50% der Fälle unbekannt.

Zeitpunkt der Schädigung	**Typ der Schädigung**	**Beispiele**
Pränatal entstanden	Genmutationen	Stoffwechselstörungen (z.B. Phenylketonurie), dominant vererbte Genmutationen (z.B. Neurofibromatose), X-chromosomal vererbte Schädigungen (z.B. Rett-Syndrom), Prader-Willi-Syndrom (beschädigtes Chromosom 15)
	Chromosomen-anomalien	Trisomien (z.B. **Down-Syndrom**), Deletionen (z.B. **Katzenschrei-Syndrom**), gonosomale Aberrationen (z.B. **Klinefelter-Syndrom** XXY mit Unfruchtbarkeit und z.T. verminderter sprachlicher Intelligenz sowie Autismus (30%) und **Turner-Syndrom** X mit Nackentransparenz (Flüssigkeitsansammlung), späterem Minderwuchs und nicht funktionsfähigen, bindegewebig degenerierten Eierstöcken)
	Exogen verursacht	Infektionen (z.B. Röteln), toxisch verursacht (z.B. Alkohol oder Röntgenstrahlen)
Perinatal verursacht	Geburtstraumata	z.B. Sauerstoffmangel oder Frühgeburt
Postnatal entstanden	Schäden	Schädel-Hirn-Traumata, Entzündungen (z.B. Meningitis), Tumoren

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Allg.Path.11: Intelligenzminderung (5): Symptomatik

Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung treten psychische Störungen deutlich häufiger auf als bei normal Intelligenten. Geistig behinderte Kinder und Jugendliche haben ein drei- bis viermal höheres Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken als normal Begabte. Schwer geistige Behinderte sind noch einmal sehr viel häufiger betroffen als leicht geistig Behinderte.

- Starke Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit an neue und geänderte Situationen.
- Unfähigkeit zur Differenzierung zwischen Wichtigem und Unwichtigem.
- Störungen im Bereich des Antriebs und Affekts.
- Ausgeprägter Bewegungsdrang (erethisch) mit Kurzschlusshandlungen.
- Bei schwerer geistiger Behinderung kann es zur Automutilation (Selbstverstümmelung) kommen.
- Essen ungenießbarer, nicht zum Essen geeigneter Substanzen und Gegenstände.
- Psychische Störungen.
- Autismus (DD).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Tief greifende Entwicklungsstörungen

Frühkindlicher Autismus (Kanner)	Asperger-Syndrom	Rett-Syndrom
Jungen : Mädchen 3:1 (3-5/10.000) multifaktoriell bedingt	Jungen : Mädchen 8:1 (unklare Epidemiologie)	Nur Mädchen (x-chromosomal vererbt) (1/15.000)
Beginn meist vor dem 30. Lebensmonat	Kindergarten- und Schulalter (Beziehungsstörung ab 3. Lj.)	Entwicklung im 7. - 24. Lebensmonat
Intelligenz oft unterdurchschnittlich	oft überdurchschnittlich	Normale frühe Entwicklung
Selbstbezogenheit (Abkapseln) und sozialer Rückzug; verzögerte und gestörte Sprachentwicklung (verwaschen, unmoduliert, affektarm); stereotype Verhaltensmuster, ritualisierte Handlungsabläufe (Riechen, Tasten, Zählen); starke Angst vor Veränderungen im Umfeld	Frühzeitige Sprachentwicklung, großer Wortschatz, kreatives Sprechen; Kommunikations- und Beziehungsstörung, stereotype Interessen und Aktivitäten	Oft vollständiger Verlust der Sprache, Verlust zielgerichteter Handbewegungen, stereotype Handwaschbewegungen vor dem Körper, mangelhaftes Kauen, Hyperventilation, Verlangsamung des Kopfwachstums, Minderwuchs, kein Augenkontakt
Kein Blickkontakt, keine Empathie, kein soziales Interesse (nur ritualisierte Kontaktaufnahme), soziale Signale falsch gedeutet; Wutausbrüche, Selbstverletzungen	Kontaktverhalten: Umgebung wirkt störend	Nach dem 2. Lj.: Starre Spastik (Beine <), Skoliose, spinale Atrophie, Epilepsie (vor dem 8. Lebensjahr)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

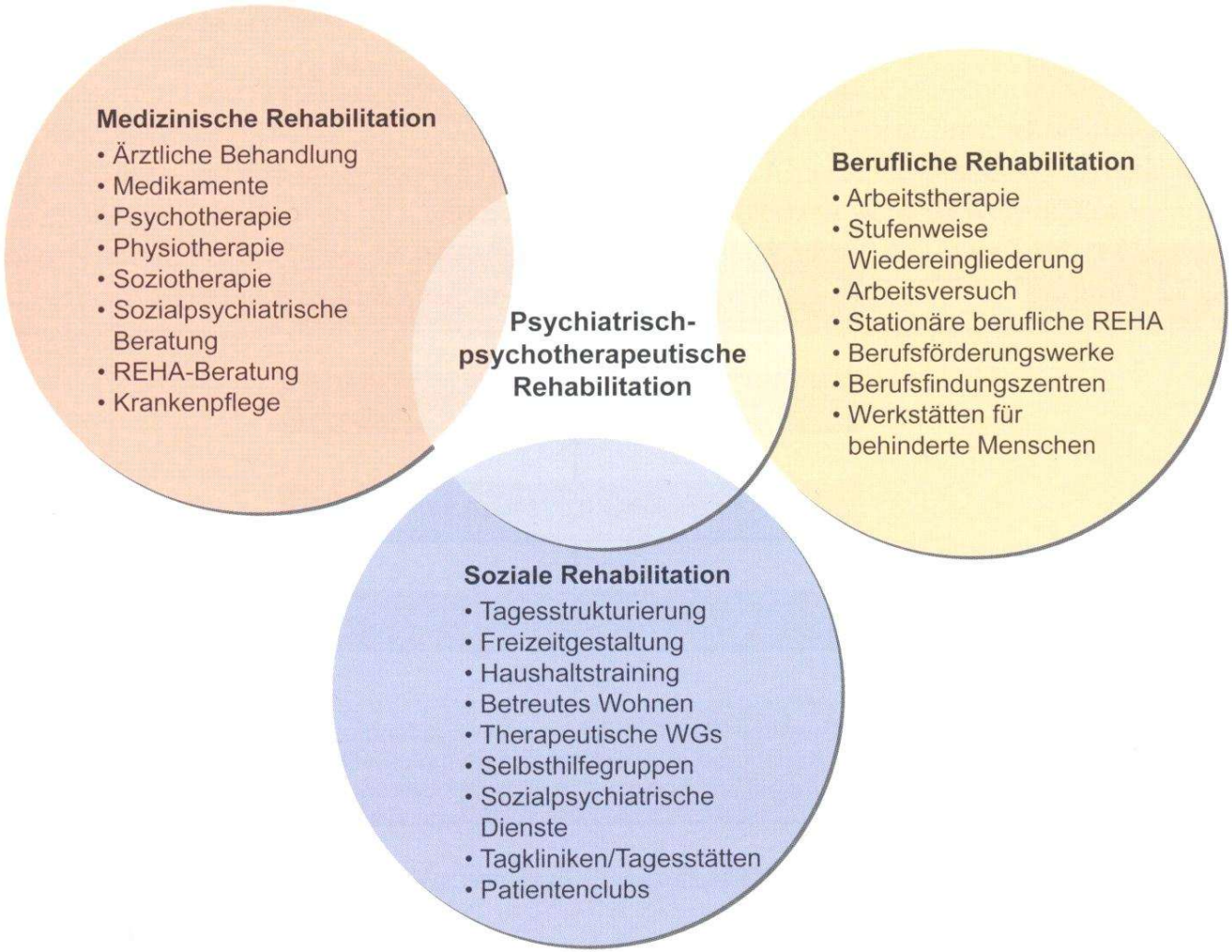
Allg.Path.12: Somatische und psychische Aspekte

Bei psychischen Störungen können auch körperliche Funktionen und der Lebenswille in Mitleidenschaft gezogen sein. Folgende Aspekte sollten in keiner Anamnese fehlen:

- Schlaf- und Vigilanzstörungen: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Früherwachen, Tagesmüdigkeit. DD: Schlafapnoe.
- Appetenzstörungen: Veränderter Appetit und Durst, verändertes sexuelles Verhalten.
- Vegetative Störungen: Kopfschmerzen, Kopfdruck, vermehrter Speichelfluss oder Mundtrockenheit, Schwindel, Herzrasen, Herzstolpern, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Atembeschwerden, Schwitzen, Blasenentleerungsstörungen, Menstruationsstörungen u.a.
- Zirkadiane Störungen: Schwankungen der Befindlichkeit und des Verhaltens im 24-Stunden-Rhythmus (z.B. Morgentief depressiver, Abendeinbruch dysthymer Patienten)
- Suizidalität: Suizidgedanken oder -handlungen, passive Todeswünsche bis hin zu Suizidversuchen.
- Aggressivität: Verbale Aggression oder Gewalttaten gegenüber anderen Personen oder Gegenständen.
- Soziales Verhalten: Sozialer Rückzug und Isolierung oder soziale Umtriebigkeit.
- Krankheitseinsicht: Inwieweit nimmt der Betroffene seine Störung wahr? Erlebt er sie als Krankheit? Ist er bereit zu einer Behandlung?

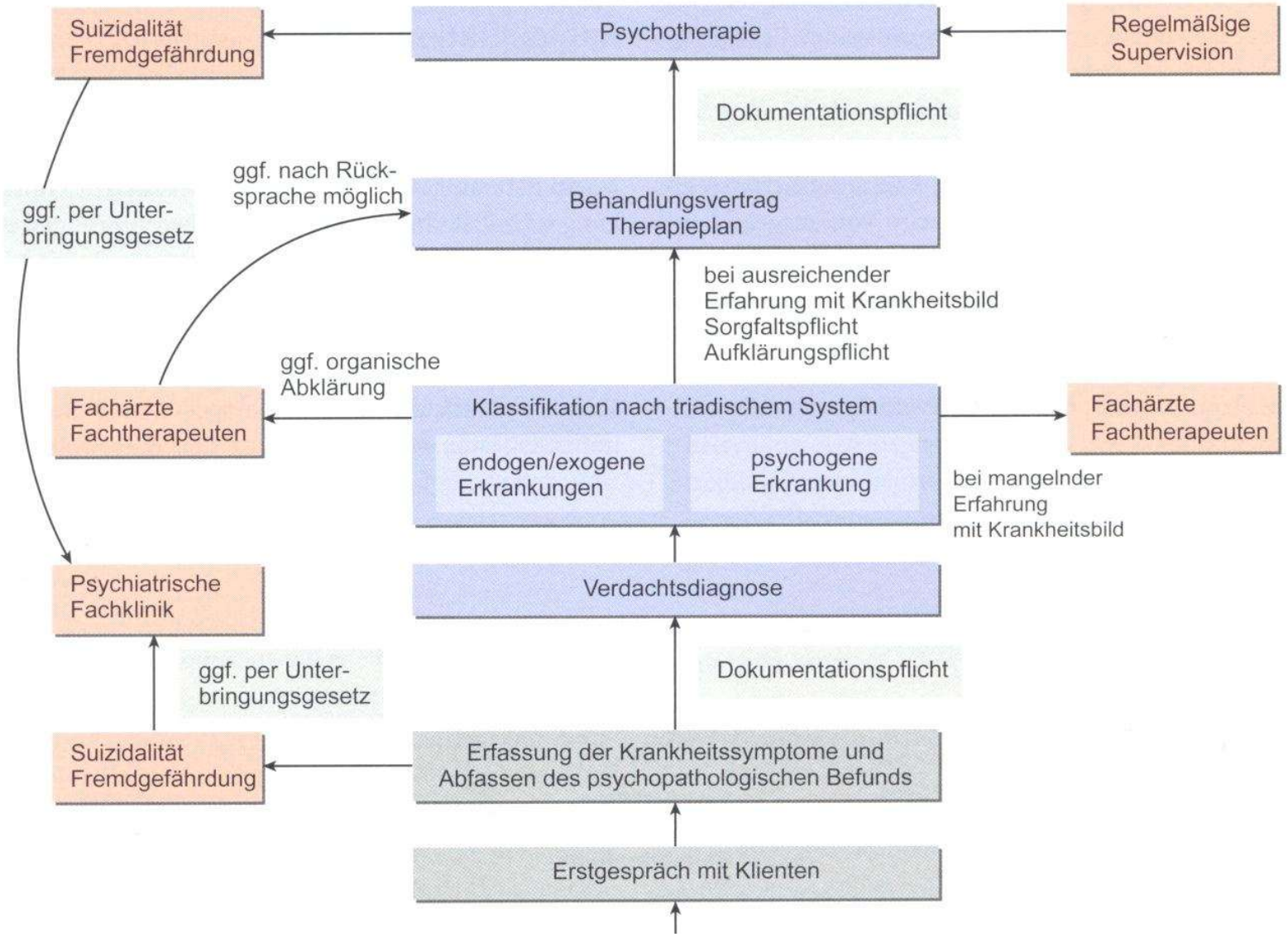
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychiatrisch-therapeutische Rehabilitation



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychiatrisch-therapeutische Rehabilitation



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen

Quelle: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Eine Publikation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Berlin 2018). Originaldaten [2]: Jacobi F. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1MH). Nervenarzt 85:77–87

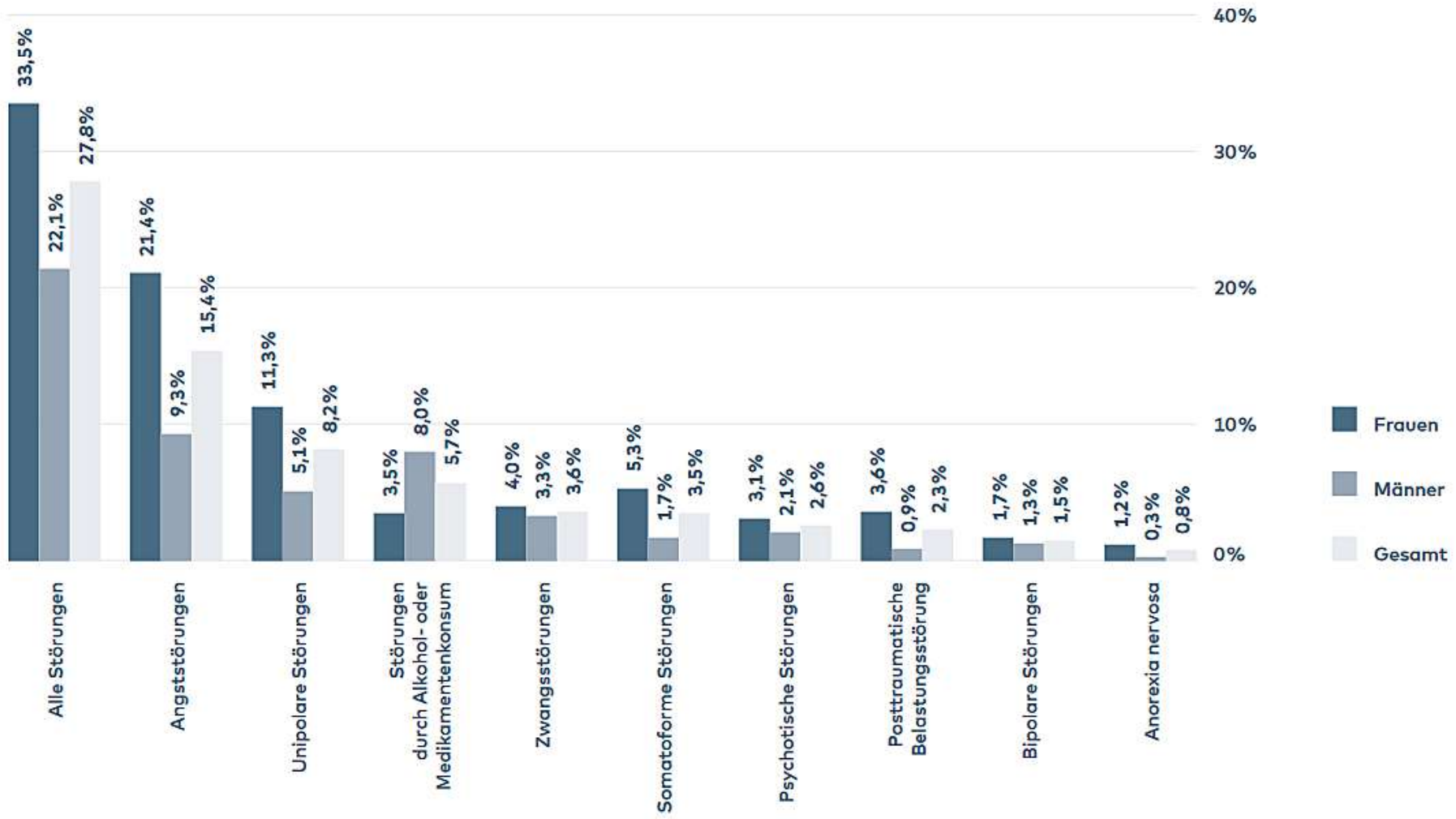


Abbildung 1: 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der erwachsenen Bevölkerung, differenziert nach Geschlecht [2]

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen

Quelle: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Eine Publikation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Berlin 2018). Originaldaten [2]: Jacobi F. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit" (DEGS1MH). Nervenarzt 85:77–87

Tab. 1 12-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung[a]

Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code)	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl Betroffener(Mio.)[b]
	Prozent (95%-Konfidenzintervall)			
Mögliche psychotische Störung (F2 und andere Gruppen psychotischer Störungen)[d]	3,1 (2,3–4,1)	2,1 (1,5–2,8)	2,6 (2,1–3,2)	1,7
Affektive Störungen (F3)	12,4 (10,9–14,1)	6,1 (5,1–7,2)	9,3 (8,3–10,3)	6,0
– Unipolare Depression	10,6 (9,2–12,2)	4,8 (4,0–5,7)	7,7 (6,9–8,6)	4,9
– Major-Depression	8,4 (7,2–9,9)	3,4 (2,8–4,3)	6,0 (5,2–6,8)	3,9
– Dysthyme Störung	2,5 (1,9–3,2)	1,4 (1,0–2,0)	2,0 (1,6–2,4)	1,3
– Bipolare Störung	1,7 (1,2–2,5)	1,3 (0,8–2,0)	1,5 (1,1–2,0)	1,0
– Bipolar I	1,1 (0,7–1,6)	0,9 (0,5–1,5)	1,0 (0,7–1,4)	0,6
– Bipolar II	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,6 (0,4–1,0)	0,4
Angststörung (F40, F41)	21,3 (19,4–23,2)	9,3 (8,0–10,8)	15,3 (14,2–16,6)	9,8
– Panikstörung[e]	2,8 (2,2–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	2,0 (1,6–2,5)	1,3
– Agoraphobie	5,6 (4,6–6,8)	2,3 (1,7–3,1)	4,0 (3,4–4,7)	2,6
– Soziale Phobie	3,6 (2,7–4,8)	1,9 (1,4–2,5)	2,7 (2,2–3,4)	1,7
– Generalisierte Angststörung	2,9 (2,2–4,0)	1,5 (1,1–2,2)	2,2 (1,8–2,8)	1,4
– Spezifische Phobien[f]	15,4 (13,8–17,2)	5,1 (4,2–6,2)	10,3 (9,3–11,3)	6,6
Zwangsstörung	4,0 (3,1–5,1)	3,3 (2,6–4,3)	3,6 (3,1–4,4)	2,3
Posttraumatische Belastungsstörung	3,6 (2,8–4,6)	0,9 (0,6–1,5)	2,3 (1,8–2,8)	1,5
Somatoforme Störung (F45)[g]	5,2 (4,3–6,4)	1,7 (1,3–2,4)	3,5 (2,9–4,1)	2,2
– SSI 4,6	0,9 (0,6–1,6)	0,6 (0,4–1,0)	0,8 (0,5–1,1)	0,5
– Schmerzstörung	5,0 (4,1–6,2)	1,3 (0,9–1,8)	3,2 (2,6–3,8)	2,1
Essstörung (F50)	1,4 (0,9–2,1)	0,5 (0,3–0,9	0,9 (0,7–1,3)	0,6

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS: Organische psychische Störungen (1)



HOPS: Veraltete Bezeichnung für akute und chronische organische Psychosyndrome z.B. nach SHT. Zu beobachten sind kognitive, affektive und psychomotorische Störungen, emotionaler Kontrollverlust, Bewusstseinsstörungen, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus). HOPS ist **keine** Diagnose, sondern ein Symptomkomplex!

Durchgangssyndrom (Wieck) nach Fieber, OP, Intoxikation, SHT (zu Beginn oder beim Abklingen einer hirnorganischen Störung): Vergleichbar dem Delir, aber **ohne quantitative Bewusstseinsstörung**.

OPS sind solche, deren Ursache nachweisbar in einer direkten Schädigung des Gehirns (zerebral) begründet ist oder die als Folge einer krankhaften Veränderung des Gesamtorganismus (systemisch) auftreten.

Dabei kann die Hirnerkrankung eine primär das Gehirn betreffende Erkrankung (z.B. SHT, Enzephalitis, Hirntumor, Morbus Alzheimer, M. Parkinson) oder eine körperliche Erkrankung sein, die sekundär zu einer Hirnfunktionsstörung führt (z.B. Diabetes, HIV, Hypothyreose, LM-Intoxikation, Nebennierenadenom).

Der ICD-10 unterteilt die OPS nach Störungen 1. und 2. Ranges:

Störungen 1. Ranges: Klare hirnorganische Ursache / primäre Hirnerkrankung: Demenz (*chronische* organische Psychose mit *Wesensveränderung* und *kognitiver Beeinträchtigung*), organisch-amnestisches Syndrom, Delir (*akute Bewusstseinsstörung*).

Störungen 2. Ranges: Hirnfunktionsstörung / sekundäre Hirnerkrankung aufgrund einer systemischen Erkrankung. Laboruntersuchungen bringen die Ursache zutage. Beispiele: Org. Halluzinose (nicht durch Alkohol / Drogen bedingt), org. katatone Störung, org. wahnhafte Störung, org. affektive Störung, org. Angststörung, org. dissoziative Störung, org. Persönlichkeitsstörung, leichte kognitive Störung. Das klinische Bild kann z.B. einer Depression oder Schizophrenie entsprechen. Der Nachweis einer organischen Ursache (z.B. Intoxikation, Schilddrüsenfehlfunktion, chron. Unterzuckerung) rechtfertigt die Diagnose einer OPS.

Cave: Unterschiedliche körperliche Erkrankungen können die gleichen psychischen Symptome hervorrufen. Die psychischen Symptome sind nicht spezifisch für die Ursache der Erkrankung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (2) - Systematik

ICD-10 Klassifikation	Unterteilung nach ICD-11
Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00) • mit frühem Beginn (bis 65 J.) (F00.0) • mit spätem Beginn (ab 65 J.) (F00.1) • Atypische oder gemischte Form (F00.2)	mit frühem Beginn (bis 65 J.) **(6D80.0)** mit spätem Beginn (ab 65 J.) **(6D80.1)** Gemischter Typ, zerebrovaskulär **(6D80.2)** Gemischter Typ, nicht-vaskulär **(6D80.3)**
Vaskuläre Demenz (F01)	Kortikal und/oder subkortikal **(6D81)**
Demenz bei Lewy-Körperchen-Erkrankung (F02.8)	Demenz bei Lewy-Körperchen-Erkrankung **(6D82)**
Demenz bei Pick-Krankheit (F02.0)	Frontotemporale Demenz **(6D83)**
Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02) • Demenz bei Pick-Krankheit (F02.0) • Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (F02.1) • Demenz bei Huntington-Krankheit (F02.2) • Demenz bei Parkinson-Krankheit (F02.3) • Demenz bei HIV-Krankheit (F02.4)	Demenz bei Parkinson-Krankheit **(6D85.0)** Demenz bei Huntington-Krankheit **(6D85.1)** Demenz bei Exposition von Schwermetallen u.a. Toxinen **(6D85.2)** Demenz bei HIV-Krankheit **(6D85.3)** Demenz bei Multipler Sklerose **(6D85.4)** Demenz bei Prionenerkrankung **(6D85.5)** usw.
Nicht näher bezeichnete Demenz (F03)	Demenz, nicht näher bezeichnete oder unbekannte Ursache **(6D8Z)**
Organisches amnestisches Syndrom (nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt) (F04)	Amnestische Störung **(6D72)**
Delir, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F05)	Delir **(6D70)**
Andere psychische Störungen aufgrund Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder körperlicher Krankheit (F06)	Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei andernorts klassifizierten Störungen oder Krankheiten **(6E6X)**
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (3)



Ein 69jähriger ehemaliger Bankkaufmann kommt zusammen mit seiner Frau und seiner Tochter in die Sprechstunde. Die Angehörigen beklagen eine zunehmende Vergesslichkeit und soziale „Abkapselung“ ihres Mannes bzw. Vaters. Häufig müsse die Ehefrau ihn mehrfach um Dinge bitten; z.B. bitte sie ihn, die Wäsche in den Keller zu bringen und er gehe dann mit diesem Auftrag aus dem Zimmer, bleibe aber im Wohnzimmer stehen, setze sich hin und schaue zum Fenster raus. Wenn sie ihn nicht ansprechen würde, bliebe er dann stundenlang untätig sitzen. Er sei so schweigsam geworden, gehe nicht mehr gerne Einkaufen und seit einem Monat meide er auch seine Doppelkopf-Abende bei seinen Freunden. Eigentlich sei er ein geselliger Mann, der gerne mit den Freunden rede und Karten spiele. Der Ehefrau sei außerdem aufgefallen, dass er sich wiederholt mit dem Auto verfahren habe, obwohl ihm die Strecken absolut geläufig seien. Auch habe er Termine verwechselt oder versäumt. Als sie zum Steuerberater gehen wollten, sei sie erschrocken, welche Unordnung in den Unterlagen ihres Mannes geherrscht habe, er sei sonst so genau und gewissenhaft. Vor gemeinsamen Treffen mit Freunden habe er sich auch öfters gedrückt und seit neuestem gehe er nicht mal mehr gerne zu seiner Tochter. Wenn man ihn auf diese Veränderungen anspreche, reagiere er abweisend oder sogar böse. Im Gespräch mit dem Therapeuten gibt der Klient jedoch zu, dass er Schwierigkeiten habe, sich Dinge zu merken und auch nicht mehr richtig rechnen könne. Auch falle es ihm schwer, Gesprächen zu folgen, weswegen er ungern Freunde und die Familie treffe. Er sei einfach nicht mehr „der Alte“ und fühle sich so nutzlos. Während er dies berichtet, steigen ihm Tränen in die Augen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (4) – Demenz bei M. Alzheimer (F00)

Nonnenstudie, durchgeführt vom Epidemiologen David Snowdon an der Kentucky-Universität (Sanders Brown Center). Sie lief ab 1986 mit der Beteiligung von 600 amerikanischen Ordensschwestern (Kongregation der Armen Schulschwestern von Unserer Lieben Frau) im Alter zwischen 76 und 107 Jahren. Eine Besonderheit ist hier die **Homogenität der Lebensführung** über einen sehr langen Zeitraum, etwa in Bezug auf die **Ernährung**, und auf der Methodenseite die hohe Dauer der Längsschnitte und die Prospektivität.

Sowohl Labor- als auch psychologische Parameter und histologische Schnitte des Gehirns konnten herangezogen werden. Über die Archive der Klöster waren Einblicke in den Lebenslauf der Teilnehmerinnen und deren geistige Aktivitäten vor Jahrzehnten möglich.

Ein auffälliges Ergebnis war die **Unabhängigkeit des pathologischen Gehirnbefunds** (multiple Alzheimer-Plaques) von der wiederholt erhobenen **intellektuellen Leistungsfähigkeit** derselben Personen zu Lebzeiten. Das heißt: Auch Personen, bei denen bei der Sektion stark veränderte Gehirnbefunde festgestellt wurden, konnten bis zu ihrem Tod **geistig anspruchsvolle Aufgaben** ausführen.

Eine **Demenz** (*lat. demens*: ohne Verstand) ist ein infolge einer Hirnkrankheit erworbener Intelligenzdefekt, der mit einem meist progredienten und irreversiblen **intellektuellen und mnestischen Abbau** einher geht. Es kommt zu einem Verlust früher vorhandener intellektueller Fähigkeiten. Symptomatik:

- Störungen des Gedächtnisses und der Lernfähigkeit
- Eingeschränktes Urteilsvermögen und verminderter Ideenfluss
- Orientierungsstörungen und Werkzeugstörungen (Lesen, Schreiben, Rechnen, komplexe Handlungsabläufe)
- Störungen im Sprachverständnis
- Begleitend: Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des sozialen Verhaltens und der Motivation (Frontalhirnsyndrom)
- Vermeidungsstrategien (z.B. Witze erzählen)
- Langfristig: Veränderung der Persönlichkeit, neurologische Symptome (Harn- bzw. Stuhlinkontinenz), Depression, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Wahnsymptome, Halluzinationen
- Generelle Dämpfung der kognitiven Fähigkeiten!

Neuropathologie: Ablagerung von amyloiden Plaques (neurotoxische Polypeptide = Aminosäuren. Altersbedingter Leistungsabfall des glymphatischen Abwassersystems des Nervensystems), Hirnatrophie, Veränderung der Neurofibrillen, erhöhte Aluminium-Konzentration. Für die Plaquebildung spielen hormonelle, immunologische und entzündliche Prozesse sowie Erkrankungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels eine Rolle.

Genetische Alzheimer-Variante (1%), beteiligt sind die Alzheimer-Gene APP, PSEN1 oder PSEN2 >> Veränderungen eines Amyloid-Vorläuferproteins >> frühere Amyloid-Plaques-Ablagerungen (mit 35 bis 60 Jahren). Nachdem sich Plaques in Gehirn aufgebaut haben, beginnt sich das Tau-Protein innerhalb von Nervenzellen zu verknoten. Tau-Proteine müssen sich ausbreiten, damit Krankheitssymptome sichtbar werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (5) – Demenz bei M. Alzheimer (F00)



Warnzeichen (Nat. Institute on Aging):

(1) Der Erkrankte wiederholt immer wieder die gleiche Frage.

(2) Er erzählt immer wieder die gleiche kurze Geschichte.

(3) Er weiß nicht mehr, wie bestimmte alltägliche Verrichtungen wie Kochen, Kartenspiel, Handhabung der TV-Fernbedienung funktionieren.

(4) Er hat den sicheren Umgang mit Geld, Überweisungen, Rechnungen und Ähnlichem verloren.

(5) Er findet viele Gegenstände nicht mehr oder legt sie an ungewöhnliche Plätze (unabsichtliches Verstecken) und verdächtigt andere Personen, den vermissten Gegenstand entwendet zu haben.

(6) Er vernachlässigt sein Äußeres, bestreitet dies aber.

(7) Er antwortet auf Fragen, indem er die ihm gestellte Frage wiederholt.

Ein demenzielles Syndrom muss über einen Zeitraum von **6 Monaten** bestehen, bevor die Diagnose einer Demenz gestellt werden kann.

Entscheidend für die Diagnosefindung sind:

- Ausführliche Eigen- und Fremdanamnese
- Testpsychologische Beurteilung der kognitiven Einbußen
- Neurologische bzw. internistische Abklärung

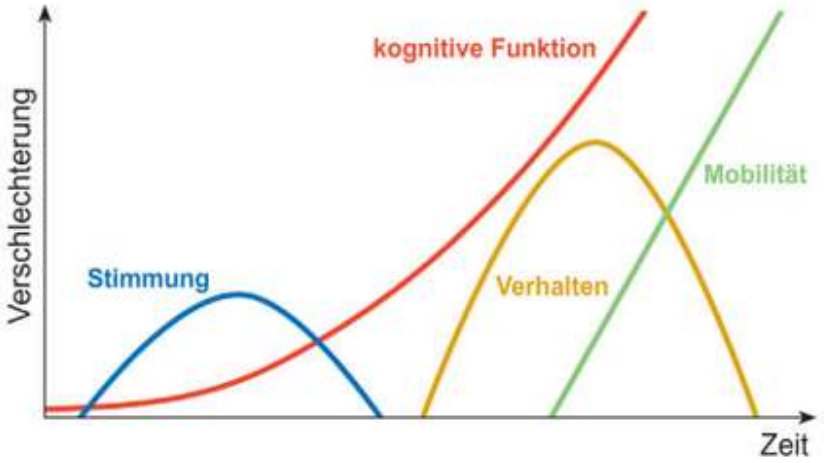
Alzheimer-Demenz ist eine **Ausschlussdiagnose**. Der Verdacht auf andere Ursachen (Vitamin-B_{12}-Mangel, Alkoholabusus, Hypoxie bei Herzinsuffizienz, Hypothyreose) muss vor der Diagnosestellung ausgeräumt werden. Die Abgrenzung gegenüber einer **depressiven Pseudodemenz** ist häufig schwierig.

Fragen zur orientierenden Diagnostik bei einem Verdacht auf Demenz:

- Wie gut können Sie sich Termine oder Namen im Vergleich zu früher merken?
- Fällt Ihnen häufiger ein Wort im Gespräch oder ein Begriff für Alltagsgegenstände nicht mehr ein?
- Haben Sie in letzter Zeit Schwierigkeiten, technische Geräte zu bedienen oder sich anzuziehen?
- Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit ein?
- Ist Ihr Alltagsablauf durch die Beschwerden beeinträchtigt?
- Seit wann erleben Sie die geschilderten Einschränkungen?

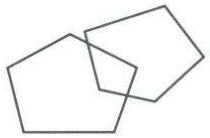
Mini-Mental-State-Test (kritisch bei Punktwert < 23) plus Benton-Test

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.



Symptomentwicklung bei der Demenz bei Alzheimer-Krankheit im Verlauf. Quelle: Klaus Lieb (Hrsg.) (2023): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (10. Auflage), S.147

Harvard Medical School (2025): **Taxi- und Krankenwagenfahrer** erkranken seltener an Alzheimer. Analysiert wurden fast 9 Millionen Menschen, die zwischen 2020 und 2022 in den USA starben. Die Forscher nutzten die beruflichen Daten der Probanden, um 443 Personen zu vergleichen, deren **Beruf eine räumliche Wahrnehmung in Echtzeit erforderte** und die an der Alzheimer-Krankheit starben. Der vermutliche Hauptgrund, warum Taxi- und Krankenwagenfahrer seltener krank werden, ist die **aktive Nutzung eines Teils des Gehirns, des Hippocampus**. Er ist für Lernen, Gedächtnis und räumliche Orientierung zuständig. Dieser Teil des Gehirns wird durch die Alzheimer-Krankheit frühzeitig geschädigt. *„Derselbe Teil des Gehirns, der an der Erstellung kognitiver räumlicher Karten beteiligt ist – mit denen wir uns in der Welt um uns herum zurechtfinden – ist auch an der Entwicklung der Alzheimer-Krankheit beteiligt“,* sagte der Gesundheitsforscher und Arzt Vishal R. Patel. *„Wir vermuten, dass Berufe, die eine räumliche und navigatorische Verarbeitung in Echtzeit erfordern, im Vergleich zu anderen Berufen mit einer geringeren Alzheimer-Sterblichkeit verbunden sind“*.

MMST	Fragen	Punkte
1. Orientierung		
a) zur Zeit	Welche(n/s) • Jahr • Jahreszeit • Monat • Tag • Datum haben wir?	max. 5 Punkte
b) zum Ort	Wo befinden wir uns? • Staat • Bundesland • Stadt • Krankenhaus • Stockwerk oder Station	max. 5 Punkte
2. Nachsprechen	Sprechen Sie mir bitte nach: Uhr, Cent, Boot	(Der Patient erhält für jedes richtig wiederholte Wort je 1 Punkt; maximal bis fünfmal vorsagen) max. 3 Punkte
3. Aufmerksamkeit und Rechnen	Bitte ziehen Sie von 100 fortlaufend jeweils 7 ab.	(Für jede richtige Subtraktion bis 65 erhält der Patient 1 Punkt; Folgefehler werden nicht gerechnet) max. 5 Punkte
4. Gedächtnis	Erinnern Sie sich an die Wörter, die ich Ihnen eben vorgesagt habe?	max. 3 Punkte
5. Benennen	Was ist das? (Armbanduhr, Bleistift)	max. 2 Punkte
6. Nachsprechen	Bitte sprechen Sie mir nach: Die Katze sitzt auf dem Dach.	max. 1 Punkt
7. Sprachverständnis	Nehmen Sie bitte das Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte, und legen Sie es auf den Boden!	(Der Patient erhält für jede richtig ausgeführte Aktion 1 Punkt) max. 3 Punkte
8. Lesen	Bitte lesen Sie das, und tun Sie es auch! (Auf einem separaten Blatt wird dem Patienten die Aufforderung „Schließen Sie die Augen!“ vorgelegt.)	max. 1 Punkt
9. Schreiben	Bitte schreiben Sie irgendeinen Satz! (vollständiger Satz mit Subjekt und Prädikat)	max. 1 Punkt
10. Zeichnen	Bitte zeichnen Sie das ab! 	max. 1 Punkt
Gesamtwert		max. 30 Punkte

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (7) – Vaskuläre Demenzen und Lewy-Körperchen-Demenz

Vaskuläre Demenzen (10 bis 15 Prozent aller Demenzen) basieren auf einer Erkrankung der Hirngefäße. Charakteristisch sind:

- Vaskuläre Risikofaktoren in der Vorgeschichte (z.B. Hypertonie, Nikotinabhängigkeit, hohe Cholesterinwerte, Adipositas, Diabetes)
- Vorgeschichte zerebraler Infarkte
- Ein meist plötzlicher Beginn und eine stufenweise Verschlechterung
- Fokale neurologische Defizite
- Ungleiche Verteilung kognitiver Defizite (ein neuropsychologischen Symptom entsprechend einer vaskulären Läsionsstelle).

Die ICD-10 unterscheidet folgende Subgruppen:

- **Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn** (F01.0): Sie entwickelt sich rasch und plötzlich nach einem oder einer Reihe vorangegangener Schlaganfälle infolge von vaskulären **Thrombosen**, **Embolien** oder **Blutungen**. Seltener ist eine einzige massive Blutung die Ursache.
- Die **kortikal lokalisierte Multiinfarktdemenz** (F01.1) beginnt allmählich nach mehreren kleinen ischämischen Episoden, die zu einer Anhäufung von Defekten im Hirngewebe führen.
- Bei **subkortikaler vaskulären Demenz** (F01.2) zeigen sich auf der Basis einer arteriellen Hypertonie ischämische Herde im Marklager der Hemisphären. Im Gegensatz zum klinischen Bild (vgl. der Alzheimer-Demenz) ist die Hirnrinde gewöhnlich intakt. Typisch sind Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration, Antrieb, Stimmung (Affektlabilität), Gangstörungen, Harninkontinenz, Hypokinese und Rigor.

Die **Lewy-Körperchen-Erkrankung** ist für bis zu 20 Prozent aller Demenzen verantwortlich.

Vor oder binnen eines Jahres nach Beginn der kognitiven Symptome treten zusätzlich Parkinson-Symptome auf. Beginn ist schleichend. Vor allem Defizite bei der **Visuokonstruktion**, **Aufmerksamkeit** und **Psychomotorik** (vs. Gedächtnisstörungen bei Alzheimer). Oft komplexe visuelle Halluzinationen und Symptome einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung (lebhafte Träume von Angriffen). Zitat: *„Ich möchte, dass die Leute, die bei mir im Wohnzimmer sitzen, Miete zahlen.“* Symptomatik wechselt von Tag zu Tag. Unverträglichkeit von Neuroleptika. Instabilität der Körperhaltung mit Stürzen und Synkopen. Autonome Dysfunktionen (orthostatische Hypotension, Harninkontinenz, Obstipation), Hypersomnie, Hyposmie (Riechstörung), Halluzinationen, Wahn, Apathie, Ängstlichkeit, Depression.

Lewy-Körperchen sind intraneurale Einschlusskörper (Ablagerungen von Synuclein und Ubiquitin). Sie treten vor allem in der Substantia nigra auf. Zellgebiete mit hoher Zahl an Lewy-Körperchen zeigen häufig einen starken **Neuronenverlust**. In der Substantia nigra sind sie für die bei Dopaminmangel entstehenden Pakinson-Symptome verantwortlich. Medikamentös: AChE-Hemmer bessern kognitive Symptome und Verhaltensstörungen. Die Erkrankung spricht positiv auf Ergotherapie, körperliche Aktivierung und Musiktherapie an.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (7) – Frontotemporale Demenz und Creutzfeld-Jakob-Krankheit

Frontotemporale Demenzen sind eine heterogene Gruppe von Demenzen mit unterschiedlicher Ausprägung:

- **Behaviorale Variante der frontotemporalen Demenz (bvFTD)** (früher Pick-Krankheit): Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen. Eine Krankheitseinsicht besteht zu Beginn der Erkrankung nicht. Symptome: Frühe Verhaltensenthemmung, frühe Apathie oder Passivität, früher Verlust von Sympathie oder Empathie, frühes perseveratives, stereotypes oder zwanghaftes / ritualisiertes Verhalten, Hyperoralität und Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten, neuropsychologisches Profil.
- **Primär progressive Aphasie (PPA)** *ohne Einschränkung des episodischen oder visuellen Gedächtnisses* wie beim M. Alzheimer mit drei Untervarianten:
  - **Nichtflüssige, agrammatische PPA**: Störung der Sprachproduktion: Unflüssige Spontansprache mit Telegrammstil, Agrammatismus in der expressiven Sprache, angestrengtes stockendes Sprechen mit inkonsistenten Lautfehlern und Lautentstellungen. Das Verständnis syntaktisch komplexer Sätze kann beeinträchtigt sein, das Einzelwortverständnis und Objektwissen ist i.d.R. erhalten.
  - **Semantische Variante der PPA**: Störung des Bedeutungsgehaltes (Semantik): Gestörtes Verständnis des Sinns von Wörtern (semantische Aphasie) und/oder gestörtes Wissen um Objekte (assoziative Agnosie). Klinisch zeigen sich semantische Paraphasien und Benennstörungen. Zudem kann eine Dyslexie oder Dysgrafie vorliegen. Die Sprachproduktion (Grammatik und Sprechmotorik) und das Nachsprechen sind intakt.
  - **Logopenische Variante der PPA**: Mischbild aus Wortfindungsgstörungen für Einzelworte in der Spontansprache und beim Benennen sowie Schwierigkeiten beim Nachsprechen auf Satz- und Phrasenebene. Phonematische Paraphasien in der Spontansprache und beim Benennen können vorliegen. Es darf kein Agrammatismus vorhanden sein. Objektwissen und Sprechmotorik sind intakt. Sie kann auch als atypische, sprachbezogene Variante der Alzheimer-Krankheit angesehen werden.

Die **Creutzfeld-Jakob-Krankheit** (CJK) ist eine **chronische Enzephalopathie**, die in der Demenz mündet. Nervenzellen degenerieren und das Gehirn erhält eine schwammartig durchlöcherte Struktur (spongiform). Der Ursprung der CJK wird in einem veränderten Körpereiweiß vermutet, welches bereits in verschiedenen Körperflüssigkeiten (z.B. Muttermilch) nachgewiesen wurde. Bei etwa jedem 1000. Verstorbenen lassen sich Anzeichen der CJK nachweisen. Eine Übertragung der Erkrankung wurde bei Transplantationen von **Hornhaut**, Injektionen von **Wachstumshormonlösungen** menschlichen Ursprungs und fehlerhaft sterilisierten **Operationsbestecken** bei neurochirurgischen Eingriffen nachgewiesen. Etwa 10% der CJK-Fälle traten familiär gehäuft und unabhängig vom Kontakt mit kontaminiertem Material auf. Dies legt eine **erbliche Komponente** nahe. CJK gehört zur Gruppe der **Prionenkrankheiten**. Rasch fortschreitender Verlauf (wenige Monate bis 2 Jahre).

In den letzten Jahren vermutete man, dass es eine Verbindung zum „Rinderwahn“, der **bovinen spongiformen Enzephalopathie** (BSE), nach dem Verzehr kontaminierter Lebensmittel gibt. Die dabei beobachtete CJK brach deutlich rascher auf und betraf auch Jugendliche, weshalb sie als neue Variante (nvCJK) bezeichnet wurde.

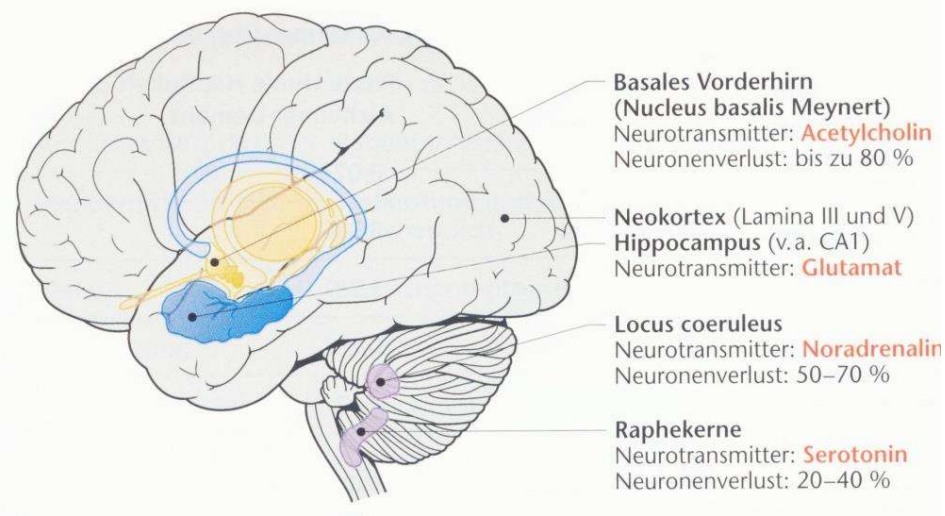
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (8) – Unterscheidung von Demenzen

Demenzform	Krankheits-vorgeschichte	Verlauf	Symptomatik	Organische Befunde
Alzheimer-Demenz	In der Regel keine auffälligen körperlichen/psychischen Erkrankungen	Langsam progredient	Defizite betreffen in gleichem Maße Gedächtnis, Orientierung und Urteilsfindung. Keine fokalen neurologischen Ausfälle.	PET: temporoparietaler Hypometabolismus. Liquor: ggf erhöhtes τ-Protein.
Vaskuläre Demenz (Multi-Infarkt-Demenz)	Vaskuläre Risikofaktoren (Bluthochdruck, Nikotinabusus, Fettleibigkeit, erhöhtes Cholesterin, Diabetes mellitus), zerebrale Infarkte	Schubweise Verschlechterung	Fokal neurologische Ausfälle, kognitive Defizite ungleich verteilt, Symptome entsprechend dem Bereich der Schädigung.	CT: zerebrale Infarkte oder subkortikale vaskuläre Enzephalopathie. PET: fokaler Hypometabolismus.
Frontotemporale Demenz (M. Pick)	In der Regel keine auffälligen körperlichen/psychischen Erkrankungen	Langsam progredient	Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen gehen Gedächtnisstörungen voran. Typischerweise völlige Apathie oder Triebenthemmung mit sozialem Tabubruch (sexuelle Enthemmung, Distanzlosigkeit), Witzelsucht. Keine neurologische Symptomatik.	CT: frontale Atrophie. PET: frontaler Hypometabolismus.
Demenzen bei neurologischen/internistischen Grunderkrankungen (➢ Kap. 3)	Neurologische Erkrankungen, wie Chorea Huntington (positive Familienanamnese), M. Parkinson, Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK), paraneoplastische Syndrome, Infektionen (HIV)	CJK: rascher Verlauf	Chorea Huntington: choreatische Bewegungsstörung. M. Parkinson: Rigor, Akinese, Tremor. CJK: Kleinhirnsymptome, Krampfanfälle, Myoklonien.	Chorea Huntington: CT/MR: Kaudatum-Atrophie; genetische Diagnostik. CJK: EEG – triphasische Wellen, CT: Hyperintensität in Basalganglien; Liquor: spezifische Marker erhöht.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (9) – Ätiologie



Betroffene Neurotransmittersysteme bei Morbus Alzheimer

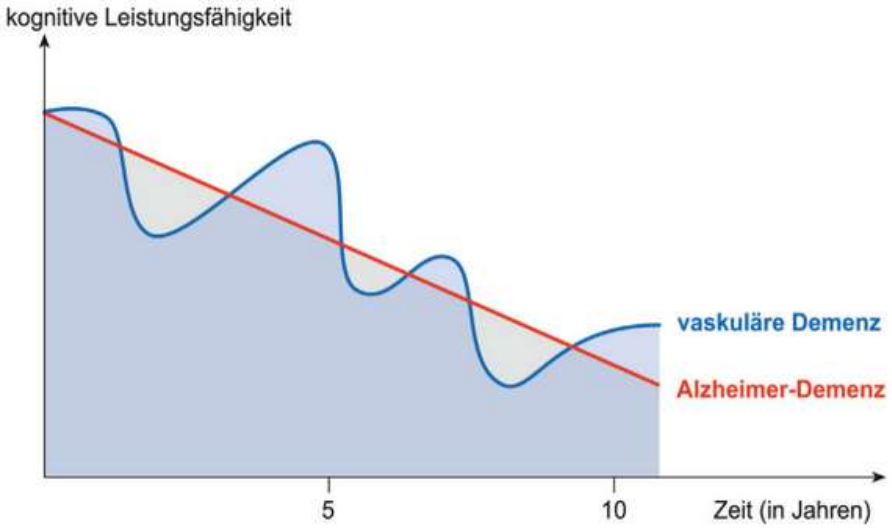
Bis zu 30% der HIV-positiven Menschen entwickeln eine AIDS-Demenz, die sich durch Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigung der Motorik auszeichnet. Unbehandelt kann sie bis zum Koma und zum Tod führen. Ursache für die Demenz ist das HI-Virus, das durch die Blut-Hirn-Schranke ins Gehirn gelangen kann. Forscher stellten fest, dass für den Zelluntergang nicht das ganze Virus notwendig ist, sondern dessen Hüllprotein gp120 ausreicht. Ursache ist vermutlich eine Blockade von Stammzellen im Gehirn. Diese sind – in geringem Umfang – in der Lage, abgestorbene Neuronen zu ersetzen. Solche adulten neuralen Vorläuferzellen (aNPC) sind unter anderem im Gyrus dentatus des Hippocampus vorhanden. Der Hippocampus hat eine zentrale Rolle in der Gedächtnisbildung beim Menschen. Schädigungen führen zur Demenz.
Anfangs lässt sich der Neuronenverlust noch kompensieren. Zunächst deuten sich nur leichte neurologische Ausfälle an. Die Betroffenen können sich schlechter konzentrieren, ihr Redefluss erlahmt, sie leiden unter Gedächtnislücken und depressiven Verstimmungen und ziehen sich folglich sozial immer mehr zurück. Der Zustand bleibt oft über Jahre oder sogar Jahrzehnte unverändert, bis die motorischen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten schließlich nach und nach schwinden.

Mögliche Ursachen von Demenzen:

- Neurodegenerative Prozesse im Gehirn (Morbus Alzheimer, M. Pick, Lewy-Körper-Demenz)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen mit Störungen der Hirndurchblutung (vaskuläre Demenzen) (Ischämie, hypertensive Enzephalopathie, Embolie bei Myokarditis, koronare Atherosklerose)
- Systematrophien: Morbus Parkinson, Chorea Huntington
- Autoimmunerkrankungen: Systemischer Lupus erythematodes (SLE), Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Hashimoto-Thyreoiditis
- Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Boxer-Demenz, chronisches Subduralhämatom
- Infektionen: Meningitis, Herpes-Simplex-Enzephalitis, HIV-Krankheit, Lues III bzw. Neurosyphilis (Treponema pallidum), parasitäre Krankheiten, CJK
- Intoxikationen: Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit, Vitaminmangel (Thiamin=B_1, Niacin=B_3, B_{12}), Kohlenmonoxid-, Schwermetallvergiftung
- Störungen der Liquorzirkulation (Normaldruckhydrozephalus)
- Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Hypoglykämie)
- Neoplastische Erkrankungen (intrazerebrale oder extrazerebrale Tumoren mit Metastasen).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (10) – Krankheitsverlauf und Therapie



Verlauf von Alzheimer-Demenz und vaskulären Demenzen im Vergleich
Quelle: Klaus Lieb (Hrsg.) (2023): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (10. Auflage), S.145

Alzheimer-Demenz: Lebenserwartung ab Diagnosestellung 5 – 8 Jahre, die letzten 2 Jahre starke Pflegebedürftigkeit (Unruhe, Verwirrtheit), häufigste Demenzform, betrifft 5% der über 65jährigen Personen, familiäre Häufungen sind selten

Vaskuläre Demenz: Lebenserwartung ab Diagnosestellung 4 Jahre, zweithäufigste Demenzform

Morbus Pick: Lebenserwartung ab Diagnosestellung 5 – 10 Jahre, seltenere Demenzform, betrifft vor allem Männer unter 65 Jahren

Häufigste Todesursache bei Demenzen ist eine **Pneumonie** in Folge der Bettlägerigkeit.

Demenzursachen (z.B. Infektion, kardiovaskulär, Intoxikation) medikamentös behandeln. Keine Heilung bei Morbus Alzheimer und Morbus Pick.

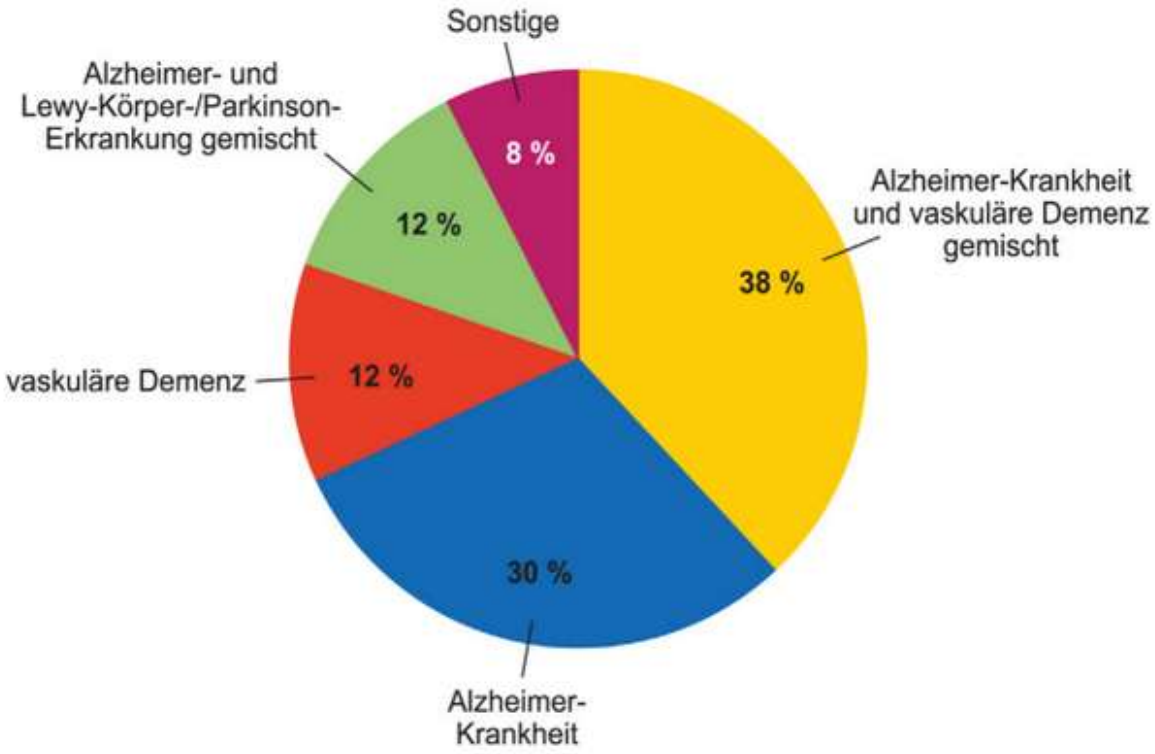
Psychopharmaka (Nootropika wie Gingkopräparate / Tebonin®, Acetylcholinesterase-Hemmer wie Donezepil / Aricept®) können den Krankheitsverlauf u.U. verlangsamen. Eine psychiatrische Symptomatik (Wahn, Depression, Unruhe) kann den Einsatz von Antidepressiva oder Neuroleptika sinnvoll machen.

Ergotherapie: Realitätsorientierung, Organisation des Tagesablaufs, Aufklärung über medizinische Hintergründe der Erkrankung. Gedächtnistraining kann die Zufriedenheit der Patienten (Kontrollgefühl) erhöhen.

Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige. Klärung von: Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Heimunterbringung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (11) – Häufigkeit von Demenzen



Prozentuale Häufigkeit verschiedener Demenzformen
Quelle: Klaus Lieb (Hrsg.) (2023): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (10. Auflage), S.144

Altersgruppe [Jahre]	Häufigkeit der Demenz [%]
30–59	0,02
65–69	1,6
70–74	3,5
75–79	7,3
80–84	15,6
85–89	26,1
≥ 90	41,0
≥ 65	**10,0**

Häufigkeit von Demenz-Erkrankungen
Quelle: Klaus Lieb (Hrsg.) (2023): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (10. Auflage), S.146

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (13) – Organisches amnestisches Syndrom (F04)

Alternativbezeichnung: Nicht durch Alkohol oder andere Drogen bedingtes **Korsakow-Syndrom**

Symptomatik:
- Erhebliche Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (nicht durch Alkohol oder andere Drogen verursacht).
- Anterograde Amnesie
- Zeitliche Desorientiertheit
- Wahrnehmung, kognitive Funktionen und Intellekt (logisches Denken) sind in der Regel nicht betroffen
- Konfabulationen können auftreten (sind nicht obligatorisch).

Ätiologie:
- Schädel-Hirn-Trauma (SHT), zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Infektionen (Enzephalitis)
- Multiple Sklerose, Hirntumoren
- CO-Vergiftungen
- Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff (z.B. Tauchunfall, Narkosezwischenfall, Strangulation, Anämie)

DD: Gasblasenbildung durch überschüssiges Inertgas (Stickstoff, Edelgase, die reaktionsträge sind) (Dekompressionskrankheit*) bzw. druckbedingter Einriss zentraler Lungengefäße (arterielle Gasblasenembolie).

* Bei einem Tauchgang auf z.B. 30 m Tiefe diffundiert durch den erhöhten Partialdruck des Gases in der Atemluft mehr Stickstoff durch die Alveolar- und Kapillarmembranen und löst sich im Blut (die Löslichkeit steigt mit dem Umgebungsdruck). Das stickstoffreichere Blut wird dann durch die Gefäße zu den Geweben im Körper transportiert, wo sich die Stickstoff-Konzentration entsprechend der Partialdruck-verschiebung und der erhöhten Löslichkeit erhöht.

Während des Aufstieges entsättigen sich die Gewebe von dem Stickstoff, der über das Blut zur Lunge transportiert und abgeatmet wird. Bei einem zu schnellen Aufstieg an die Ober-fläche (unter Missachtung der Dekompres-sionsregeln) sinkt der Außendruck schneller ab, als es zur entsprechenden Entsättigung kommen kann. Blut und Gewebeflüssigkeit weisen dann eine Gasübersättigung auf.

Der Stickstoff zusammen mit allen anderen gelösten Gasen bleibt dann nicht vollständig in Lösung, sondern bildet Blasen. Diese Gasblasen können im Gewebe zu mechanischen Verletzungen führen und in Blutgefäßen eine Gasembolie bilden und somit eine lokale Unterbrechung der Blutversorgung verursachen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (14) – Delir (F05)



Eine 67jährige Patientin wurde am Tag zuvor an der Hüfte operiert. Bei der morgendlichen Visite ist sie schläfrig, reagiert auf Ansprache zunächst nicht, erst als ein Pfleger sie am Arm berührt, blickt sie verwundert um sich.

Auf Fragen nach ihrem Befinden antwortet sie ausweichend und wortkarg. Dann steht sie plötzlich auf und geht unruhig im Zimmer umher. Sie wirkt aufgebracht, schwitzt und zittert. Sie wolle jetzt sofort nach Hause, sagt sie, dieses Hotel sei ein „Schweinestall“.

Ob denn die Damen und Herren nicht die Käfer und Spinnen auf ihrem Bett sehen würden. So etwas sei ihr noch nie passiert. Dieses „Etablissement“ habe mit Sicherheit ihre Schwägerin ausgesucht. Die sei heute Nacht da gewesen.

Sie habe sie genau gesehen, wie sie durch das Hotelzimmer spaziert sei. Die glaube heute noch, dass sie das Erbe veruntreut habe. „Eine Unperson ist das, ich muss schon sehr bitten“ ruft sie. Dann setzt sie sich abrupt auf ihr Bett, verstummt, nestelt wortlos und ratlos an ihrem Nachthemd.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (15) – Delir (F05)



Akute unspezifische Reaktion des Körpers auf eine Schädigung, die sich nach Beseitigung der Ursache zurückbildet. Der klassische Fall einer **akuten organischen Psychose**! Früher wurde unter Delir vor allem das Alkoholentzugsdelir verstanden. Der ICD-10 bezieht vielfältige Ursachen ein.

Symptomatik:

- **Bewusstseinsstörung als Leitsymptom**
- Wahrnehmungsstörungen (typisch: optische Halluzinationen, illusionäre Verkennungen); **akustische Halluzinationen weisen auf Schizophrenie hin**
- Kognitive Störungen (Störung der Merkfähigkeit mit meist gut erhaltenem Altgedächtnis; Beeinträchtigung des abstrakten Denkens)
- Desorientierung (meist zeitlich, aber auch zu Ort und Personen)
- Psychomotorische Störungen (Beschäftigungsunruhe, Nesteln, verlängerte Reaktionszeit, verstärkte Schreckreaktion, verminderter oder verstärkter Redefluss)
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, nächtliche Zunahme der Symptome
- Affektive Störungen (Depression, Angst, Reizbarkeit, Euphorie, Apathie, **staunende Ratlosigkeit**)
- Vegetative Begleitsymptome (Zittern, Schwitzen).

Die Symptomatik **beginnt rasch**, **fluktuiert stark** und ist von **kurzer Dauer**.

Menschen im Delir sind **sehr suggestibel**. Sie würden nach Aufforderung von einem leeren Blatt lesen oder einen nicht vorhandenen Faden aufheben.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (16) – Charakterisierung nach dem Verlauf



	Akute organische Psychose	**Chronische organische Psychose**
Kennzeichen	Akut einsetzend, reversibel	Sich langsam entwickelnd (progredient), irreversibel
Leitsymptome	Bewusstseinsstörung (Eintrübung)	Denk- und Gedächtnis-störungen (Störungen der kognitiven Fähigkeiten)
Typisches Krankheitsbild	Delir (z.B. Delirium tremens)	Demenz (z.B. Morbus Alzheimer)
Behandlung	Stationär, Behandlung der Ursache (Medikamente, chirurgischer Eingriff usw.)	Behandlung der Grunderkrankung (Medikamente, chirurgischer Eingriff usw.)
Dauer	Höchstens 6 Monate	Mindestens 6 Monate

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (17) – Delir (F05) – Verlauf und Ätiologie



Delire entwickeln sich plötzlich mit ausgeprägter Symptomatik und dauern in der Regel nicht länger als 1 Monat, wenn die Ursache des Delirs adäquat behandelt wird. Bleibt die Therapie aus, kann ein Delir in eine **chronische OPS** (z.B. Demenz) übergehen.

Etwa 15% aller stationären chirurgischen und internistischen Patienten entwickeln ein Delir. Risikofaktoren sind:

- Alter (Kinder und Senioren über 65 Jahre)
- Männliches Geschlecht
- Vorgeschädigtes Gehirn
- Alkohol- oder andere Drogenabhängigkeit
- Einnahme von vielen unterschiedlichen Medikamenten.

Ursachen des Delirs können sein:

- Entzug von Alkohol, Medikamenten (Barbiturate, Anxiolytika, Benzodiazepinen, Opiate) oder Drogen
- Intoxikation mit Amphetaminen, Halluzinogenen, Medikamenten (z.B. Anticholinergika, Digitalis, trizyklische Antidepressiva, Antiparkinsonmittel)
- Stoffwechselerkrankungen
- Leber- oder Nierenerkrankungen
- SHT und Gefäßerkrankungen
- Störungen des Elektrolythaushaltes (z.B. postoperativ, Fieber).

Nach dem ICD-10 wird das Delir, das durch psychotrope Substanzen verursacht wird, an anderer Stelle verschlüsselt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (18) – Delir (F05) – Therapie



Das Delir kann **lebensbedrohlich** sein und macht eine **sofortige Einweisung** in eine stationäre Behandlung notwendig. Entscheidend ist die **frühzeitige Erkennung und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung**.

Weiteres Vorgehen:

- Allgemeine und symptomatische Maßnahmen (z.B. geeignete Ernährung, ausgeglichener Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt)
- Vermeiden von Verletzungen oder Unfällen (ggf. Sedierung, Helm)
- Medikamentöse Behandlung (Neuroleptika zur Behandlung psychotischer Symptome, Clomethiazol bei Unruhe und Erregung)
- Sensorische, soziale und pflegerische Betreuung, möglichst Einbindung von Familienmitgliedern.

Clomethiazol (Distraneurin®), das beruhigend und krampflösend wirkt, darf aufgrund seiner Nebenwirkungen (Gefahr der Atemdepression, vermehrte Schleimbildung in den Bronchien, Gefahr der Abhängigkeit) **nur** stationär angewendet werden.

Stationärer Entzug bei alkohol- oder drogenabhängigen Klienten! Bei einem abrupten Entzug kann ein Delir tödlich enden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

OPS (19) – Organische Halluzinose (F06.0)



Die organische Halluzinose gehört zu den OPS 2. Ranges.

Kriterien für die Diagnose:

- Ständige oder immer wieder auftretende **Halluzinationen** irgendeines Sinnesgebietes
- Fehlen von Bewusstseinstrübung
- Fehlen eines eindeutigen intellektuellen Abbaus
- Keine auffälligen Störungen der Affektivität
- Kein Vorherrschen von Wahnideen.

Grundsätzlich muss der **Nachweis einer organischen Ursache** für die Entwicklung der Störung erbracht sein, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptome steht.

Als Ursache für die organische Halluzinose kommen die gleichen körperlichen Erkrankungen in Frage, die ein Delir oder eine Demenz bedingen können.

Der **Dermatozoenwahn** oder die **chronische taktile Halluzinose** gehören zu den organischen Halluzinosen. Die Betroffenen sind wahnhaft davon überzeugt, von Ungeziefer befallen zu sein, weil sie krabbelnde oder beißende Bewegungen auf oder unter der Haut wahrnehmen.

Alkoholhalluzinose siehe unter Alkoholabhängigkeit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (1) – Begriffe



Psychische Abhängigkeit = Unwiderstehliches, dauerhaftes Verlangen (engl. „craving“) nach der Einnahme und Beschaffung einer Substanz (stoffgebunden) oder dem Ausführen einer Tätigkeit (nicht-stoffgebunden).

Körperliche Abhängigkeit = Der Organismus hat eine Toleranz gegenüber einer Substanz entwickelt. Die Substanz muss immer wieder bzw. in höheren Dosen eingenommen werden, damit sich der gewünschte Effekt einstellt und keine Entzugssymptome auftreten.

In den 60er Jahren hat die WHO die Sucht (psychische Abhängigkeit) begrifflich von der Gewöhnung (körperliche Abhängigkeit) unterschieden.

Abusus = Unangemessener Gebrauch (z.B. schneller Griff zum ASS).

Missbrauch = Schädlicher Gebrauch, d.h. übermäßige Dosierung des Genuss- oder Schmerzmittels. Die resultierende Schädigung kann psychisch (Angst bei Alkoholabusus) oder körperlich (Leberschaden) sein.

Abhängigkeitsentwicklung = Psychotrope Substanzen stimulieren oder dämpfen einen Gemütszustand. Die Stimmung bessert sich. Nach Abklingen der Wirkung Ernüchterung, die das Bedürfnis nach erneuter Einnahme der Substanz weckt.

Suchtpotential = Stärke einer psychotropen Substanz, mit der sie beim Konsumenten die Entwicklung einer Abhängigkeit bewirkt.

Polytoxikomanie = Abhängigkeit von mehreren psychotropen Substanzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (2) – ICD-Klassifikation

Klassifikation der psychotropen Substanz (codiert durch die zweite Stelle)	**Klinisches Erscheinungsbild (codiert durch die vierte und fünfte Stelle)**
Störungen durch Alkohol (F10)	Akute Intoxikation (F1x.0), z.B. mit Delir (F1x.03) oder mit Krampfanfällen (F1x.06)
Störungen durch Opioide (F11)	Schädlicher Gebrauch (F1x.1)
Störungen durch Cannabinoide (F12)	Abhängigkeitssyndrom (F1x.2), z.B. gegenwärtig abstinent (F1x.20) oder episodischer Substanzgebrauch (F1x.26)
Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)	Entzugssyndrom (F1x.3) ohne Komplikation (F1x.30) oder mit Krampfanfall (F1x.31)
Störungen durch Kokain (F14)	Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4) ohne Krampfanfall (F1x.40) oder mit Krampfanfall (F1x.41)
Störungen durch sonstige Stimulanzien, einschließlich Koffein (F15)	Psychotische Störung (F1x.5), z.B. vorwiegend halluzinatorisch (F1x.52) oder vorwiegend depressive Symptome (F1x.54)
Störungen durch Halluzinogene (F16)	Amnestisches Syndrom (F1x.6)
Störungen durch Tabak (F17)	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F1x.7), z.B. Nachhallzustände (F1x.70) oder Demenz (F1x.73)
Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)	Sonstige psychische und Verhaltensstörung (F1x.8)
Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19)	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung (F1x.9)

Nicht-stoffliche Abhängigkeiten werden in der ICD-10 unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63) codiert. Im triadischen System werden Suchterkrankungen den psychogenen Erkrankungen zugerechnet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (3) – Symptome



Psychische Symptome	Körperliche Symptome	Soziale Auswirkungen
Angsterleben Stimmungsschwankungen (bis zur Depression) Gleichgültigkeit gegenüber der Umwelt Interessenverlust Verfall kognitiver Fähigkeiten Persönlichkeitsveränderungen bis zur Deprivation (Hospitalismus) Verstärkung des mangelnden Selbstbewusstseins	Vegetative Störungen Schlafstörungen Gewichtsverlust Irreversible hirnorganische Schädigungen Organische Schädigungen (z.B. Leberzirrhose, Hepatitis) Schädigung des Immunsystems	Dissoziales Verhalten Kriminalität Beruflicher und sozialer Abstieg Verschuldung Verkehrsdelikte Suizidgefährdung

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (4) – Diagnostik



Um eine stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung nach ICD-10 zu diagnostizieren, müssen mindestens **drei** der folgenden Kriterien **während eines Jahres** aufgetreten sein:

- Starker Wunsch oder starkes Verlangen, Alkohol oder eine andere Substanz zu konsumieren.
- Verminderte Fähigkeit, den Konsum der psychotropen Substanz zu kontrollieren.
- Entzugssymptome und Substanzgebrauch zur Milderung der Entzugssymptome.
- Toleranzentwicklung und Dosissteigerung, um eine gleiche Wirkung der Substanz zu erreichen.
- Einengung auf Substanzgebrauch, Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten der Beschaffung und Einnahme der Substanz.
- Anhaltender Konsum trotz nachweislich schädlicher Folgen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (5) – Verlauf / Verbreitung



Therapieaussichten sind wenig optimistisch. Die Rückfallrate ist sehr hoch (z.B. 50 – 80% bei Alkoholkranken). Die Folgen der Abhängigkeit betreffen den Patienten und deren Angehörige.

Neben schweren psychischen Störungen und körperlichen Schäden stellen die **sozialen Folgen** (Arbeitsplatzverlust, Verschuldung) die Familien oft vor unlösbare Probleme.

Nicht selten führt die Abhängigkeitserkrankung zum frühzeitigen Tod durch Suizid oder körperliche Folgeschäden.

Epidemiologie: 5 – 7% der deutschen Bevölkerung leiden unter einer Suchterkrankung. Der Anteil der Alkoholabhängigen ist mit 70% am höchsten, gefolgt von 5% mit Medikamentenabhängigkeit, 5% mit Abhängigkeit von sonstigen Drogen sowie 20% Politoxikomanie.

Komorbidität ist bei Abhängigen besonders hoch. Häufig anzutreffen sind Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Schmerzstörungen und Schlafstörungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (6) – Ätiologie



Für die Entstehung und Entwicklung von Abhängigkeiten wirken mehrere Faktoren im Sinne einer **multifaktoriellen Genese** zusammen:

- **Genetische Faktoren**: Erhöhtes Risiko für andere Familienmitglieder, ebenfalls an einer Abhängigkeit zu erkranken; dass dies nicht nur ein Lerneffekt ist, belegt das erhöhte Risiko für eineiige Zwillinge, selbst wenn diese getrennt aufwachsen.
- **Suchtpotential**, **Verfügbarkeit** und **Einnahmeart** der Substanz: Je nach Nervensystem besteht eine *erhöhte, normale oder verminderte Empfänglichkeit* für bestimmte Suchtmittel (z.B. konstante oder gesteigerte Dopamin-Freisetzung); die WHO unterscheidet den Opiat-Typ, Barbiturat-Alkohol-Typ, Amphetamin-Khat-Typ, Kokain-Typ, Cannabis-Typ und Halluzinogen-Typ.
- **Soziale Faktoren**: Ist das Elternhaus von gestörten Beziehungen („broken home“) oder von Langeweile und Einsamkeit geprägt, rutschen Kinder eher in eine Abhängigkeitserkrankung.
- **Operante Konditionierung**: Primärer positiver Verstärker sind Entspannung und Euphorie, die durch die Einnahme von Drogen ausgelöst werden. Diese dämpfen Unlust-, Angst- oder Leeregefühle (depressiv) und führen zu einer Stimmungsaufhellung oder Schmerzlinderung. Die dadurch geförderte Kontaktfreudigkeit ist ein sekundärer Verstärker, weil sie die soziale Isolation aufhebt. *Bereits die Bekämpfung von Entzugssymptomen durch Drogeneinnahme ist eine positive Verstärkung.*
- **Psychodynamische Erklärung**: Ich-Schwäche des Konsumenten aufgrund einer Unter- oder Überversorgung in der Kindheit, die einen erwachsenen Umgang mit Suchtmitteln verhindert. Hinzu kommt, dass die *Frustrationstoleranz* (unangenehme Situationen und Gefühle aushalten zu können) *herabgesetzt* sein kann.
- **Persönlichkeitsfaktoren**: Wenig stabile Persönlichkeit, labile Gemütslage, „Reizhunger“ (siehe ADHS).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (7) – Therapiephasen

Phase	Ambulante Therapie	Stationäre Therapie	Zielsetzung
Kontaktphase (Tage bis Monate)	Familie, Arbeitsplatz, Freunde, Seelsorge, ärztliche oder psychotherapeutische Praxis, Gesundheitsamt, psychosoziale oder Suchtberatung, Selbsthilfegruppen	Psychiatrischer Konsiliardienst nach Unfällen oder bei Folgeschäden	**Ziel = Krankheitseinsicht** (viele Abhängige bagatellisieren ihre Sucht), Therapieplanung, Kostenübernahme klären
Entgiftungs-phase (1 bis 4 Wochen)		Internistische oder psychiatrische Klinik, toxikologische Abteilung	**Ziel = Komplette Abstinenz** (Alkohol, Drogen: abrupte Absetzung; Barbiturate und Tranquilizer ausschleichend) und **Überwindung der Entzugs-symptome**; die Einnahme von Benzodiazepinen zur Reduktion der Entzugssymptome birgt ein neues Suchtrisiko
Entwöhnungs-phase (4 bis 12 Monate)	Ambulante Psychotherapie von bis zu 1 Jahr	Psychiatrische Fach-kliniken / Unikliniken, Fachkliniken für Suchtkranke	**Ziel = Aufbau eines drogenfreien Lebens; Stress und Konflikte ohne Drogen bewältigen**
Nachsorge-phase (Jahre)	Therapeuten, Hausarzt, Fachambulanz, psychosoziale Beratungsstelle, Selbst-hilfegruppen, Familie und Arbeitsplatz		**Ziel = Aufrechterhaltung der Abstinenz** bei Wiedereingliede-rung in ein drogenfreies Leben

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (8) – Alkoholabhängigkeit (F10)



Alles schlägt mir auf den Magen

Ein 56jähriger selbständiger Software-Entwickler stellt sich in der Praxis vor. Sein Gesicht ist leicht gerötet. Während des Gesprächs muss er sich mehrfach die Stirn abwischen, weil er stark schwitzt. Er ist bei der Schilderung seiner Beschwerden sehr zurückhaltend, schildert vieles erst auf Nachfrage. Er habe seit Wochen Probleme mit dem Magen. Die Schmerzen würden nicht weggehen, alles schlage ihm auf den Magen. Er wisse gar nicht mehr, was er essen solle, sein Appetit sei ihm total vergangen. In den letzten 3 Monaten habe er 5 kg abgenommen.

Seit er einen wichtigen Auftrag verloren habe, hat er finanzielle Schwierigkeiten. Er können seit dem nicht mehr richtig schlafen und traue sich auch nicht, seiner Frau die Wahrheit über seine berufliche Situation zu sagen. Er will sie nicht noch mehr enttäuschen, nachdem er in vielen Gebieten nicht mehr das bringe, was er früher gebracht habe. Auf sexuelle Probleme angesprochen, gibt er zu, Potenzstörungen zu haben. Insgesamt fühle er sich nicht mehr leistungsfähig und meide Kontakt mit Kollegen, die ihm immer nur von ihren Erfolgen berichten würden. Er fühle sich zwar ausgelaugt, aber nicht wirklich depressiv. Allerdings falle es ihm schwer, sich eine Verbesserung seiner Situation vorzustellen.

Ob er Alkohol konsumiere, beantwortete er folgendermaßen: „Gelegentlich … auch nicht mehr als andere. Glaube ich. Na ja, vielleicht ein bisschen mehr, seit der Ärger in der Arbeit begonnen hat.“ Bei genauem Nachhaken stellt sich heraus, dass er über die letzten Monate täglich eine bis eineinhalb Flaschen Wein und „hin und wieder“ einen Grappa oder Cognac getrunken habe. Am Anfang trank er ein schnell geleertes Glas Wein, damit er sich besser und seiner Frau gegenüber entspannter fühlte. Mittlerweile müsse er schon einen gewissen Pegel an Alkohol trinken, um den gleichen Effekt zu haben.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (9) – Alkoholabhängigkeit (F10)



Alkoholabhängigkeit (chronischer Alkoholismus) ist nach der Definition der WHO eine **Verhaltensstörung**, die durch **anhaltenden exzessiven Alkoholkonsum** gekennzeichnet ist. D.h. die konsumierten Mengen gehen weit über das sozial übliche Maß hinaus und/oder werden zu unpassenden Gelegenheiten getrunken (z.B. Vorstellungsgespräch).

Folgen: **Psychische und körperliche Abhängigkeit** mit den entsprechenden **substanzbedingten Schädigungen** sowie Störungen und Konflikte im **sozialen** und **finanziellen** Bereich.

Seit 1968 von der WHO als **Krankheit** anerkannt. Kennzeichen der Abhängigkeit sind **Kontrollverlust** beim Trinken, **Unfähigkeit zur Abstinenz**, **Entzugssymptome** (beim Absetzen des Alkohols) und **Toleranzentwicklung** (somit Dosissteigerung).

Symptome der Alkoholabhängigkeit:

- Psychisch: **Verändertes Trinkverhalten** (Erleichterungstrinken, heimliches Trinken, gieriges Trinken), **Alkoholtoleranz**, **gedankliche Fixierung auf Alkohol**, **depressive Stimmungslage** mit Selbstvorwürfen und Minderwertigkeitsgefühlen, **Suizidalität**, **kognitive Einbußen** (Konzentration, Gedächtnis), **Wesensänderung** (alkoholbedingtes OPS)
- Körperlich: Reduzierter Allgemeinzustand, **gerötete Gesichtshaut mit Gefäßveränderungen**, **Magen-Darmstörungen** (Gastritis, Ulcera), **Schlafstörungen**, **Appetitverlust**, **vegetative Störungen** (Schwitzen, Zittern, Kreislaufprobleme), **Potenzstörungen**
- Soziale Folgeschäden: **Vernachlässigungen von Beziehungen** (Familie, Freunde) bis hin zum **Missbrauch**, (drohender) **Arbeitsplatzverlust**, **Verkehrsdelikte**, finanzielle Probleme, Wohnungsverlust, sozialer Abstieg.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (9) – Typologie nach E.M. Jellinek

Trinker-Typ	Typisierung	Kennzeichen	Abhängigkeit	Häufigkeit
Alpha	Konflikttrinker (vor der Besprechung)	Psychische Abhängigkeit ohne Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz	Psychisch	5%
Beta	Gelegenheits-trinker (Fest)	Kein Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz, häufig organische Folgeschäden	Keine	5%
Gamma	Süchtige Trinker	Kontrollverlust nach dem ersten Glas Alkohol, Toleranzentwicklung (Stoffwechsel hat sich auf chronische Alkoholzufuhr umgestellt), Entzugssymptome, eingeschränkte Fähigkeit zur zeitweiligen Abstinenz	Erst psychisch, später auch körperlich	65%
Delta	Spiegeltrinker	Kein Kontrollverlust, Unfähigkeit zur Abstinenz, rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum (zur Vorbeugung von Entzugssymptomen)	Körperlich	20%
Epsilon	Episodischer (Quartals-)Trinker	Kontrollverlust, mehrtägige Exzesse bis zur Betäubung, Fähigkeit zur Abstinenz	Psychisch	5%

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (10) – Akute Intoxikation (F10.0)



Einfacher oder pathologischer Rausch?

Ein Mann sitzt allein in der Kneipe und trinkt nacheinander einige Bier und Korn. Nach mehreren Gängen steht er schwerfällig auf und versucht andere Gäste in ein Gespräch zu verwickeln [vermehrter Rededrang, Enthemmung]. Er geht von Tisch zu Tisch [psychomotorische Unruhe], dabei ist sein Gang nicht mehr ganz sicher [Gangunsicherheit], er stößt an Stühle und Personen. Er spricht laut und verwaschen. Nach weiteren Bieren und Schnäpsen wird sein Gesprächsangebot zunehmend lauter und aggressiver [!].

Als sich ein Gast gegen sein Verhalten verwehrt, kommt es zu einem schnell eskalierenden Streit. Der Alkoholisierte wird ausfallend und beschimpft ihn heftig. Dann wird er handgreiflich [!], zieht ein Messer und stößt es dem Gast in die Brust. Noch vor Eintreffen der Polizei und Sanitäter ergreift er die Flucht. Als die Polizei ihn am frühen Morgen in seiner Wohnung festnimmt, sagt er, er können sich an nichts erinnern [Amnesie].

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (11) – Akute Intoxikation (F10.0)



Nach der ICD-10 kann die **Alkoholintoxikation** anhand ihres klinischen Erscheinungsbildes noch weiter klassifiziert werden:

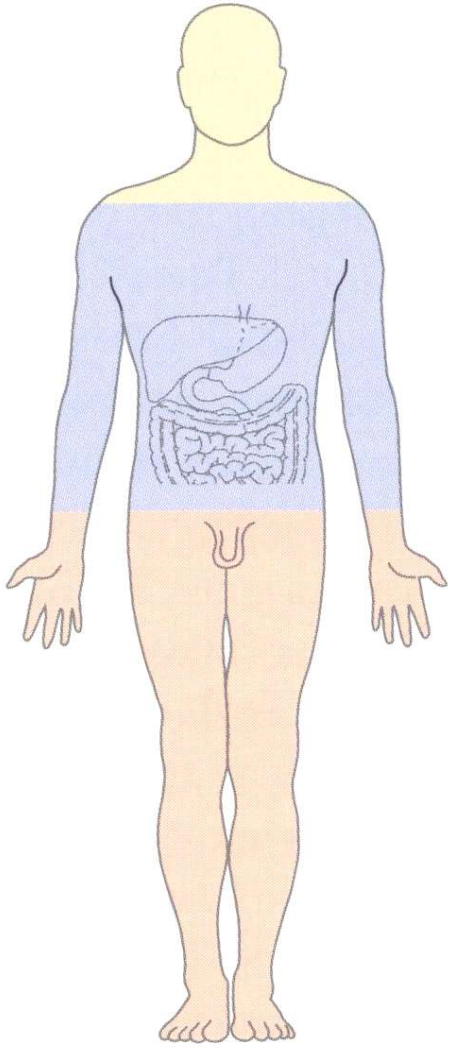
- Ohne Komplikation
- Mit Verletzung oder anderer Schädigung
- Mit anderen medizinischen Komplikationen
- Mit Delir
- Mit Wahrnehmungsstörungen
- Mit Koma
- Mit Krampfanfällen

- **Als pathologischer Rausch** (schlagartige Reaktion auf die Einnahme von einer meist geringen Menge Alkohol; bei einem vorgeschädigten Gehirn können 2 cl Schnaps genügen): **Bewusstseinstrübung**, **Desorientiertheit**, oft auch **Erregungszustände mit Halluzinationen**, **Personen- und Situationsverkennung**, häufig mit aggressiven Tätlichkeiten; der Rausch geht meist in einen **Terminalschlaf** über, der kürzer ist als beim normalen Rausch; für die Ereignisse vor bzw. während des Rausches besteht meist eine **Amnesie**.

  Organische Ursachen für den pathologischen Rausch: langjähriger Alkoholismus mit zunehmender **Alkoholintoleranz** (am häufigsten), SHT, Epilepsie, Hepatitis, Enzephalitis.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (12) – Akute / chronische Intoxikation (F10.0)



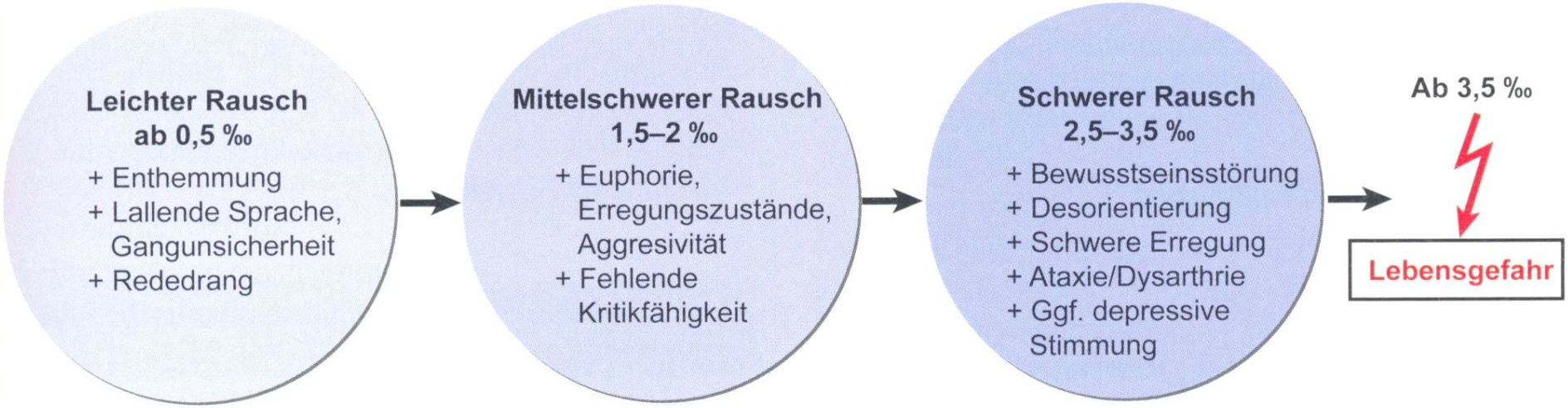
Akute Alkoholintoxikation
Alkoholdelir
Wahnstörungen (Alkoholischer Eifersuchtswahn)
Alkoholhalluzinose
Amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)
Organische Wesensveränderung
Schlafstörungen
Entmarkungs- und Einblutungsherde im Gehirn
Großhirn-/Kleinhirnatrophie
Hepatitische Enzephalopathie
Wernicke-Enzephalopathie

Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose
Akute/chron. Pankreatitis
Gastritis/Reagenulkus

Alkoholtremor
Impotenz
Polyneuropathie

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (13) – Akute Intoxikation (F10.0)



Noch ist nicht bis ins letzte Detail geklärt, auf welche Botenstoffsysteme im Gehirn Alkohol einwirkt, doch einiges ist schon bekannt. Mit dem Blutfluss gelangt Alkohol in alle Organe und damit auch ins Gehirn, wo er unter anderem die sogenannten Glutamat- und Gaba-A-Rezeptoren beeinflusst. Seine Wirkung auf Gaba-A drosselt die Aktivität von Nervenzellen, was unter anderem miterklären kann, warum eine kleine Menge Alkohol entspannen und eine große Menge bewusstlos machen kann. Zusätzlich dämpft Alkohol die aktivierende Wirkung der Glutamat-Rezeptoren, was wohl die Erinnerungsfähigkeit senkt und zu Blackouts bei stärkerem Alkoholkonsum beiträgt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (14) – Akute Intoxikation (F10.0)



Alkoholdelir

Eine Krankenschwester erscheint mit ihrem Freund in der Notaufnahme. In den letzten Tagen gab es mehrfach Streit, bei dem sie ihm wiederholt seine Alkoholabhängigkeit vorgeworfen habe. Zum Beweis, dass er nicht süchtig sei, habe er einen Tag auf Alkohol verzichtet. Als sie von der Arbeit nach Hause kam, zitterte er, wirkte fahrig und lief von einem Zimmer ins andere [vegetative Symptome]. Sie habe ihn gebeten, am Küchentisch Platz zu nehmen. Darauf habe er sich gesetzt und „wirres Zeug“ von sich gegeben. Sie glaube, er habe sie für seine Mutter gehalten. [situative und Personenverkennung]

Während er sprach, habe er immer seltsam auf das Tischtuch geschaut und dann daran herumgezupft. Als sie ihn fragte, was er da mache, habe er geantwortet, er würde die Ameisen wegschnippen. [optische Halluzinationen] Dann wurde er ganz seltsam und sei plötzlich vom Stuhl gekippt. Er habe einen Krampfanfall gehabt, sich dabei aber nicht verletzt [Entzugskrampf]. Sie habe ihn, bevor sie hierher gefahren seien, noch zwei Flaschen Bier trinken lassen, weil er so gezittert habe.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (15) – Alkoholdelir (F10.4)



Bei alkoholkranken Menschen können zwei Formen des Delirs auftreten:

- Das **Alkoholentzugsdelir** (F10.4) ist die häufigere Form und tritt 1-3 Tage nach dem Beginn eines (ungewollten) Alkoholentzugs auf.
- Ein Delir kann in seltenen Fällen auch nach langem Dauertrinken auftreten: **Kontinuitätsdelir** (F10.03)

Physiologische Ursachen des Delirs: *Übererregung des limbischen Systems*, die durch den Entzug des „ruhigstellenden“ Alkohols ausgelöst wird. Es kommt zu schweren Angst- und Unruhezuständen, starkem Zittern und Sinnestäuschungen (z.B. weiße Mäuse, Ameisen, Spinnen, Erleben früherer Lebenssituationen, insb. Bedrohungen).

Symptomatik: Zunächst ein vegetatives **Prädelir** mit *vegetativen Symptomen* (Schwitzen, Zittern), *Atmungs- und Kreislaufbeschwerden*, *Magen- und Darmbeschwerden*, *psychischen Symptomen* (Unruhe, Schlaflosigkeit, Angst und Schreckhaftigkeit, Verlust der zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung, optische Halluzinationen) und *generalisierten Krampfanfällen*.

Das Prädelir kann unbehandelt in ein **Alkoholdelir** übergehen: Akute Verwirrtheit mit *qualitativer Bewusstseinsstörung*, ggf. *Somnolenz*, *Gedächtnisstörungen*, *Desorientiertheit*, *optische Halluzinationen*, *Situations- und Personenverkennung* (Illusionen), Angst und Schreckhaftigkeit, dysphorische Verstimmung (grantig), *Hypermotorik* (Unruhe, Nesteln, Herumsuchen), *Suggestibilität* (Faden, Vorlesen von leerem Blatt), *vegetative Störungen* (Schwitzen, Tremor, Gesichtsrötung, Erbrechen, Diarrhö, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus), *generalisierte Krampfanfälle*.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (16) – Alkoholdelir (F10.4)



Rate einem Alkoholkranken **niemals**, selbständig mit dem Trinken aufzuhören. Der Entzug muss stationär überwacht werden, weil es zu generalisierten Krampfanfällen und zum Delir kommen kann.

Das Delir dauert 3 – 7 Tage. Bei fehlender Behandlung verläuft das Delir in 20% der Fälle **tödlich**. Häufigste Todesursache ist die **Pneumonie** (z.B. durch Aspiration). Schwere Folgezustände sind **Wernicke-Enzephalopathie** und **Korsakow-Syndrom**.

Das Alkoholentzugsdelir ist eine **akute organische Psychose** nach dem triadischen System.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (17) – Alkoholhalluzinose (F10.5)



Die Alkoholhalluzinose zählt zu den akuten organischen Psychosen.

Sie ist eine seltene Folge von chronischem Alkoholmissbrauch. *Akustische Halluzinationen* stehen im Vordergrund.

Unbehandelt kann sie Tage bis Wochen andauern. Unbehandelt geht sich in 20% der Fälle in eine chronische Form über. Bei Gabe von Neuroleptika oder bei Abstinenz klingt sie innerhalb weniger Tage ab.

Typische Kennzeichen:

- **Akustische Halluzinationen** (oft im Chor: bedrohend, beschimpfend)
- Angst / Panik (paranoid-ängstliche Gestimmtheit, oft Bedrohungswahn)
- **Keine** Bewusstseinstrübung
- **Keine** Desorientierung
- **Keine** Vorstellung von Fremdbeeinflussung (im Gegensatz zur Schizophrenie)
- **Keine** körperlichen Symptome (z.B. Tachykardie, Fieber, Erbrechen, Durchfälle, Schwitzen, Zittern, epileptische Anfälle).

Im Gegensatz zur Schizophrenie wissen Patienten mit Alkoholhalluzinose, dass sie Halluzinationen erleben. Der Realitätsbezug ist erhalten. Darum sprechen wir von Pseudo-Halluzinationen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (18) – Wernicke-Enzephalopathie (E51.2)



Bei einem 55jähriger Wirt und chronischen Trinker diagnostizieren Ärzte Störungen der Augenbewegung und Gangstörungen. Der Mann ist zerstreut und hält einen der Ärzte fälschlicherweise für seinen toten Großvater. Ein Arzt verschreibt ihm hohe Dosen Thiamin (Vitamin B1). Nach einer Woche ist die akute Krankheit abgeklungen. Der Mann ist aber immer noch desorientiert, inzwischen jedoch in der Lage, ohne Hilfe den Weg zum Arztzimmer zu finden. Besonders auffällig sind seine Gedächtnisstörungen, vor allem sein Unvermögen, Information für länger als wenige Minuten zu behalten. Erinnerungslücken (Altgedächtnis) werden mit Konfabulationen gefüllt.

Die WE (bei 10% der verstorbenen Alkoholiker nachweisbar) ist die schwerste, vielfach tödlich ausgehende Alkoholfolgeerkrankung. Der Mangel an Thiamin (Vitamin B1) verursacht vaskuläre und neuronale Schädigungen im Gehirn.

Symptomatik:

- **Bewusstseinstrübung, Somnolenz, Desorientiertheit**
- **Augenmuskellähmungen**, Sehstörungen und Doppelbilder, Pupillenstörungen und Nystagmus (ruckartiges Zittern der Augen)
- **Ataxie** (Torkeln, Greifstörungen)
- **Vegetative Störungen** (Hypotonie, Hyperthermie, Hyperhydrose = übermäßiges Schwitzen).

Die WE ist **lebensbedrohlich** und muss sofort stationär durch Gabe von hohen Dosen Vitamin B1 behandelt werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (19) – Korsakow-Syndrom (F10.6)



Bei Patienten, die die WE überleben, besteht nach Abklingen der akuten Symptome häufig ein **Korsakow-Syndrom**. Dieses kann allein oder als Folge der WE auftreten. Der Übergang von der WE zum Korsakow-Syndrom ist fließend. Darum wird die Erkrankung auch Wernicke-Korsakow-Syndrom genannt.

Symptom-Trias:

- **Hochgradige Beeinträchtigung des Alt- und Neugedächtnisses**
- **Konfabulation**
- **Orientierungsstörungen**.

Weitere Symptome:

- Reduzierte Auffassungsgabe
- Antriebsstörungen
- Polyneuropathie.

Obwohl das Korsakow-Syndrom zunächst beim chronischen Alkoholismus beschrieben wurde, kann es auch bei SHT, Hirnblutungen, Enzephalitis, bei Toxikosen oder Infektionen (Fleckflieber, Typhus) auftreten.

Typisch beim Auffüllung von Gedächtnislücken (Konfabulationen) ist, dass der Untersucher bei einer wiederholten Frage auf die identische Frage zwei unterschiedliche Antworten erhält.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (20) – Weitere Symptome



Organische Wesensveränderung

Beim chronischem Alkoholabusus kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen, bei der labile Stimmungen mit **reizbarem und aggressivem Verhalten** im Vordergrund stehen. Als Folge der zerebralen Schädigungen durch ständige alkoholische Intoxikationen wird die intellektuelle Leistungsfähigkeit bis hin zur **Alkoholdemenz** abgebaut.

Polyneuropathie

Die Symptome beginnen in der Regel an den Beinen mit **Parästhesien** (Missempfindungen) wie Kribbeln, Taubheitsgefühl, „Ameisenlaufen“, brennenden Fußsohlen (Bettwärme!) oder Druckempfindlichkeit der Waden. Später treten auch Parästhesien an den Armen und verstärkte Empfindlichkeit gegenüber Schmerzen auf. Bei fortgeschrittenem Krankheitsbild zeigen sich **Muskelschwäche**, **Gangunsicherheit**, u.U. heftige **Schmerzen**, gelegentlich **Augenmuskellähmungen** mit Sehstörungen.

Schlafstörungen

Obwohl viele Alkoholiker Probleme mit dem Einschlafen haben, bewirkt der Alkohol (wie ein Tranquilizer) ein schnelles Einschlafen. Dann folgt eine Phase, in der der Schläfer kaum zu wecken ist. Am Morgen, nach eher kurzem Schlaf, wacht er wenig erfrischt auf. Der Grund liegt in der teilweisen **Unterdrückung des REM-Schlafes**. Beim Absetzen des Alkohols holt der Körper die unter-drückten Träume nach. Die Folge sind **Albträume** und häufiges Wachwerden. Durchschlafstörungen lassen den Patienten meist wieder zum Alkohol greifen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (21) – Verlauf zur Alkoholkrankheit

1. Präalkoholische Phase (Vorstufe)	2. Prodromalphase (Vorläuferphase)	3. Kritische Phase	4. Chronische Phase
Es gibt Gelegenheits- und Konflikttrinker, die ihr Leben lang präalkoholisch bleiben. Bei Menschen mit Disposition zum Alkoholismus die Vorstufe zur Alkoholkrankheit.	Trinker in der Prodromalphase werden von der Gesellschaft toleriert bzw. anerkannt. Ein Rausch gilt als Zeichen für Kontaktfreude und männliches Stehvermögen.	Die starke Abhängigkeit wird für das soziale Umfeld wahrnehmbar. Dies führt zur Ablehnung des Alkoholikers durch die Gesellschaft.	Totaler Zusammenbruch, zwanghaftes Trinken als einziger Lebensinhalt. Erstmals Wunsch nach echter Hilfe. Folgeschäden mit Invalidität oder Todesfolge.
Merkmale: • Gelegentliches Trinken kleiner Alkoholmengen, um Spannung abzubauen (Erleichterungstrinken) • Trinkhäufigkeit und Alkoholmenge nehmen zu (beinahe tägliches Erleichterungstrinken). Frustrationstoleranz (Konflikte aushalten und lösen) nimmt ab. Alkohol als Seelentröster. Die Alkoholtoleranz steigt. Der Körper hat sich an die regelmäßige Alkoholzufuhr gewöhnt. Der Körper benötigt mehr Alkohol für den Rausch.	Merkmale: • Häufiges Gedankenkreisen um Alkohol (Vorräte) • Erste Gedächtnislücken für die Zeit während des Alkoholkonsums (Filmriss) • Änderung der Trinkgewohnheit (heimlich, allein, morgens, schnelles erstes Glas) • Vermeiden des Gesprächs über Alkohol (Scham, Schuldgefühle) • Weitere Steigerung der Alkoholmenge, aber selten Vollrausch.	Merkmale: • Zunehmender Kontrollverlust nach Trinkbeginn (unwiderstehliches Verlangen nach mehr) • Wiederholte erfolglose Abstinenzversuche • Zunahme der Entzugserscheinungen nach Trinkpausen (körperliche Abhängigkeit) • Störung der Beziehungen (familiäre und berufliche Konflikte), beginnende Wesensveränderung und sozialer Rückzug • Niederlagen führen zu Aggression und Selbstmitleid. Alkohol wird bagatellisiert / rationalisiert.	Merkmale: • Regelmäßiges Trinken am Morgen notwendig (sonst Entzugssymptome) • Kontrollverluste und tagelange Räusche • Störung von Konzentration und Merkfähigkeit (Alkohol-Demenz beginnt) • Körperlicher, psychischer und sozialer Abbau • Minderung der erhöhten Alkoholtoleranz bis zur Alkoholintoleranz (darum pathologische Räusche) • Lebensbedrohliche Komplikationen bei Entzug (Delirium tremens), Krampfanfälle und vegetative Entgleisungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (22) – Epidemiologie



Neben der Nikotinabhängigkeit die am weitesten verbreitete substanzbedingte Störung. **3 – 5% der Bevölkerung** alkoholabhängig. 2 Mio. Alkoholkranke (bei 7,5 Mio. Nikotinabhängigen), davon ½ Mio. Kinder und Jugendliche (12 – 21 Jahre). Hohe **Dunkelziffer** bleibt unberücksichtigt. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Die Grenze zum Missbrauch liegt für Frauen bei 20g reinen Alkohols / Tag, bei Männern bei 40g. Der **Pro-Kopf-Verbrauch** reinen Alkohols liegt bei ca. 12 Litern / Jahr. In >25% der Fälle tritt Alkoholabhängigkeit mit einer weiteren psychischen Störung auf (**Komorbidität**): Affektive Störungen, Angst- / Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeit von anderen Drogen.

Wird Alkohol zur Selbstbehandlung einer Depression getrunken, kann sich eine sekundäre Alkoholabhängigkeit entwickeln. Die Depression ist primär.

Rund 30 Mrd. EUR wirtschaftliche Belastungen für Staat und Gesellschaft pro Jahr durch **Fehlzeiten** am Arbeitsplatz, **Unfälle** und **Therapiekosten**. Außerdem werden **50% aller Straftaten** unter Alkoholeinfluss begangen.

Entscheidend für die Prognose der Alkoholkrankheit sind die organischen Folgeerkrankungen. Die **Lebenserwartung** von Alkoholkranken ist deutlich erniedrigt (ca. 10 Jahre). 10% aller Alkoholkranken begeht **Suizid**. Prognostisch günstig sind hohes Lebensalter, gute Schulbildung und Berufstätigkeit, Leben in Partnerschaft und Fehlen einer organischen Persönlichkeitsveränderung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (23) – Ätiologie und Therapie



Die Ätiologie ist multifaktoriell: Genetische Alkoholtoleranz, dependente Persönlichkeit (selbstunsicher, gehemmt, sensibel, Geltungssucht, hohes Anspruchsniveau, niedrige Frustrationstoleranz), Art der Substanz und Umfeld (Broken-Home, Modellernen, Gruppendruck).

Suchtgedächtnis: Chronischer Alkoholkonsum führt zu Veränderungen in den Neurotransmitter-Systemen.

Prinzipien beim Umgang mit Alkoholkranken:

- Verständnisvolle, hilfsbereite, aber kompromisslos-konsequente Haltung (**Ziel = totale Abstinenz**)
- Viel Geduld und Zeit, kein Moralisieren
- Kein Appellieren an die Vernunft
- Angehörige einbeziehen
- Sozialdienste, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen einbeziehen.

Inhalte der Frühintervention:

- Information über die Erkrankung: Epidemiologie, Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit! Körperliche, psychische und soziale Folgen
- Analyse der persönlichen Situation: Aufzeigen der negativen Folgen der Abhängigkeit beim Patienten, Laborbefunde, organische Befunde
- Information über die Therapie: Therapieformen, realistische Ziele, Rückfallprophylaxe, **Behandlung durch Suchttherapeuten**

Kern der Psychotherapie: Aufbau der Motivation zur Abstinenz, Festigung der Abstinenz, Hilfe bei einem Leben ohne Alkohol, Rückfallprophylaxe. Langzeittherapie erlaubt bei 40% stabile Besserung. Hohe Rückfallquote.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (24) – Medikamentöse Therapie

Medikament	Indikation	Wirkung	Merkmale
Clomethiazol (Distraneurin®)	Alkoholentzugssyndrom / Alkoholentzugsdelir	Antikonvulsiv (Krampfanfällen vorbeugend), sedierend	Bei intravenöser Gabe Gefahr der Atem-Kreislauf-Depression und Gefahr eines Bronchospasmus
Neuroleptika = Antipsychotika (Haloperidol®)	Psychotische Symptomatik (Halluzinationen), Erregungs-zustände	Antipsychotisch, sedierend	Risiko einer Krampfauslösung relativ gering
Benzodiazepine (Valium®)	Erregungszustände, Unruhe, Schlafstörung, Entzugs-symptome	Sedierend	Abhängigkeitspotential
Anticraving-Substanzen wie Acamprosat (Campral®)	Starkes Craving	Drosselt Craving (Acamprosat); Übelkeit als aversiver Reiz bei Alkoholeinnahme (Disulfiram)	Obligatorisch ist eine begleitende psychosoziale Therapie

Acamprosat dämpft eine durch den Botenstoff Glutamat ausgelöste Übererregbarkeit des Gehirns, indem es die Rezeptoren der Nervenzellen besetzt und dadurch das Andocken von Glutamatmolekülen verhindert. Da Alkoholkranke besonders viel Glutamat im Gehirn aufweisen (der Grund ist unklar), wird Acamprosat in der (ambulanten) Therapie der Alkoholkrankheit eingesetzt, um die Lust auf Alkohol zu reduzieren. Nicht jeder Alkoholkranke reagiert jedoch auf Acamprosat. Acamprosat ist nicht geeignet zur Behandlung der Symptome eines Alkoholentzugs.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (25) – Störungen durch Opioide (F11)



Eine 20jährige Studentin wird von einer aufgelösten Mutter zum Arzt gebracht. Die junge Frau zittert am ganzen Körper, wirkt blass und abgemagert. Sie gähnt häufig und putzt sich mehrfach die Nase, laut Mutter habe sie auch Fieber. Die Mutter mache sich große Sorgen, weil ihre Tochter in eine dubiose Clique hineingeraten sei.

Sie habe sich in den letzten Wochen sehr verändert, sei häufig spät abends alkoholisiert nach Hause gekommen, tagsüber könne man gar nicht mehr mit ihr reden. Sie sei so abweisend und rotzig.

Auch würde sie in allem immer nachlässiger, nicht nur in der Körperpflege. Die Mutter habe heute beim Müllentleeren eine Spritze gefunden. Die Tochter tut diesen Fund („harmloses Schmerzmittel“) ab, sie habe nur einen „blöden Schnupfen“.

Sie gibt aber zu, dass sie starke Schmerzen in den Beinen und im Nacken habe und ihr Herz rase.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (26) – Störungen durch Opioide (F11)



Die Gruppe der Opioide umfasst Opiate (z.B. Morphin, Codein) und Morphin-Derivate (z.B. Heroin = Diacetylmorphin). Die wirksamen Hauptbestandteile des Opiums sind die Alkaloide Morphin (10%), Codein (1%) und Thebain (0,5%). Insgesamt zählt man 37 verschiedene Alkaloide. Vollsynthetische (Methadon) und halbsynthetische Morphinderivate finden sich zum Teil auch in Husten- und Schmerzmitteln.

Zur Gewinnung von Opium wird meist folgende Methode verwendet: Ein bis zwei Wochen nach der Blüte werden die Samenkapseln meist am späten Nachmittag etwa einen Millimeter tief angeritzt, wodurch der Milchsaft austritt. Am Morgen danach wird das schwarzoxidierte **Rohopium** von den Kapseln abgeschabt. Eine Kapsel ergibt ca. 20-50 mg Rohopium.

Vom Rohopium zu unterscheiden ist das **Rauchopium** (*Chandu*), dessen Dampf inhaliert wird. Dieses wird durch mehrmaliges Erhitzen, Kneten und vorsichtiges Rösten des Rohopiums, nachfolgender Wasserextraktion und mehrmonatiger Fermentation mit dem Schimmelpilz Aspergillus niger hergestellt. Durch dieses Verfahren werden Nebenalkaloide wie Codein, Papaverin und Narcotin weitgehend zerstört bei gleichzeitiger Erhöhung des Morphingehalts. Vermutlich entstehen aufgrund der Fermentation mit dem Schimmelpilz Aspergillus niger weitere psychotrope Substanzen.

Opium spielte in der Antike und im Mittelalter als Bestandteil von Theriak und von Schlafschwämmen eine wichtige Rolle. Opiumtinktur (Laudanum) fand in der Medizin bis in das frühe 19. Jahrhundert breite Verwendung. In neuerer Zeit werden die potentesten Schmerzmittel nicht mehr aus dem Morphin, sondern aus Thebain gewonnen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (27) – Opiatwirkung und Intoxikation



Opiate wirken hemmend auf den Sympathikus und die Reizweiterleitung. Darum werden sie in der Klinik zur Schmerztherapie und Narkose eingesetzt und unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz. Bei einer intravenösen Einnahme setzt die Wirkung innerhalb einer Minute ein und hält 10 – 30 Minuten an. Der Rausch geht mit einer ausgeprägten **Euphorie** und einem **Befreiungsgefühl** einher. Wärme- und Glückgefühle („Entrücktsein“) werden beschrieben. Danach folgt die **dämpfende Wirkung**, die Konsumenten werden apathisch oder gereizt. Opiate haben das höchste Suchtpotential, wenige Injektionen können zur Abhängigkeit führen. Gefahren der intravenösen Applikation sind **Spritzenabszesse**, **Hepatitis**, **HIV-Infektionen** und **tödliche Intoxikationen** bzw. **Atemlähmungen**.

Eine Opiat-Intoxikation hat folgende Kennzeichen:

- Schmerzstillend (analgetisch), hypnotisch und beruhigend
- Rötung des Gesichts („Flush“) und Miosis (stecknadelkopfgroße Pupillen)
- Bradykardie, Hypotonie, Kreislaufstörungen
- Obstipation; Opiate lindern Diarrhö
- Tremor (Zittern), Miktionsstörungen, Muskelschmerzen, evtl. Krampfanfälle
- Bewusstseinsstörung (bis zum Koma)
- Verlangsamte Atmung (Atemdepression)
- Störungen der Libido, Appetitlosigkeit, Ernährungsmangel und Gewichtsverlust.

Psychische Entzugssymptome sind starker Drogenhunger („craving“), Schlaflosigkeit, psychomotorische Unruhe, ängstlich-depressive Stimmungen, Antriebsschwäche, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen mit Apathie.

Körperliche Entzugssymptome sind Niesen, Schwitzen, zwanghaftes Gähnen, Tränen- / Nasenfluss, Mydriasis, Muskelschmerzen / -krämpfe, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, ständiger Harn- und Stuhldrang, Hypertonie, Hyperthermie, Tachykardie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (28) – Diagnostik



Im Drogenrausch kann eine Abgrenzung zur Schizophrenie oder Manie schwierig sein. Über die Anamnese und den körperlichen Befund (Injektionsstellen, Spritzenabszesse, Miosis, Rückstände der Substanz im Urin) kann eine Opiat-Abhängigkeit aber gut erkannt werden. Komorbidität (Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie) ist häufig anzutreffen, wobei die Störungen häufig vor der Drogenabhängigkeit bestanden. Epidemiologie: 0,2%. Ca. 1.500 Menschen sterben jährlich an ihrer Sucht (meist Heroin-Überdosierung). Ätiologie multifaktoriell (vgl. Alkoholerkrankung).

	Intoxikation und Abhängigkeit	Entzug
Pupillen	Miosis (stecknadelkopfgroße Verengung)	Mydriasis (lichtempfindliche Erweiterung)
Magen-Darm-Trakt, Blase	Appetitlosigkeit, Obstipation, Blasenentleerungsstörungen	Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, erhöhter Harndrang
Puls, Blutdruck, Temperatur	Bradykardie, Hypotonie, Hypothermie, fahle Haut, wenig durchblutet	Tachykardie, Hypertonie, Hyperthermie, Schüttelfrost, Schweißausbrüche
Drüsen, Nase, Mund	Trockene Schleimhäute (Mund, Nase)	Vermehrter Speichel- und Tränenfluss, laufende Nase
Muskeln	Entspannung der Skelettmuskulatur	Skelettmuskelkrämpfe, -schmerzen und -zuckungen,
Atmung	Verlangsamt, Gefahr des tödlichen Atemstillstandes	Normal bis beschleunigt

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (29) – Methadonprogramme



Beim **warmen Entzug** werden Opioide eingesetzt, die die körperlichen Entzugssymptome abmildern. Methadon hat als Opioid dasselbe Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil und somit dasselbe Gefahrenpotential wie andere Opioide. Allerdings erzeugt es wegen der **langsamen Anflutung** bei oraler Anwendung keinen Kick (jenes plötzliche, intensive Wohlbefinden, das mit zur Entstehung einer Abhängigkeit führt).

Eingesetzt wird Methadon vor allem in Abgabeprogrammen für Heroinabhängige. Die Methadongabe ist eine der wirksamsten Therapien überhaupt. Allerdings beruht ein Großteil der beabsichtigten Methadonwirkung auf der Tatsache, dass es in **strukturierten Programmen** angeboten wird.

Bei den meisten Teilnehmern führt eine tägliche Einmalgabe zur gewünschten Stabilisierung, durch Methadon können Patienten in Betreuung gehalten werden, so dass es zu weniger Heroin-Konsum kommt. Zu beachten ist hier, dass (vom Patienten selbst als ausreichend bezeichnete) Dosierungen von bis zu 40 mg durch handelsübliches Straßenheroin leicht „überwunden“ werden. Eine Opioidblockade-Wirkung kann erst ab Dosierungen von 60 mg erzielt werden: Erst **ab 60 mg** hat ein **Beikonsum** von Morphin oder Heroin keine euphorisierenden Effekte mehr.

Einige Patienten bauen Methadon schneller ab („***fast metabolizer***“), so dass es zum Ende eines 24-stündigen Dosierungsintervalls zu Entzugssymptomen kommen kann, und hier u.U. eine Abgabe in zwei Tagesdosen erfolgen muss. Ist eine Abstinenz von Opioiden das Behandlungsziel, können bei langsamem Ausschleichen die Entzugssymptome erträglich gehalten werden. Auch der Heroinentzug selbst kann mit Methadon aufgefangen und zu Ende geführt werden (Krankenhaus, JVA).

Entzugssymptome stellen sich nach 6 – 12 Stunden ein, erreichen nach 2 – 4 Tagen ihren Höhepunkt und halten etwa 10 Tage an. Der Patient ist „clean“ und körperlich wieder normalisiert. Die psychische Abhängigkeit bleibt aber lange bestehen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (30) – Störungen durch Cannabinoide (F12)



Die Cannabispflanze (indischer Hanf) enthält Tetrahydrocannabinol (THC) als Hauptwirkstoff. Er bewirkt eine angeregte, heiter-euphorische Stimmung, hat aber einen eher dämpfenden Einfluss auf den Antrieb. Substanzvorkommen:

- Haschisch (Harz der Blütenstauden) und
- Marihuana (getrocknete Blüten und Blätter).

Cannabis wird inhaliert, macht körperlich nicht abhängig und zeigt nur eine geringe Toleranzentwicklung. Beim Absetzen nach längerem Konsum werden Unruhe, Schlaflosigkeit und Alpträume beobachtet. Cannabis gilt als Einstiegsdroge.

Beim chronische Gebrauch können **schizophrenieartige Psychosen** (paranoid-halluzinatorisch: Verfolgungs- und Vergiftungswahn), ein **amotivationales Syndrom** (Konzentrationsstörung, Antriebsminderung, Verwahrlosung) und **Flashbacks** (Speicherung von THC / LSD im Fettgewebe) auftreten. Klassische Symptome:

- Verändertes Raum- und Zeiterleben: Dinge erscheinen weiter entfernt, Zeit scheint langsamer zu vergehen (erhöhte Aktivität im limbischen System = Gefühlszentrum)
- Sinneswahrnehmungen: In ihrer Intensität gesteigert, Gefühl der Irrealität; bei Überdosierung illusionäre Verkennung oder optische Pseudo-Halluzinationen
- Denkstörungen: Verlangsamung des Denkens, ideenflüchtiges (sprunghaftes) Denken; bei Überdosierung kurzzeitige Wahnvorstellungen (Vergiftung / Verfolgung)
- Affektivität: Heiter-euphorisch; bei Überdosierung Angst (THC lockert Schranken)
- Antrieb: Apathie, körperlicher Antriebsmangel, Passivität / Mangel an Initiative (THC dämpft das retikuläre System > Wachsein, Konzentration, Merkfähigkeit reduziert)
- Vegetative Symptome (bei Überdosierung): Tachykardie, Schwindel, Mydriasis, Konjunktivitis, Tränenfluss, trockener Mund, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (31) – Störungen durch Cannabinoide (F12)



Diagnostik: Abklärung und Ausschluss einer Intoxikation, schizophrenen Störung oder hirnorganischen Veränderung. Cannabisnachweis über THC-Abbauprodukte im Urin.

Komorbidität: ADHS, Angststörung, affektive Störung, Schizophrenie (Nutzung von Cannabis zur Symptomlinderung), Zwänge / Tourette.

Epidemiologie: 20% Erfahrung mit der „Einstiegsdroge“.

Ätiologie: Wunsch nach Selbsterfahrung, Emanzipation, Bewusstseinserweiterung, künstlerischer Kreativität.

Genuss und Besitz fallen unter das BtMG; Aussetzung der Strafe nach §35, wenn kontrollierte Therapie erfolgt und nachgewiesen wird.

Psychotherapie: Motivationsstärkung, Entwicklung von Konfliktlösungen.

Auftretende Komplikationen können den Einsatz von Medikamenten erfordern: Neuroleptika bei schizophrenieartigen Störungen, Benzodiazepine bei Unruhe, Antidepressiva bei depressiven Symptomen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (32) – Störungen durch Medikamente (F13)



Eine 75jährige Patientin erscheint beim Arzt mit folgenden Beschwerden: Sie fühle sich so unruhig, ihr zitterten pausenlos die Hände. Sie bringe nichts zustande, müsse immer umhergehen und ihr Herz schlage ganz wild. Auch habe sie Angst, wieder depressiv zu werden. Sie sei deswegen bereits zweimal stationär behandelt worden. Zuletzt vor einem Jahr. Schlafen könne sie auch nicht mehr, sie wälze sich hin und her, finde keinen Schlaf. Wenn sie dann endlich eingeschlafen sei, würde sie schon nach kurzer Zeit wieder aufwachen, geplagt von Albträumen.

Weiter berichtet sie, dass sie letztes Jahr in der Klinik ein Antidepressivum erhalten habe, das ihr gut geholfen habe und das sie immer noch einnehme. Zur Nacht habe sie Noctamid® (Lormetazepam) genommen, über die letzten Wochen nur noch ¼ Tablette. Da die Dosis so niedrig sei, habe sie sie vor 2 Wochen einfach weggelassen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (33) – Störungen durch Medikamente (F13)



Benzodiazepine in Kombination mit anderen Schlaf- oder Beruhigungsmitteln und Alkohol stellen eine lebensgefährliche Mischung dar, die oft in suizidaler Absicht eingenommen wird.

Zu den abhängig machenden Medikamenten zählen

- Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine, Barbiturate) und
- Schmerzmittel (Opioide und andere Analgetika).

Die genannten Medikamente machen psychisch und physisch abhängig und fördern eine Toleranzentwicklung. Bei einem längeren chronischen Missbrauch muss der Entzug fraktioniert erfolgen, da beim abrupten Absetzen nicht nur alte Symptome wieder auftauchen, sondern es zu einer deliranten Symptomatik, Angstzuständen oder zerebralen Krampfanfällen kommen kann.

Benzodiazepine werden wegen ihrer beruhigen, Angst lösenden Wirkung auch Tranquilizer (Beruhigungsmittel) genannt. Durch ihren **sedierenden** (dämpfenden) Effekt wirken sie schlafbahnend. Wegen ihrer **anxiolytischen** (Angst lösenden), **muskelrelaxierenden** und **antikonvulsiven** (Krampf lösenden) Wirkung kommen sie bspw. bei akuten Krampfanfällen oder Panikattacken zum Einsatz. Rund 1,2 Mio. Deutsche sind abhängig.

Benzodiazepine machen innerhalb von 6 Wochen abhängig. Auch bei gleich bleibender, niedriger Dosierung ohne Toleranzentwicklung ist die Gefahr der Abhängigkeit gegeben („low-dose-dependency“). Ein abrupter **Entzug** kann zu **deliranten Zuständen** mit optischen Halluzinationen, **vegetativen Störungen** und zu **Krampfanfällen** führen. Der Entzug muss **fraktioniert** erfolgen, bei längerem Missbrauch erfolgt die Entgiftung meist in einer Klinik.

Typische Benzodiazepine: Valium® (Diazepam), Noctamid® (Lormetazepam), Lexotanil® (Bromazepam), Adumbran® (Oxazepam), Tavor® (Lorazepam).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (34) – Störungen durch Medikamente (F13)



Intoxikationen mit Benzos oder Barbituraten führen zu quant. Bewusstseinsstörungen bis zum Koma, zu Blutdruckabfall und zu Atemstillstand. Wegen der geringen therapeutischen Breite zeigen Barbiturate schneller Vergiftungszeichen.

Bei 20% der Patienten treten beim Entzug von Benzos oder Barbituraten lebensgefährliche delirante Symptome und Krampfanfälle auf.

Rebound-Phänomene (Angst, Unruhe, Schlafstörungen, REM-Rebound) bei längerer Einnahme kleiner Dosen oder abruptem Absetzen.

Bei niedriger Dosierung wirken **Barbiturate** **sedierend** und **krampflösend**, in höherer Dosierung **erzwingen** sie **den Schlaf**, sehr hohe Gaben führen zur **Narkose**. Überdosierung kann durch **Atemdepression** zum Tode führen. Die älteren Barbiturat-Typen (Veronal®, Luminal®) hatten eine lange Halbwertszeit, so dass am Morgen nach dem erzwungenen Schlaf noch 50-80% der Wirkstoffe im Körper waren. Folge: „Hang-over“ mit Müdigkeit, Dysphorie, Reizbarkeit, Konzentrationsproblemen und Vergesslichkeit.

Barbiturate werden heute kaum noch zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt, wohl aber zur **Behandlung der Epilepsie** (Luminal®) und zur **Narkoseeinleitung** in der Anästhesie. Barbiturate führen schon nach **10 Tagen** zur **steigenden Toleranzentwicklung**, die eine Dosiserhöhung erzwingt. Die Gefahr einer Abhängigkeit ist höher als bei den Tranquilizern. **Entzug** nur fraktioniert und stationär (Gefahr epileptischer Anfälle und Entzugsdelir).

Auswirkungen des Missbrauchs von Barbituraten und Tranquilizern: **Müdigkeit und Abgeschlagenheit**, Übelkeit und Kopfschmerzen, verwaschene Sprache, Konzentrationsstörungen, Dysphorie, evtl. Doppelbilder und Gangstörungen.

Psychische Entzugserscheinungen: **Innere Unruhe**, **Schlaflosigkeit**, **Angst**, **Panikattacken**, Dysphorie, Entzugsdelir mit Verwirrtheit und psychotischem Erleben (veränderte Wahrnehmung, verändertes Körpergefühl, Halluzinationen).

Körperliche Entzugserscheinungen: **Vegetative Symptome** (Zittern, Hypertonie, Tachykardie, Schwitzen), Übelkeit, Erbrechen, Kopf- und Muskelschmerzen, Muskelkrämpfe, evtl. epileptische Anfälle.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (35) – Störungen durch Kokain (F14)



Diagnostik: Ausschluss anderer Intoxikationen, schizophrener Störungen und hirnorganischer Prozesse. Nachweis über Abbauprodukte im Urin. Komorbidität (Ängste, affektive Störungen, Schizophrenie).

Crack hat ein höheres Sucht-potential, wirkt schneller und intensiver. Bei Intoxikationen kommt es zu mehr Komplikatio-nen, mehr Gewalt / Kriminalität.

Sigmund Freud nutzte Kokain seit 1884 zur Entwöhnung bei Alkoholismus / Morphiumsucht.

Entzug kann mit Antidepressiva, eine Intoxikationspsychose mit Neuroleptika unterstützt werden

Kokain wird aus dem Blättern des Kokastrauches gewonnen. Es wird meistens geschnupft, geraucht (z.B. das Kokaderivat Crack), gespritzt oder gekaut. Oft wird es mit anderen Drogen (z.B. Heroin, Nikotin, Alkohol, LSD) kombiniert (z.B. Speedball = Injektion von Kokain und Heroin).

Starke antriebsteigernde, euphorisierende, enthemmende und libido-steigernde Wirkung. Es entwickelt sich eine starke psychische, aber keine körperliche Abhängigkeit (auch keine Toleranzentwicklung). Kokain hemmt vor allem die Wiederaufnahme von Dopamin, aber auch Serotonin und Noradrenalin in den präsynaptischen Nervenzellen im limbischen System. Ähnliche Transmitterstörungen bei Schizophrenie. Durch das Dopamin-überangebot lassen sich Halluzinationen und Paranoia erklären.

Merkmale des Kokain-Rausches: Antriebssteigerung, Rededrang, gefühlte Steigerung der Leistungsfähigkeit, Abbau von Hemmungen (Sexualität, Aggression), reduziertes Hunger-, Durst- und Schlafbedürfnis, Libido-Steigerung, taktile, optische oder akustische Halluzinationen, Drang den Rausch durch kontinuierliche Einnahme zu verlängern, beim Ausklingen der Wirkung Depression und Suizidgedanken.

Merkmale bei chronischem Konsum: Starke psychische Abhängigkeit, die materielle / soziale Bedenken verdrängen; körperlicher Verfall (Abmagerung), kogn. Einbußen, delirante Zustände mit euphorisch-ängstlicher Verstimmung; Kokain-Paranoia; akustische, szenische, taktile Halluzinationen (krabbelnde Parasiten auf der Haut), Antriebsstörungen (völlige Apathie), Impotenz, Mydriasis, Tachykardie, Hyperthermie, Schädigung der Nasenschleimhaut.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (36) – Störungen durch Amphetamine (F15)



Diagnostik: Ausschluss anderer Intoxikationen, einer Hyperthyreose, manischer Syndrome bei affektiven Störungen und beginnender Schizophrenie. Substanznachweis in Blut und Urin.

10% der 18-25jährigen hat Erfahrungen. Ziel: Leistungssteigerung, Überwindung innerer Leere, Selbstbehandlung von Depression, Appetitzüglung.

Zu den Psychostimulanzien (Amphetamin-Gruppe) gehört das in der Natur vorkommende **Ephedrin** sowie synthetisch hergestelltes Amphetamin (Speed, z.B. XTC, chemisch meist als MDMA). Chemisch sind Amphetamine mit dem Adrenalin unseres Körpers verwandt. Sie werden missbräuchlich zur Antriebs- und Leistungssteigerung (**Doping**) verwendet, aber auch als **Appetitzügler** zur Unterdrückung von Hungergefühlen eingesetzt.

Bei den Psychostimulanzien (Weckamine) entsteht **keine körperliche Abhängigkeit**, so dass es keine typischen Entzugssymptome gibt. Allerdings kommt es zur **Toleranzentwicklung**. Nach chronischem Missbrauch entsteht eine Dysphorie mit Müdigkeit und Abgeschlagenheit.

Psychische Merkmale des Amphetamin-Rausches: **Unruhe**, **Enthemmung**, **Euphorie**, Nervosität, optische und akustische Halluzinationen, Kritiklosigkeit, Ideenflucht, Aggressivität, Angst, Stimmungslabilität, Paranoia. MDMA als „**Herzöffner**“ („Meer von Liebe, Wärme und Geborgenheit“).

Körperliche Symptome: Starke **Tachykardie**, **Hyperthermie**, starke **Hypertonie** mit der Gefahr von Herz-Kreislauf-Versagen; Mydriasis, Dehydration bei körperlicher Verausgabung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Tremor, Gewichtsverlust.

Bei Intoxikationen sind Flüssigkeits- und Glukosezufuhr sowie Abkühlung wichtig. Begleitmedikation mit Benzodiazepinen zur Beruhigung, mit Neuroleptika bei psychotischer Symptomatik, ggf. mit Blutdrucksenkern und Antidepressiva.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (36) – Störungen durch Halluzinogene (F16)



Gefahr eines Horrortrips: Extreme Depersonalisation, intensive Angst, Paranoia u. intensive Wahrnehmungsstörungen können zu suizidalen oder fremdaggressiven Handlungen führen.

Flashbacks, da die stark fettlöslichen Substanzen der Halluzinogene im Fettgewebe gespeichert werden.

Substanzprüfung im Urin. Abgrenzung zu drogeninduzierten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

LSD (ein synthetisches Derivat aus Mutterkorn), Mescalin (aus dem Peyote-Kaktus), Psilocybin (Magic Mushroom), Phencyclidin (Angel Dust), Muscarin (Fliegenpilz) und Atropin (Tollkirsche).

Die psychische Abhängigkeit ist unterschiedlich stark ausgebildet. **Keine körperliche Abhängigkeit**. Schnelle **Toleranzentwicklung**, insbesondere bei LSD. Ein Trip kann 6 – 8 Stunden dauern. Danach folgt häufig eine depressive Phase, die den Wunsch nach erneuter Einnahme der Droge verstärkt. Entzugssyndrome werden nicht beobachtet.

Typische Auswirkungen: **Tiefe Wahrnehmungsveränderungen** (optische Halluzinationen, Intensivierung von Farben und Formen, illusionäre Verkennungen, veränderte Geräuschwahrnehmung, haptische Halluzinationen, Vermischung von Sinneseindrücken: Farben haben Gerüche, Töne enthalten Farben), **Desorientiertheit**, **Veränderungen der Stimmung**, Verstärkung von Emotionen (Glücksgefühl bis Horrortrip), Veränderung des Ich-Gefühls („Entgrenzung“).

Schizophrene Symptome sind durch den Konsum von Halluzinogenen auslösbar (Erlangung von Modellpsychosen: Erforschung der Schizophrenie in der funktionellen Kernspintomografie).

Körperliche Auswirkungen: **Tachykardie**, **Hypertonie**, **Mydriasis**, Schwindel und Übelkeit, Schwitzen, Zittern, Erschöpfung in der Nachwirkungsphase.

Intellektuelle Fähigkeiten werden kaum beeinträchtigt. Eine therapeutische Unterstützung ist i.d.R. nicht erforderlich, weil nach Abklingen der Wirkung keine Entzugserscheinungen auftreten. Bei akuten psychotischen Problemen Raumabdunklung und Haldol®.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (37) – Störungen durch Nikotin (F17)



Psychotherapie: Psychoedukative Elemente mit Informationsvermittlung und Erfahrungsaustausch, Verhaltensanalysen und Aufbau alternativer Verhaltensweisen, Erlernen neuer Problemlösestrategien, Vorbereitung auf die Abstinenz, Schulung des Willens, familiäre Unterstützung.

Nikotinpflaster / -kaugummis stimulieren die beim Nikotinabhängigen vermehrten Nikotinrezeptoren.

Raucherentwöhnung ist ein Behandlungsthema für HPP.

Nikotin ist die suchterzeugende Substanz des Tabaks. Es stimuliert spezielle Rezeptoren im Gehirn, die die Ausschüttung von Dopamin im mesolimbischen Bereich steigern. Dies wirkt beruhigend und vermeintlich konzentrations- und antriebsteigernd. Hinzu kommen Zusatzstoffe, die die Abhängigkeit vom Nikotin ergänzen bzw. verstärken.

Entzugssymptome der Nikotinabhängigkeit: Gesteigerter Wunsch zu rauchen, Konzentrationsstörungen, Ängste und depressive Stimmung, Schlafstörungen, Gewichtszunahme bei gesteigertem Hungergefühl, Kollapsneigung.

Folgen des Tabakkonsums (Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung, 2004): Bis zu 20 Mio. Deutsche sind vom Rauchen abhängig. Die Zahl der Todesfälle durch Rauchen hat sich in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt. Im Schnitt sterben 383 Menschen täglich an den Folgen des Rauchens (Vergleichswert: 10 Unfalltote täglich in 2010). Frauen sind doppelt so häufig vom Tod durch Rauchen betroffen wie Männer. Die Lebensdauer wird im Schnitt um 5,7 Jahre verkürzt. Über 170.000 Neugeborene werden bereits im Mutterleib durch Schadstoffe im Tabakrauch geschädigt. Pro Jahr rund 85.000 Herz-Kreislauf-Erkrankungen; mind. jeder 3. Herz-Kreislauf-Todesfall beruht auf Rauchen, zusätzlich Krebs- und Lungenerkrankungen. 2/3 alle Kinder probieren vom 11. bis 13. Lebensjahr ihre 1. Zigarette. Tabakbedingte Erkrankungen verursachen 18 Mrd. EUR Kosten (bei 12 Mrd. EUR Einnahmen aus Tabaksteuer).

½ aller Rauchen stirbt frühzeitig durch die Folgeschäden des Rauchens. Kardiovaskuläre Erkrankungen und Tumoren spielen dabei die Hauptrolle. Komorbidität: Alkohol und Drogenabhängigkeit, Depression, Schizophrenie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (38) – Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)



Epidemiologie: Kinder suchen billigen Rausch.

Ätiologie: Neugier, Reizhunger, Geltungsbedürfnis. Serotonerge und adrenerge Wirkung im ZNS.

Psychotherapeutische Begleitung und sozio-therapeutische Nachsorge.

Durch das Inhalieren der Dämpfe organischer Lösungsmittel (Schnüffeln) entwickelt sich eine ausgeprägte psychische, jedoch keine körperliche Abhängigkeit.

Eingesetzte Mittel: Benzin, Feuerzeuggas und Propangas; Lösungsmittel für Farben, Lacke, Klebstoffe; Lack-, Haar- und Reinigungssprays; Fleckentferner; Farb-, Lack- und Klebstoffverdünner (Nitroverdünner); Äther und Chloroform. Wirkstoffe: Aceton, Benzol, Trichloräthylen, Toluol, Tetrachlor-Kohlenstoff.

Reizung der oberen Atemwege. Kurzer Erregungszustand, der in einen tranceähnlichen Zustand übergeht und zur Bewusstseinstrübung führt. Im Rausch besteht akute Gesundheitsgefährdung durch Atemstörungen, Herzrhythmusstörungen, zerebrale Krampfanfälle, Verletzungen und Unfälle.

Symptome der Inhalation: Kurzes **Erregungsstadium** mit **Übelkeit**, **Euphorie** und **Entspannung** (gesteigerte Empfänglichkeit für optische Sinneseindrücke, Gefühl von Wohlbehagen und Schwerelosigkeit), Reizung der oberen Atemwege / Atemnot, **Herzklopfen** und **Kopfdruck**, Waden-Schmerzen, **Desorientiertheit**, delirante Symptome und optische Halluzinationen, Bewusstseinstrübung.

Schäden bei chronischem Missbrauch: Störungen des ZNS mit **hirnorganischer Wesensänderung**, Polyneuropathien, Ataxien, Sprachstörungen, Schädigungen von Leber, Nieren, Lunge, Herz und Blutbild.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotrope Substanzen (39) – Zusammenfassung und DD

Substanz	Pupillen-reaktion	Psychische Abhängigkeit	Körperliche Abhängigkeit	Vorgehen beim Entzug	Entzugssymptome	Akuttherapie bei Intoxikation
Alkohol	Normal	Ja	Ja	Abrupt	Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Tremor, vegetative Symptome, Krampfanfälle, Delir	Neuroleptika, Benzodiazepine, Clomethiazol
Opiate	**Miosis**	Ja	Ja	Abrupt (Substitut: Opiatagonist)	Unruhe, Craving, Übelkeit, Schwitzen, Gliederschmerzen, Fieber, Nasen- und Tränenfluss, Gähnen	Naloxon
Cannabis	Mydriasis	Ja	**Nein**	Abrupt	Angst, Depressivität, Schlafstörungen	„Talking down“
Benzo-diazepine	Normal	Ja	Ja	Langsam ausschleichend	Vgl. Alkohol	Flumazenil
Barbiturate	Normal	Ja	Ja	Langsam ausschleichend	Vgl. Alkohol	Neuroleptika, Benzodiazepine
Analgetika	Normal	Ja	Ja	Abrupt	Unruhe, Dysphorie	Neuroleptika
Kokain	Mydriasis	Ja	**Nein**	Abrupt	Reizbarkeit, Angst, Depressivität, Schlafstörungen	Benzodiazepine
Stimulanzien	Mydriasis	Ja	**Nein**	Abrupt	Dysphorie, Depressivität, Schlafstörungen	Neuroleptika, Benzodiazepine, Betablocker
Halluzinogene	Mydriasis	Ja	**Nein**	Abrupt	Dysphorie, Depressivität	Benzodiazepine, Neuroleptika
Nikotin	Normal	Ja	Ja	Abrupt (ggf. Nikotinpflaster)	Reizbarkeit, Unruhe	Betablocker
Flüchtige Lösungsmittel	Normal	Ja	**Nein**	Abrupt	Dysphorie	Neuroleptika

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (1) – Definition



Schizophrenie (griech. schizein: spalten und phren: Zwerchfell, Seele).

Tief greifende psychische Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Verhalten eines Menschen so stark verändert, dass er den Bezug zur Realität verliert. Die Scheinwirklichkeit ist für den Patienten real und lebensbestimmend, aber für einen gesunden Menschen kaum nachvollziehbar. Ein Perspektivwechsel ist für den Patienten nicht möglich.

Leitsymptome sind Wahn, Halluzinationen, Denkstörungen und Ich-Störungen. Selbst- und Fremdgefährdungen sind nicht selten.

1911 wurde von Eugen Bleuler der Begriff Schizophrenie (Spaltungsirresein) eingeführt. Er löste den von Emil Kraepelin geprägten Begriff **Dementia praecox** (vorzeitige Verblödung) ab.

Kraepelin grenzte damit die Erkrankung von den manisch-depressiven Erkrankungen ab und betonte die Schwere, das frühe Erkrankungsalter und den ungünstigen Verlauf der Störung.

Bleuler hob dagegen die Symptomatik der Erkrankung (die Spaltung psychischer Prozesse) in den Vordergrund und differenzierte verschiedene Erscheinungsformen, die sich im ICD-10 wiederfinden.

Nach dem triadischen System (Schneider) gehören die Schizophrenien zu den endogenen Psychosen, also den Psychosen mit unklarer Genese.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (2) – Aufbau der Gruppe F2 im ICD-10

ICD-10 Klassifikation	Unterteilung
Schizophrenie (F20) Anmerkung: Der Verlauf einer Schizophrenie (F20) kann mit der fünften Stelle kodiert werden: F20.1x (z.B. kontinuierlich, episodisch remittierend oder mit Residuum).	**Paranoide Schizophrenie (F20.0)** **Hebephrene Schizophrenie (F20.1)** **Katatone Schizophrenie (F20.2)** Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3) Postschizophrene Depression (F20.4) **Schizophrenes Residuum (F20.5)** **Schizophrenia simplex (F20.6)** Sonstige Schizophrenie (F20.8) Nicht näher bezeichnete Schizophrenie (F20.9)
Schizotype Störung (F21)	-/-
Anhaltende wahnhafte Störungen (F22)	-/-
Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F23.0) Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) Akute schizophreniforme Störung (F23.2)
Induzierte wahnhafte Störung (F24)	-/-
Schizoaffektive Störung (F25)	Schizomanische Störung (F25.0) Schizodepressive Störung (F25.1) Gemischte schizoaffektive Störung (F25.2)
Sonstige nichtorganische psychotische Störungen (F28)	-/-
Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	-/-

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (3) – Symptomatik



Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Mit der Polizei wird der 28jährige Student Thomas in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Der Vater der Freundin alarmierte die Polizei, weil Thomas mit einem verstörten Blick und einer Axt in der Hand an der Tür läutete und seine Freundin sprechen wollte.

Während eines Arztgespräches berichtet er dem Therapeuten seine Erlebnisse:

„Die vier Wochen vor der geplanten Hochzeit waren für mich der reine Wahnsinn. Ständig musste ich soviel denken, immer wach bleiben und konnte einfach nicht schlafen. Ich war total überdreht. Meine Eltern machten sich Sorgen und wollten mich beruhigen. Es drehte sich alles um die Hochzeit und meine Freundin. Ständig war etwas los in meinem Kopf, es war schrecklich. Dazu kamen die Stimmen, die über mich redeten oder mir sagten, was ich machen solle, beispielsweise sagte eine weibliche Stimme: „Er will heiraten. Dumm ist er! Hässlich ist er! Und unfähig zu lieben.“ – „So dumm ist er doch gar nicht,“ entgegnete die Stimme einer älteren Frau, „er hat studiert.“ – „Die Frau will dich zerstören,“ hörte ich ein wenig später eine männliche Stimme sagen. „Du musst dich von ihr befreien. Bring sie um, deine Braut!“ Es war einfach schrecklich. Ich machte den Fernseher an, um mich abzulenken. Doch ich hatte das Gefühl, dass alle über mich und meine Hochzeit Bescheid wussten, vor allem aber die Nachrichtensprecher. Wenn Sie den Kopf nach rechts neigten, hieß das, sie würden mir dringend von meinem Vorhaben abraten. Vor Frauen wurde ich gewarnt und Michael Douglas forderte mich auf, „es“ doch endlich zu tun. Ich war nicht mehr ich und wehrte mich gegen die Gedanken.“

Ich hatte über das, was in meinem Kopf vorging, die Kontrolle verloren. Die Stimmen hatten mein Gehirn so in Besitz genommen, dass sie meine Gedanken beeinflussen und meine Handlungen lenken konnten. Als ich dann in den Schuppen ging, um mich abzulenken, sah ich die Axt. Wie ferngesteuert bewegte sich meine Hand auf die Axt zu, ergriff sie und steckte sie in die Tasche. „Tu es, tu es endlich! Sei ein Mann. Sie wird dich vernichten und zerstören. Merkst du nicht, wie sie dich quält und beeinflusst?“ Hörte ich die männliche Stimme in meinem Kopf drängend rufen, während die weibliche kommentierte: „Schau, jetzt nimmt er die Axt! Jetzt verlässt er die Wohnung! Es stellte sich vor, wie er es tun wird.“

Beim Explorationsgespräch in der Klinik stellte sich nun heraus, dass der Student schon vor drei Jahren, kurz nach dem Auszug aus dem Haus der Eltern, bereits einmal einen ähnlichen Zustand erlebt hatte. Damals glaubte er, die Welt befinde sich in einem mystischen Kriegszustand, alles sei verzaubert, er habe den göttlichen Auftrag, die Menschen wach zu rütteln und durch seine von Gott gegebene Kraft alle Auserwählten von dem Zauber zu befreien. Als ein Auto ihn anblinkte, hielt er dies für ein göttliches Zeichen zum Eingreifen und sprang einer plötzlichen Eingebung folgend vor den Wagen, um die darinsitzende junge Frau zu retten. Dabei wurde er vom Auto erfasst und gegen einen Müllcontainer geschleudert. Mit gebrochenen Beinen und einer Gehirnerschütterung wurde er ins Krankenhaus eingeliefert. Die Ärzte diagnostizierten eine schizophrene Psychose und verordneten hochpotente Neuroleptika, die sehr bald zu einer vollkommenen Genesung führten. Auch dieses Mal verbesserte sich sein Zustand nach der Gabe von Antipsychotika deutlich. Übrigens: Seine Großmutter – so erzählt man in der Familie – war nervenkrank. Mehrmals gab es bei ihr Phasen, in denen sie sich verfolgt glaubte und sich vor Angst tagelang in ihr Zimmer einsperrte.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (4) – Symptomatik (1/2)



Schizophrene Störungen zeigen die folgenden Symptome, die je nach Unterform unterschiedlich stark ausgeprägt sind:

1. Inhaltliche Denkstörungen: Der Patient nimmt häufig zunächst eine **Wahnstimmung** wahr, d.h. er hat das Gefühl, dass sich etwas in seiner Umgebung verändert hat, dass ihm Dinge, Menschen und Situationen fremd erscheinen. Dies erlebt er meist als bedrohlich und unheimlich. Später beginnt der Patient Sinneseindrücke wahnhaft zu deuten, es entsteht eine **Wahngewissheit**. Das Erlebte wird zur **Wahnwahrnehmung**. Gedanken ohne Bezugnahme auf äußere Gegebenheiten werden zu **Wahneinfällen**. Verknüpft der Patient seine Wahnwahrnehmungen zu einem in sich geschlossenen Erleben, lebt er in einem **systematisierten Wahn**. Beziehungs- und Verfolgungswahn sind die häufigsten Wahnthemen schizophrener Patienten. Während bei den schweren depressiven Episoden der Wahninhalt meist synthym (zur Affektlage passend) ist, ist die Ausgestaltung des Wahns bei schizophrenen Störungen in der Regel **bizarr** und **magisch-mystisch**. Themen, die für den Patienten zum Zeitpunkt der Erkrankung besonders wichtig sind, fließen häufig in den Wahn ein.
2. Zu den formalen Denkstörungen (siehe Tabelle) zählen **Gedankenabreißen**, **Neologismen**, **Konkretismus** sowie Störungen der logischen Gedankenabfolge bis hin zur **Denkzerfahrenheit** (Inkohärenz). Wenn der logische Zusammenhang der Sprache verloren geht, kann es zum völligen **Sprachzerfall** (Schizophasie) kommen. Denkhemmung und ideenflüchtiges Denken können ebenfalls bei schizophrenen Störungen vorkommen, sind aber eher charakteristisch für Depression bzw. Manie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (5) – Formale Denkstörungen



Psychopathologie	Erklärung
Gedankenabreißen, Gedankensperrung	Plötzlicher Abbruch eines flüssigen Gedankenganges bzw. des Sprechens ohne ersichtlichen Grund
Zerfahrenheit, Inkohärenz	Zusammenhanglosigkeit von Denken und Reden
Neologismen	Wortneuschöpfungen, die nicht der sprachlichen Konvention entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind (z.B. Blutgebären, Brotverlaibung)
Kontamination	Verschmelzen von zwei nicht passenden Wörtern, unsinnige Wortkombinationen (z.B. Eisbärenengel)
Begriffsverschiebung	Ein bekanntes Wort bedeutet etwas ganz anderes (z.B. Stern steht für einen Ort oder einen Besitz)
Konkretismus	Unfähigkeit, die übertragene Bedeutung von Sprichwörtern zu erkennen, alles wird „wörtlich genommen“
Symboldenken	„Ich höre in mir einen Storch klappern“ für „ich bin schwanger“
Paralogik	Unlogische Verknüpfungen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (6) – Symptomatik (2/2)



Schizophrene Störungen zeigen die folgenden Symptome, die je nach Unterform unterschiedlich stark ausgeprägt sind:

3. Halluzinationen: Für schizophrene Störungen sind **akustische Halluzinationen** charakteristisch. Meist sind es dialogisierende, kommentierende und imperative Stimmen. Aber auch Murmeln und Geräusche wie Pfeifen, Lachen oder Schritte können wahrgenommen werden (Akoasmen). Häufig sind **Leibhalluzinationen** (z.B. „von außen bestrahlt“), **Zönästhesien** („wie aus Stein“) sowie **Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen** (Vergiftung) bei paranoidem Erleben.
4. Ich-Störungen: Ist die **Ich-Haftigkeit des Erlebens** beeinträchtigt, spricht man von Ich-Störungen. Die Grenze zwischen Ich und Außenwelt verschwimmt und kann nicht mehr eindeutig gezogen werden. Folgen sind **Depersonalisation**, **Derealisation**, **Gedankeneingebung** und **Fremdbeeinflussungserleben**.
5. Störungen der Affektivität: Typisch sind **Anhedonie** (Freudlosigkeit), **Affekt-verflachung** (Gefühlsabstumpfung und Leere im schizophrenen Residuum), aber auch **Angst und Erregung** im akuten Krankheitsstadium. Das Erleben passt oft nicht zum Gefühlsausdruck oder der Situation (**Parathymie**).
6. Störungen des Antriebs: Eine **Zunahme des Antriebs** findet sich eher in der **akuten** Erkrankungsphase (schizophrener Schub), während der **Erschöpfungszustand nach einem Schub** oder das **schizophrene Residuum** von einer **Antriebsschwäche** geprägt ist.
7. Störungen der Psychomotorik (siehe Tabelle): Katatonie, Mutismus usw.
8. Störungen des Sozialverhaltens: **Sozialer Rückzug**, **Kontaktarmut** und **soziale Abkapselung** oder aber **Enthemmung** und **Distanzlosigkeit**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (7) – Störungen der Psychomotorik

Psychopathologie	Erklärung
Katatonie (katatoner Stupor)	Erstarrung willentlicher Bewegungen bis zur Bewegungslosigkeit
Mutismus	Völlige Erstarrung des Sprechens
Erregung	Anscheinend sinnlose motorische Aktivität (Unruhe, Bewegungsdrang, Schreien, Heulen usw.)
Bewegungs- und Sprachstereotypien	Wiederholung der immer gleichen Bewegungsabläufe (z.B. Schaukel, Wippen) oder Sätze bzw. Redewendungen
Haltungsstereotypien	Einnehmen und Verharren in unsinnigen, häufig unbequemen und bizarren Haltungen
Negativismus	Anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber aller Aufforderungen; sie werden immer mit dem Gegenteil beantwortet
Rigidität	Beibehaltung einer starren Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden
Wächserne Biegsamkeit („Flexibilitas cerea“)	Passive Bewegungen der Gliedmaßen sind nur gegen zähen Widerstand möglich
Befehlsautomatismen	Automatisches Befolgen von (evtl. sinnlosen) Anweisungen
Echopraxie	Ständiges Nachahmen von Bewegungen oder Handlungen
Echolalie	Ständiges Nachreden von vorgegebenen oder gehörten Worten oder Sätzen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (8) – Symptomatologie nach Bleuler / Schneider



Die Symptome der schizophrenen Störungen wurden in den zurückliegenden 100 Jahren unterschiedlich geordnet:

- **Eugen Bleuler** (1916) unterscheidet obligatorische **Grundsymptome** (Störungen der Assoziation, Störungen der Affektivität, Ambivalenz = Nebeneinander von gegensätzlichen Gefühlsregungen wie Liebe und Hass, Autismus = Rückzug in einer persönliche „Scheinwirklichkeit“) und **akzessorische Symptome**, die auch bei anderen psychischen Erkrankungen auftreten (Halluzinationen, Wahn, katatone Symptome).
- **Kurt Schneider** (1887-1967) teilte die schizophrenen Symptome nach ihrer diagnostischen Wertigkeit in
  - Symptome **1. Ranges**: Gedankenlautwerden, kommentierende und dialogisierende Stimmen, akustische Halluzinationen, leibliche und andere Beeinflussungserlebnisse mit dem Gefühl des „Gemachten“, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, Wahnwahrnehmung und
  - Symptome **2. Ranges**: Andere Halluzinationen, Wahneinfälle, Ratlosigkeit, Störungen der Affektivität ein.
  - Darüber hinaus können **uncharakteristische Symptome** wie sensorische Störungen, illusionäre Verkennungen, Depersonalisation und Derealisation auftreten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (9) – Plus- und Minussymptome



Im klinischen Alltag ist eine Unterscheidung nach **Plussymptomen** (Positivsymptomen; ein Mehr an Erleben im Vergleich zum Gesunden) und **Minussymptomen** (Negativsymptomen; Mangel an normalem Erleben und Fühlen) naheliegend. Die in Kliniken gebräuchliche Bezeichnung **produktive Symptomatik** ist mit den Plussymptomen gleichzusetzen:

Plussymptome	Minussymptome
Wahn	Aufmerksamkeits- / Konzentrationsstörung
Halluzinationen	Anhedonie
Ich-Störungen	Affektverflachung
Angst, Erregung	Depressive Stimmung, Niedergeschlagenheit
Antriebssteigerung	Antriebslosigkeit
Psychomotorische Hyperkinese (Unruhe, Bewegungsdrang, Bewegungsstereotypien)	Psychomotorische Hypokinese (Mutismus, Stupor)
Enthemmung, Distanzlosigkeit	Sozialer Rückzug, Kontaktarmut

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (10) – Charakteristika der Unterformen

Unterform der Schizophrenie	Vorherrschende Symptomatik	Häufigkeit	Gipfel der Erst-erkrankung	Prognose
Paranoide Schizophrenie	Wahnerleben (insb. Verfolgung, Beziehung, Vergiftung) und (insb. akustische) Halluzinationen, i.d.R. von Ich-Störungen begleitet	40%	30.-40. Lebensjahr	Eher günstig, gutes Ansprechen auf Neuroleptika
Hebephrene Schizophrenie	Trias: Affektstörungen, formale Denkstörungen, ziellose / unsinnige Aktivitäten; läppisch-heiteres Bild, Distanzlosigkeit, Faxen machen	15%	15.-31. Lebensjahr	Eher ungünstig
Katatone Schizophrenie	Psychomotorische Störungen: In Sperrzuständen hellwach, aber körperlich zu einer Statue erstarrt; in Erregungszuständen wild um sich schlagend, schreiend, zerrend	15%	18.-25. Lebensjahr	Eher günstig (spricht gut auf Neuroleptika an)
Schizophrenia simplex (umstrittene Ausschluss-diagnose)	Symptomarmer Verlauf, langsam fortschreitender Wesenswandel; überwiegend Negativsymptome (Autismus, Verschrobenheit), keine klaren Positivsymptome	10%	Schleichender Beginn	Ungünstig, meist chronisch-progredient (spricht schlecht auf Neuroleptika an)
Zönästhetische Schizophrenie	Zönästhetische Missempfindungen und Leibhalluzinationen	5%	Schleichender Beginn	Ungünstig, meist chronisch-progredient
Schizoaffektive Störung	Schizophrene und affektive Symptome treten gleichzeitig auf	5%	18.-25. Lebensjahr	Günstiger als bei anderen Formen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (11) – Diagnostik

Die Diagnose der Schizophrenie stützt sich auf den **psychopathologischen Befund**. Die Symptome der Schizophrenie sind nicht spezifisch, sie können auch bei anderen psychischen Erkrankungen vorkommen.

Entscheidend ist die Symptomkonstellation unter Berücksichtigung des **Krankheitsverlaufs** und der **Ausschlussdiagnostik** (OPS; Substanzmissbrauch; bipolare Erkrankung; paranoide oder schizoide Persönlichkeit, Autismus).

Um eine Schizophrenie zu diagnostizieren, muss eine psychotische Episode mit mindestens **einem Symptom 1. Ranges** (ICD-10) oder **zwei Symptomen 2. Ranges** (ICD-10) über mind. **vier Wochen** bestehen. Die Diagnosestellung ist dem Psychiater vorbehalten.

Bei Erstaufnahme eines Patienten mit einer schizophrenen Symptomatik ist oft nicht klar, wie lange die Symptomatik und ob eine organische Ursache besteht. Darum zunächst die Diagnose **akute schizophreniforme psychotische Störung** (F23.2) stellen, bis Verlaufsbeobachtungen vorliegen.

Wenn ein Patient ebenfalls die Kriterien für eine manische oder depressive Episode erfüllt, müssen die schizophrenen Symptome **VOR** dieser Störung aufgetreten sein, um eine Schizophrenie diagnostizieren zu können.

Häufige Ursachen für schizophrenieartige Zustandsbilder sind **Drogenintoxikationen** und **Medikamentengabe bzw. -entzug**. Akuter und dringender Handlungsbedarf besteht bei einer **Herpes-Enzephalitis**! Beispiele für organische Ursachen schizophrener Symptome:

- Zerebrale Erkrankungen: Frontotemporale Tumoren, Temporallappenepilepsie
- Zerebrale Infektionskrankheiten: Neurosyphilis, AIDS, Herpes-Enzephalitis
- Endokrine Erkrankungen: Hypothyreose, M. Cushing
- Metabolische Störungen: Vitamin-B_{12} oder Folsäure-Mangel, M. Wilson, Porphyrie (Störung des Aufbaus des roten Blutfarbstoffs = Stoffwechselerkrankung)
- Immunologische Erkrankungen: Systemischer Lupus erythematodes (Autoimmunerkrankung)
- Intoxikation mit Schwermetallen
- Medikamente: Steroide, L-Dopa, Anticholinergika, Entzugssyndrome bei Alkohol, Benzodiazepinen, Barbituraten
- Drogen: Psychostimulanzien (Kokain, Amphetamine), Halluzinogene (LSD, PCP), THC, Alkohol (z.B. Alkoholhalluzinose).

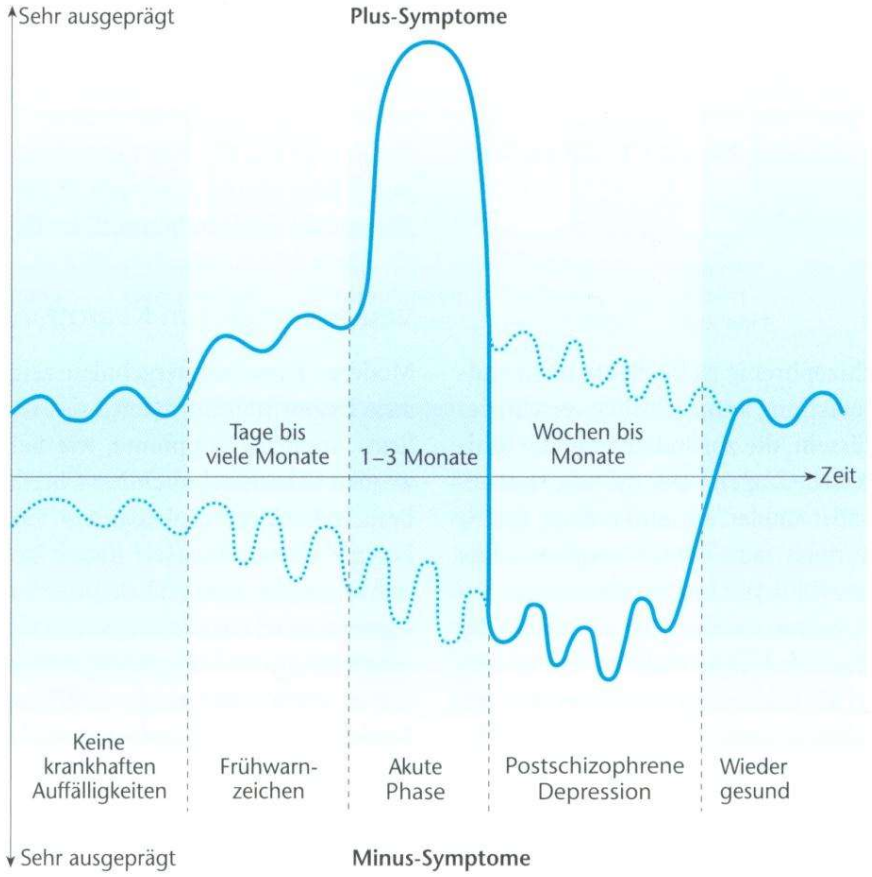
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (11) – Diagnostik

Symptome 1. Ranges im ICD-10	Symptome 2. Ranges im ICD-10
Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankenlautwerden (**Ich-Störungen**)	**Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität**, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder von langanhaltenden überwertigen Ideen
Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten (deutlich bezogen auf Körper- bzw. Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten, Empfindungen), Wahnwahrnehmung (**inhaltliche Denkstörungen**)	Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt (**formale Denkstörungen**)
Kommentierende, dialogisierende oder **imperative Stimmen**, die über den Patienten (in der 3. Person) reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen (**akustische Halluzinationen**)	**Katatone Symptome** wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
Anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer **Wahn**, wie eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein oder besondere Fähigkeiten zu besitzen (z.B. Wetter kontrollieren zu können, mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen)	**Negativsymptome** wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter Leistungsfähigkeit (cave: können auch bei Depression oder Gabe von Neuroleptika auftreten)
	Eindeutige und durchgängige Veränderungen des Verhaltens, die sich in **Ziellosigkeit**, Trägheit, **Verlorenheit** und sozialem Rückzug manifestieren

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (12) – Krankheitsverlauf



Als prognostisch günstig gelten: Akuter Beginn, kurze Dauer, ausgeprägte affektive Symptome, gutes prämorbides Funktionsniveau, keine psychiatrische Krankheitsvorgeschichte, keine Komorbidität, keine Schizophrenie in der Familienanamnese.

Ein akuter Krankheitsschub verläuft gewöhnlich in drei Phasen:

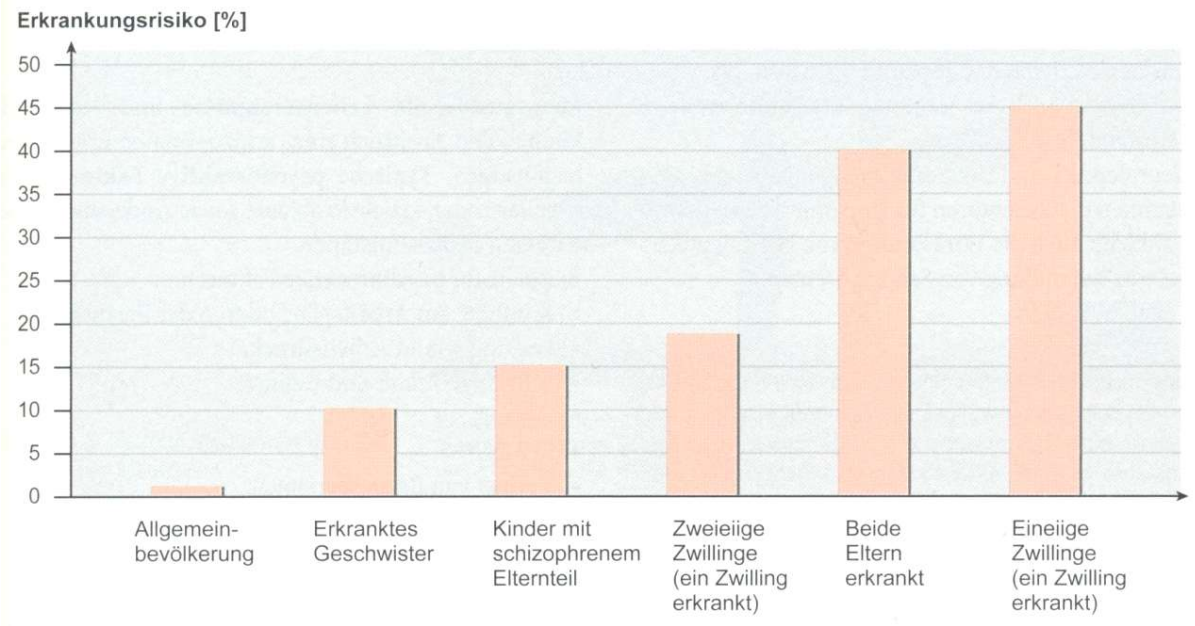
- **Prodromalphase** (Tage bis Monate) mit unspezifischen Symptomen (Frühwarnzeichen: Unruhe, Getriebenheit, Geräusch-, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Nervosität, Konzentrationsstörung, Schlafstörung, „seltsame“ Stimmung, sozialer Rückzug).
- **Akuter schizophrener Schub** mit produktiven Symptomen. Unter Neuroleptika klingt er meist innerhalb von Wochen ab.
- Die akute Phase kann in eine **Residualphase** übergehen, bei der der Patient nach Abklingen des schizophrenen Schubes eine deutliche Minus-Symptomatik zeigt (Konzentrationsprobleme, Leistungsmängel, affektive Verflachung, Kontaktarmut). Je nach Ausprägung muss auch an eine postschizophrene Depression gedacht werden. In der Residualphase können abgeschwächte psychotische Symptome überdauern.

Langzeitverlauf entsprechend der Drittelregel:

- In 30% der Fälle tritt die Krankheit einmalig auf. Dem ersten Auftreten (Erstmanifestation) folgt eine vollständige Gesundung (**Vollremission**).
- In 30% der Fälle verläuft die Krankheit in Phasen. Auf die Erstmanifestation folgen weitere **psychotische Episoden**. In den symptomfreien Intervallen sind die Patienten weitgehend gesund. Auch nach mehreren Schüben kann es zur Vollremission kommen.
- In 30-40% der Fälle kommt es zu einem **progredienten oder chronischen Krankheitsverlauf**, bei dem die Patienten unter einem **schizophrenen Residuum** mit Antriebsverlust, Erschöpfung, Affektverarmung, Störungen der Konzentration, der Sprache und des Gedächtnisses leiden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (13a) – Epidemiologie und Prognose (1)



Die Schizophrenie hat eine Lebenszeitprävalenz von 1%.
Sie ist unabhängig vom soziokulturellen Hintergrund und tritt weltweit etwa gleich häufig auf.
Das Erkrankungsrisiko ist für Frauen und Männer gleich hoch.
Das Ersterkrankungsalter liegt bei Männern (Gipfel bei 21 Jahren) jedoch 5 Jahre früher als bei Frauen.
90% aller Patienten erkranken vor dem 30. Lebensjahr.
Bei Verwandten von Schizophrenen nimmt das Erkrankungsrisiko mit dem Grad der Blutsverwandtschaft zu.
Bei eineiigen Zwillingen beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass der 2. Zwilling ebenfalls erkrankt, 45%.

Die Suizidrate liegt bei 5-10%. Schizophrenien treten gehäuft mit Suchterkrankungen auf.
In 50% der Fälle finden sich zusätzlich körperliche Erkrankungen.
Neben der unipolaren depressiven Periode und der Alkoholerkrankung führt die Schizophrenie weltweit am häufigsten zur Arbeitsunfähigkeit und Behinderung. In ihrer Behandlung und Rehabilitation gehört sie zu den teuersten psychischen Störungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

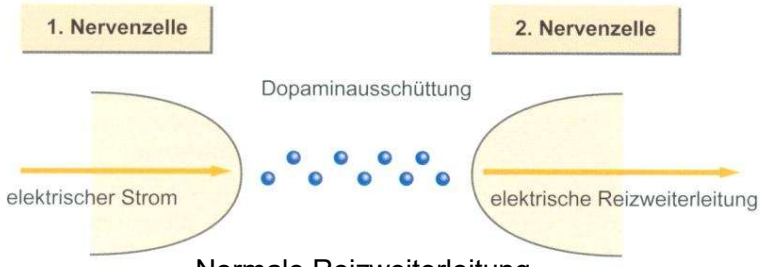
Schizophrene Störungen (13b) – Epidemiologie und Prognose (2)



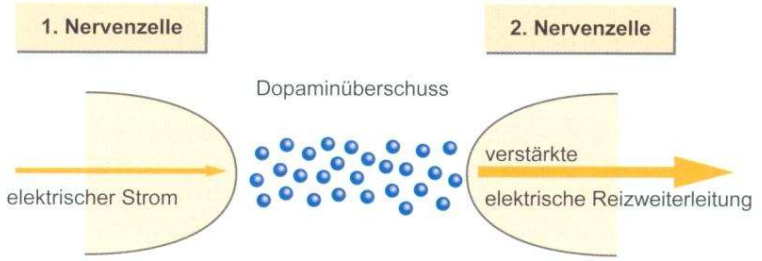
Gute Prognose	Schlechte Prognose
Verheiratet	Geschieden, getrennt lebend
Weiblich	Männlich
Gute Anpassung im Arbeits- und Freizeitbereich	Soziale Isolation
Stress oder akute schwere Lebensereignisse vor dem Krankheitsausbruch	Anpassungsprobleme während der Adoleszenz
Seltene und kurze Krankheitsphasen (schizophrene Schübe)	Lange und häufige Krankheitsphasen
Akuter Krankheitsbeginn	Schleichender Krankheitsbeginn
Affektive Auffälligkeiten	Negativsymptomatik, akustische Halluzinationen, Wahnideen
Frühzeitige neuroleptische Behandlung einer floriden (voll aufgeblühten) psychotischen Symptomatik, gutes initiales Ansprechen auf Neuroleptika	Lange pharmakologisch unbehandelte produktiv psychotische Symptomatik

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (14) – Ätiologie (1)



Normale Reizweiterleitung



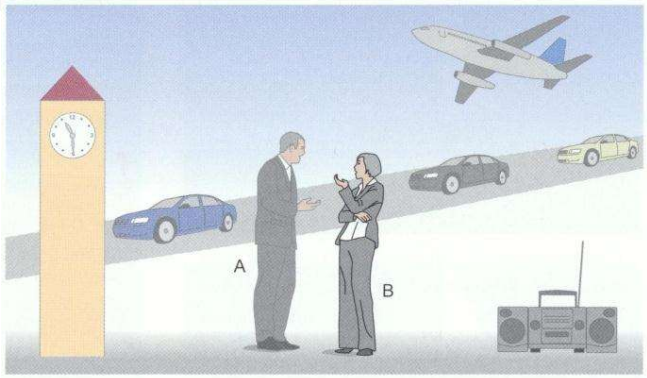
Verstärkte Reizweiterleitung

Die Entstehung der Schizophrenie ist bis heute nicht zufriedenstellend geklärt. Einige Faktoren, die zur Entstehung beitragen können, sind bekannt. Der genaue Entstehungsprozess ist jedoch unklar. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell eignet sich am besten als Erklärungsmodell. Dabei gehen Forscher von einer multifaktoriellen Genese aus. Berücksichtigung finden:

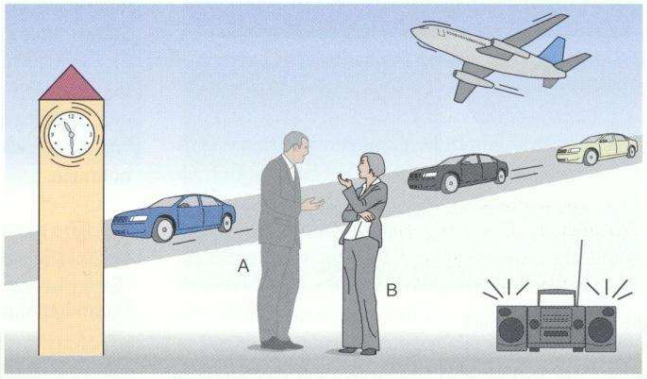
- **Genetische Faktoren:** Schizophrene neigen zu einer psychischen Übererregung, zu einer überreizten Wahrnehmung auf mehreren Kanälen, verbunden mit Ängsten und Wahnvorstellungen. Eine erbliche Komponente wird angenommen. Adoptionsstudien mit eineiigen Zwillingen belegen, dass die Schizophrenie keine ausschließlich erworbene Erkrankung ist.
- **Veränderungen im Neurotransmitter-System:** Schizophrene Symptome werden mitunter bei Überdosierung / Missbrauch von LSD oder Ecstasy berichtet. Durch einen Überschuss an Dopamin kommt es zu einer extremen Verstärkung der weitergeleiteten Sinnesreize. In Stress- und Konfliktsituationen führt dies dazu, dass Sinneseindrücke verstärkt wahrgenommen werden. Es kommt zu einer Störung der Informationsverarbeitung: Die selektive Aufmerksamkeit funktioniert nicht mehr, die Patienten werden überschwemmt von Sinneseindrücken, die sie nicht mehr ordnen, kontrollieren und adäquat beantworten können. Zwei Belege sprechen für diese Theorie: (1) **Amphetamine (Ecstasy) können (nicht nur) bei schizophrenen Patienten eine akute Episode auslösen**. Sie führen zu einer verstärkten Aktivität des dopaminergen Systems. Daneben ist auch das Serotonin-Transmitter-System betroffen. (2) **Neuroleptika sind Dopamin-Antagonisten**, d.h. sie hemmen die Rezeptoren für Dopamin. Das erklärt die Wirksamkeit von Neuroleptika bei der Behandlung von Schizophrenie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (15) – Ätiologie (2)



Gesunde Person (A) konzentriert sich auf ihr Gegenüber (B). Alle übrigen Sinneswahrnehmungen werden herausgefiltert.



Eine an Schizophrenie erkrankte Person (A) nimmt nicht nur seinen Gesprächspartner (B) sondern gleichzeitig auch das Läuten der Uhr, das Flugzeug, die vorbeifahrenden Autos und das Kofferradio wahr.

- **Hirnmorphologische Veränderungen:** Schizophrene haben im Vergleich zu Gesunden häufiger einen erweiterten dritten Ventrikel, erweiterte Seitenventrikel und Gehirnfurchen. Außerdem haben sich in der grauen Substanz bestimmter Hirnregionen Volumenminderungen finden lassen. Der **Einfluss von Neuroleptika als Verursacher** ist unklar.
- **Biologische Faktoren:** Eine Prädisposition für Schizophrenie entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell stellen **Virusinfektionen während der Schwangerschaft** und **Geburtskomplikationen** dar.
- **Psychosoziale Faktoren**: Stressauslösende Lebensereignisse können den Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung begünstigen. Typische psychoreaktive Faktoren sind **familiäre oder berufliche Probleme** sowie eine **Änderung gewohnter Lebensumstände**: Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft, Leistungs- und Arbeitsdruck, Hochzeit, Schwangerschaft und Geburt, Umzug, Pensionierung, Verlust von Bezugspersonen, Krankheit, Todesfall eines Angehörigen.
- **Pathologische Kommunikationsmuster** in der Familie sind als Auslöser für eine schizophrene Erkrankung identifiziert worden. Eine **überkritische und überprotektive Haltung in der Familie** erhöht zudem das Rückfallrisiko von Erkrankten. Darum ist es therapeutisch sinnvoll, Kommunikationsmuster in der Familie zu berücksichtigen. Die in den 80er Jahren formulierte These von der überprotektiven und dominanten „schizophrenogenen“ Mutter ist dagegen nicht haltbar und aufgrund der implizierten Schuldzuweisung problematisch.
- **Vulnerabilitäts-Stress-Modell:** Genetische, organische und soziale Faktoren (mit einem Ungleichgewicht im Neurotransmitter-Bereich) als **Vulnerabilität** (erhöhte Anfälligkeit), an Schizophrenie zu erkranken. Bereits geringe familiäre oder berufliche Stressoren können dann **Auslöser** einer schizophrenen Erkrankung sein.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (16) – Therapie mit Psychopharmaka

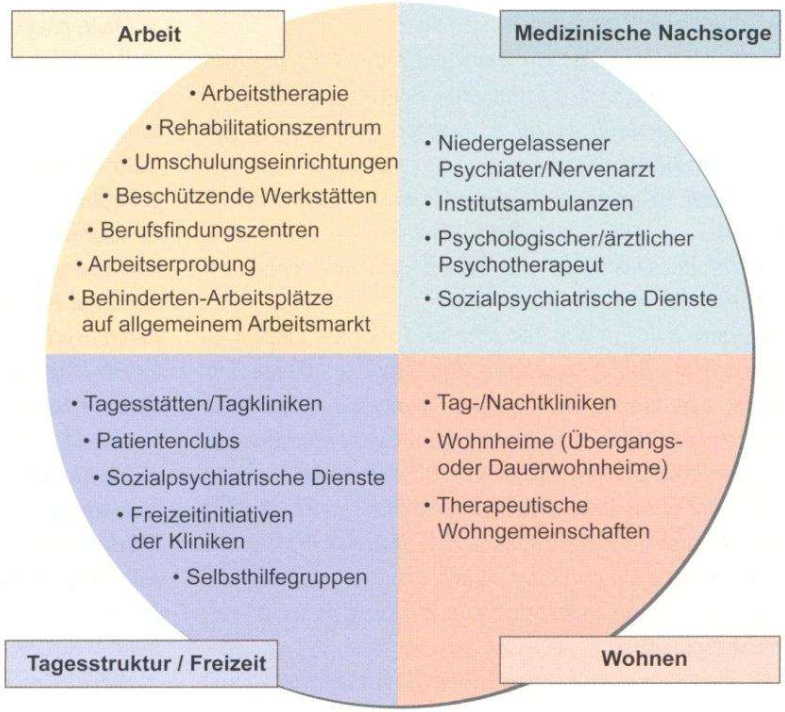
Typus	Niedrigpotente Neuroleptika (Blockade Dopamin-Rezeptoren)	Hochpotente Neuroleptika (dto.)	Atypische Neuroleptika (> mehrere Systeme)
Einsatzbereich	Vornehmlich zur Dämpfung psychotischer Erregungszustände (Wutanfälle, Erregung, starke psychomotorische Unruhe)	Therapie produktiver Symptome (Wahn, Denkstörungen, Sinnestäuschungen)	Therapie produktiver Symptome plus antriebsteigernd
Substanz	Levomepromazin (Neurocil®), Promethazin (Atosil®)	Haloperidol (Haldol®), Fluphenazin (Dapotum®)	Clonazepin (Leponex®), Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®) Risperidon (Risperdal®)
Sedierende Wirkung	Stark sedierend	Gering sedierend	Gering sedierend
Antriebsmangel / -hemmung	Positive Wirkung	Geringe Wirkung	Positive Wirkung
Antipsychotische Wirkung	Geringe Wirkung	**Starke Wirkung**	**Starke Wirkung**
Vegetative Nebenwirkungen	Starke vegetative Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Kreislauf-störungen, Abgeschlagenheit)	Geringe vegetative NW	Geringe vegetative NW
Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (verursacht durch die Dopaminblockade)*	Geringe extrapyramidale Nebenwirkungen	**Starke extrapyramidale NW**	**Geringe extrapyramidale NW**
Weitere Nebenwirkungen			**Gewichtszunahme, evtl. Blutbildveränderungen**

* Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen: **Frühdyskinesien** (Zungenkrampf, Kiefersperre, Grimassieren), **parkinsonartig** (bei hochpotenten Neuroleptika: Verlangsamung / Erstarrung der Bewegung; Hypomimie = Erstarrung der Mimik, Salbengesicht; Tremor oft nur einer Hand), **Akathisie** (starker körperlicher Bewegungsdrang) und **Spätdyskinesien** (Grimassieren, saugende, schmatzende und kauende Automatismen, Pisa-Syndrom = Schiefhaltung von Kopf, Hals und Schultern, Herausstrecken der Zunge, Rabbit-Syndrom = rhythmischer Lippentremor; verschwinden im Schlaf, werden stärker bei Stress).

Neben der Behandlung der Schizophrenie sowie bipolaren affektiven Störungen wird Quetiapin auch in Kombination mit Antidepressiva zur Steigerung der Wirksamkeit (Augmentation) in der Behandlung von therapieresistenten Zwangserkrankungen verwendet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (17) – Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie



Bereiche der gestuften Soziotherapie

Die Behandlung der Schizophrenie gehört nicht in den Aufgabenbereich des HPP. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und der Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung sollte die Therapie **immer** in Fachkliniken unter Anleitung eines Psychiaters erfolgen.

Sind wir in unserer Praxis mit einem akuten psychotischen Patienten konfrontiert, bei der die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, sind wir **gesetzlich verpflichtet**, die Polizei zu verständigen, damit eine stationäre Behandlung eingeleitet werden kann. Das Leben des Patienten und anderer Menschen hat Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Psychotherapie ist erst nach Abklingen der psychotischen Symptomatik sinnvoll. Bewährt haben sich verhaltens- und familientherapeutische Interventionen (Patientenaufklärung, Krisenplan, Training sozialer Kompetenzen, Stressbewältigung), um das soziale Leben zu fördern.

Psychopharmakotherapie: Die antipsychotische Wirkung auf die Plussymptome tritt i.d.R. sehr rasch ein. Eine Wirkung auf die Minussymptome kann dagegen oft 4-8 Wochen dauern. Tritt auch nach 8 Wochen keine Besserung ein, werden nach Ausschöpfung der maximalen Dosis meist andere Mittel probiert.

Entscheidend für den langfristigen Behandlungserfolg ist die **Rezidivprophylaxe**. Ohne Rezidivprophylaxe liegt das Rückfallrisiko im ersten Jahr nach Ausbruch der Schizophrenie bei bis zu 80%. Mit Medikamenten lässt sich das Risiko auf 20% senken. Die häufigsten Ursachen für Rückfälle sind ein abruptes Absetzen der Medikation und eine unregelmäßige Einnahme der Medikamente. Abgesetzt wird die Medikation erst nach einem mind. 12monatigen symptomfreien Intervall und über eine langsame Dosisreduktion (3-6 Monate).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (18) – Differenzialdiagnosen (1)



Schizotype Störung: „Vor dem Tragen waschen“

Ein 41jähriger Mann berichtet im Explorationsgespräch, er sei Zeit seines Lebens sozial isoliert gewesen. „Ich habe noch nie wirkliche Freunde gehabt und mich beschäftigt seither die Frage, ob meine feindseligen Gedanken gegenüber meinem älteren Bruder diesem ein Leid zufügen könnten.“ Im Gespräch ist der Patient distanziert und misstrauisch. Er beschreibt langatmig und umständlich Einzelheiten seines ereignislosen Lebens. So verbrachte er z.B. 1,5 Stunden in einer Tierhandlung, bis er sich endlich zwischen zwei verschiedenen Marken von Fischfutter entscheiden konnte. Oder er studierte 2 Tage lang die Waschanleitung für seine neue Jeans: War mit „vor dem Tragen waschen“ gemeint, dass die Jeans vor dem *ersten* oder vor *jedem* Tragen gewaschen werden sollten?

Der Mann erwähnt, dass ihm das Verhalten seiner Mitmenschen oft eigenartig fremd erscheine. Auch sein Körper fühle sich manchmal eigenartig fremd an. Es sei auch schon vorgekommen, dass er seine Gedanken laut höre oder sich verfolgt und bedroht fühle, dieser für ihn unangenehme Zustand sei aber immer schnell vorüber gegangen. Wenn er nach seinen Finanzen gefragt wird, kann er aus dem Gedächtnis den letzten Kontostand abrufen, einschließlich des Betrages von jedem Scheck, den er in den letzten Tagen ausgestellt hat. Manchmal wird er allerdings unsicher, wenn er berücksichtigen soll, ob ein bestimmter Scheck oder ein Guthaben wirklich verbucht wurde. Im Laufe des Gesprächs kommt auch das Thema Gruppentherapie zur Sprache. „Gruppen machen mich sehr nervös“, meint er. „Ich bin mir nicht sicher, ob ich das aushalten kann.“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (19) – Differenzialdiagnosen (2)



Der **Beginn** der schizotypen Störung liegt meist in der **Adoleszenz**. Oft gibt es eine **familiäre Belastung** mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Häufig ist ein **langwieriger chronifizierter Verlauf** mit geringer Veränderung der Symptome. In manchen Fällen mündet die Erkrankung in eine manifeste Schizophrenie.

Behandlung mit Neuroleptika, unterstützende Psychotherapie, Schulung sozialer Kompetenzen sollen positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf haben.

Schizotype Störung (F21): Ein Krankheitsbild mit vielfältigen schizophreniformen Auffälligkeiten wie Denk-, Affekt- und Verhaltensstörungen **ohne eindeutige schizophrene Plussymptome**. Die Diagnostik der schizotypen Störung (synonym: Grenzpsychose) wird im allgemeinen Gebrauch **nicht empfohlen**, da keine klaren Grenzlinien zur Schizophrenia simplex einerseits und der schizoiden / paranoiden Persönlichkeitsstörung andererseits vorhanden sind.

Wenn F21 diagnostiziert wird, sollten **drei oder vier** der folgenden **Symptome mindestens 2 Jahre lang ständig oder episodisch** vorhanden gewesen sein. Der Patient sollte früher niemals die Kriterien einer Schizophrenie erfüllt haben. Es gibt kein typisches Merkmal, jedes der folgenden kann vorhanden sein:

- Eingeschränkter oder inadäquater **Affekt** (der Patient erscheint **kalt / unnahbar**).
- **Exzentrisches**, seltsames oder eigentümliches Verhalten und Erscheinung.
- Tendenz zu **sozialem Rückzug**; wenig tragfähige soziale Kontakte.
- **Magisches Denken** und seltsame Glaubensinhalte, die das Verhalten beeinflussen und im Widerspruch zu kulturellen Normen stehen.
- **Paranoide Ideen** oder Misstrauen.
- Zwanghaftes **Grübeln** ohne inneren Widerstand.
- Depersonalisations- / Derealisationserleben, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlsstörungen oder anderen Illusionen (Personenverkennung).
- Denken und Sprache sind **vage**, **umständlich**, metaphorisch, stereotyp oder einfach seltsam, jedoch ohne ausgeprägte Zerfahrenheit.
- Akustische oder andere **Halluzinationen** und wahnähnliche Ideen; gelegentliche vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven Illusionen (i.d.R. ohne äußere Veranlassung).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (20) – Differenzialdiagnosen (3)



Die wahnhaften Störungen entwickeln sich **meist erst im späteren Lebensalter**. Wenn die Störung im früheren Lebensalter ausbricht und akut ist (also keinen schleichenden Verlauf nimmt), ist ihre Prognose eher besser. I.d.R. fehlt den Betroffenen die Krankheitseinsicht, so dass sie sich nicht in Therapie begeben. Bei 50% der Patienten bildet sich der Wahn wieder vollständig zurück.

Geringe Behandlungsbereitschaft der Betroffenen. Bestenfalls werden verhaltenstherapeutische Hilfen für den Alltag akzeptiert. **Keine Compliance für Neuroleptika**.

Anhaltende wahnhafte Störungen (F22): Diese Gruppe enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein **langandauernder Wahn das einzige oder das auffälligste klinische Charakterbild** ist und die **nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können**. Sie stehen mit der Schizophrenie nicht in sicherem Zusammenhang und bilden keine Einheit. Die wahnhafte Störung ist charakterisiert durch mehrere, aufeinander bezogene Wahninhalte (Wahngebäude) oder die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee.

Die Wahninhalte sind sehr variabel. Oft handelt es sich um einen **Verfolgungs-, hypochondrischen, Größen-, Querulanten- oder Eifersuchtswahn** oder einen Wahn, dass der Körper der betroffenen Person deformiert sei (**wahnhafte Dysmorphophobie**), er oder sie schlecht rieche oder homosexuell sei. Weitere psychopathologische Symptome finden sich meistens nicht.

Depressive Symptome können zeitweilig auftreten, und in einige Fällen können sich olfaktorische und taktile Halluzinationen entwickeln. Vorübergehende akustische Halluzinationen schließen die Diagnose (vor allem bei älteren Menschen) nicht aus, solange die Symptome nicht typisch schizophren sind.

Um die Diagnose einer wahnhaften Störung zu stellen, muss der Wahn **mindestens über drei Monate vorhanden** sein und nicht kulturell bedingt sein. Im Allgemeinen ist er lang anhaltend. Er besteht manchmal lebenslang. Zur DD werden herangezogen:

- Organische Psychosyndrome
- Schizophrenie
- Affektive Erkrankungen mit psychotischer Symptomatik
- Alkoholischer Eifersuchtswahn
- Paranoide Persönlichkeitsstörung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (21) – Differenzialdiagnosen (4)



Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23): Heterogene Gruppe von Störungen, die durch den **akuten Beginn** der psychischen Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen) sowie durch eine **schwere Störung des normalen Verhaltens** charakterisiert sind.

Kennzeichen:

- Wechsel von einem Zustand ohne psychotische Symptome in einen abnormen psychotischen Zustand **innerhalb von 2 Wochen**.
- **Polymorphes Geschehen** (mit Ratlosigkeit, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen).
- Häufig **Vorliegen einer akuten Belastung** (Todesfall, Partnerverlust, Arbeitsplatzverlust, Kriegserlebnisse, Folter) vor Beginn der Symptome.
- **Meist vollständige Remission** der Symptomatik (oft bereits **nach wenigen Wochen**).

Für die Diagnostik ist entscheidend, dass es **keine Hinweise auf eine organische Genese** der Störung gibt.

Ein abrupter Beginn (innerhalb von 48 Stunden) scheint mit einer guten Prognose verbunden zu sein.

Da die Symptome denen von affektiven und schizoaffektiven Störungen sehr ähnlich sind, ist die **Diagnose im zeitlichen Längsschnitt** zu stellen. Erst die **kurze Erkrankungsdauer** gibt es Ausschlag für die Diagnose der akuten vorübergehenden psychotischen Störung.

Übliche Medikation: Neuroleptika in Kombination mit Sedativa.

In der Praxis wird F23 auch als **vorläufige Kategorie bei Erstmanifestation von Schizophrenie** verwendet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (22) – Differenzialdiagnosen (5)



Induzierte wahnhafte Störung (F24): Wahnhafte Störung (Verfolgungswahn, Größenwahn, religiöser Wahn), die von **zwei oder mehreren Personen mit einer engen emotionalen Bindung** geteilt wird. Eine der Personen leidet unter einer echten psychotischen Störung (meist Schizophrenie). Die **Wahnvorstellungen der anderen** Person(en) sind **induziert**, **chronisch** und werden **bei einer Trennung aufgegeben**. Meist leben die betroffenen Personen in einer sehr engen Beziehung und isoliert von anderen Menschen.

Diagnostische Leitlinien:

- Zwei oder mehr Personen **teilen sich den selben Wahn** oder dasselbe Wahnsystem, und **bestärken sich gegenseitig** in ihrer Überzeugung.
- Die Menschen sind durch eine **außergewöhnlich enge Beziehung** verbunden.
- Durch den räumlich-zeitlichen Bezug zwischen den Personen kann belegt werden, dass der Wahn bei dem gesunden Partner durch Kontakt mit dem erkrankten Partner induziert wurde.

Übernimmt eine gesunde Person die wahnhaften Überzeugungen einer kranken Person, spricht man von **Folie à deux**.

Filmtipp: Die Unzertrennlichen (1988) von David Cronenberg mit Jeremy Irons in einer Doppelrolle (zwei eineiige Zwillinge als Gynäkologen).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schizophrene Störungen (23) – Differenzialdiagnosen (6)



Entsprechend der affektiven Symptomatik unterscheidet man zwischen der **schizomanischen**, der **schizodepressiven** und der **gemischten schizoaffektiven** Störung.

Etwa 5% aller schizophrenen Störungen sind schizoaffektive Erkrankungen. Erstmanifestation bei 18-25 Jahren. Der Verlauf ist **episodisch** und zeichnet sich meist durch **symptomfreie Intervalle** aus.

Die Prognose ist etwas günstiger als bei Schizophrenien, jedoch schlechter als bei affektiven Störungen.

Schizodepressive Patienten haben eine erhöhte Suizidneigung!

Schizoaffektive Störungen (F25): Eine eindeutig schizophrene sowie eine eindeutig affektive Symptomatik sind **gleichzeitig oder kurz nacheinander** während einer Krankheitsepisode anzutreffen.

Nach der Nomenklatur des triadischen Systems wurde die schizoaffektive Störung **schizoaffektive Psychose** bezeichnet und den **endogenen Psychosen** zugerechnet.

Je nach Erkrankungstyp bestehen folgende Symptome gleichzeitig oder kurz nacheinander:

- Schizophrene Symptome (z.B. Wahn, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Halluzinationen)
- Depressive Symptome (z.B. Stimmungseinbruch, Antriebsarmut, Grübelneigung, Suizidgedanken)
- Manische Symptome (z.B. Größenideen, gehobener Affekt, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit oder Erregung).

Auch **schizophrene Patienten zeigen häufig eine affektive Beteiligung** (z.B. Ängste, Erregung), ohne dass dies die Diagnose einer schizoaffektiven Störung rechtfertigt. Die **affektiven Symptome** müssen **sehr ausgeprägt** sein und zumindest zeitweilig das Krankheitsbild beherrschen.

Medikation: **Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer**. Eine ausgeprägte depressive Symptomatik wird zusätzlich mit Antidepressiva behandelt. **Sedativa** werden **bei Erregungszuständen** eingesetzt. **Cave: Antidepressiva können einen Ausbruch oder eine Verschlechterung der psychotischen Symptomatik fördern!**

Psychotherapie in den symptomfreien Phasen (Krankheitsverständnis fördern, Umgang mit der Erkrankung erleichtern, Rückfallgefahr senken).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (1a) – Definitionen



Der Begriff **Affekt** geht auf das lat. Wort *affectus* (Gemütsverfassung) zurück. Affekte beschreiben zeitlich kurze und intensive Gefühlsregungen wie Ärger, Wut, Angst, Freude.

Affektivität hingegen bezeichnet eine länger andauernde Stimmung, die sich aus einer Vielzahl von Gefühlen, Affekten und Denkinhalten zusammensetzt. Bei den Störungen der Affektivität (Depression, Manie) ist diese Gemütslage krankhaft verändert.

Bei **bipolaren Störungen** treten manische und depressive Phasen im Wechsel auf. Dieser Stimmungswechsel wird von einer Veränderung des Aktivitätsniveaus begleitet. Manien zeigen einen erhöhten, Depressionen einen verminderten Antrieb.

Galen von Pergamon (ca. 130-200 n.Chr.) beschriebt die Melancholie im Rahmen der 4-Säfte-Lehre (Hippokrates) als **Schwarzgalligkeit**. Er vermutetet einen Überschuss an schwarzer Galle als körperliche Ursache einer tief traurigen, mutlosen Gemütsverfassung. Die Manie galt als fieberhafte Geistesstörung mit Zuständen von Ekstase und Raserei.

Die Temperamente in der 4-Säfte-Lehre:

- Kindheit / Frühling: **Sanguiniker**: Blut (warm und feucht) – schwacher Wille – schneller Gefühlsverlauf
- Jugend / Sommer: **Choleriker**: Gelbe Galle (warm und trocken) – starker Wille – schneller Gefühlsverlauf
- Erwachsenenalter / Herbst: **Melancholiker**: Schwarze Galle (kalt und trocken) – starker Wille – langsamer Gefühlsverlauf
- Greisenalter / Winter: **Phlegmatiker**: Schleim (kalt und feucht) – schwacher Wille – langsamer Gefühlsverlauf

Hippokrates beschreibt, dass die Säfte im Jahresverlauf schwanken: **Im Winter überwiegt Schleim, im Frühling Blut, im Sommer gelbe Galle und im Herbst schwarze Galle.**

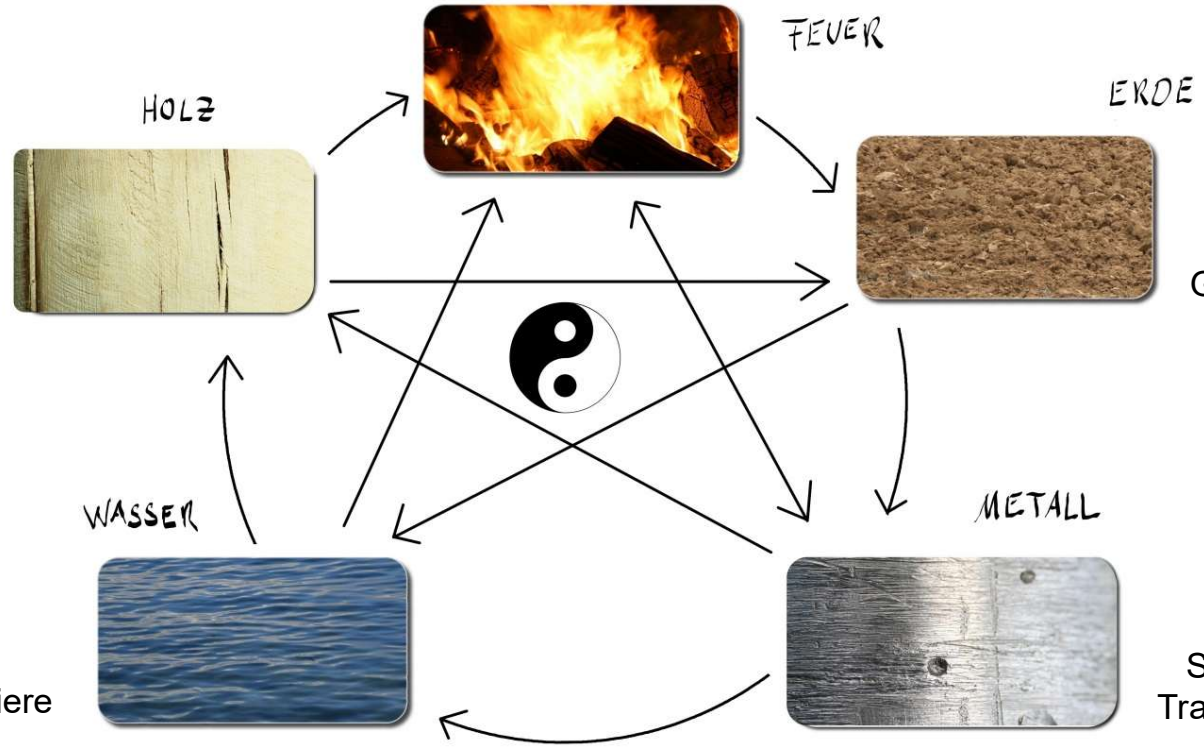
Die Ausgewogenheit der Säfte (Eukrasie) ist gleichbedeutend mit der Gesundheit des Menschen. Krankheiten entstehen durch Störungen (Dyskrasie) dieser Ausgewogenheit. Eine Dyskrasie kann entstehen durch ein Fehlen, ein Zuviel oder ein Verderben eines oder mehrerer Säfte. Sie wird durch Zufuhr des Gegenelements behandelt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (1b) – Definitionen (TCM)

Sommer
Yin: Herz
Yang: Dünndarm
Freude verletzt das Herz

Frühjahr
Yin: Leber
Yang: Gallenblase
Zorn verletzt die Leber



Spätsommer
Yin: Milz
Yang: Magen
Grübeln verletzt die Milz

Winter
Yin: Niere
Yang: Blase
Angst verletzt die Niere

Herbst
Yin: Lunge
Yang: Dickdarm
Sorge, Kummer und Traurigkeit verletzen die Lunge

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (2a) – Klassifikation nach ICD-10 (1)

ICD-10 Klassifikation affektiver Störungen	Unterteilungskriterien
Manische Episode (F30)	Hypomanie Manie ohne psychotische Symptome Manie mit psychotischen Symptomen
Bipolare affektive Störung (F31)	Depressive, manische, gemischte Episode Schweregrad (leicht, mittel, schwer) +/- psychotische Symptome +/- somatische Symptome
Depressive Episode (F32)	Schweregrad (leicht, mittel, schwer) +/- psychotische Symptome +/- somatische Symptome
Rezidivierende depressive Störungen (F33)	Schweregrad (leicht, mittel, schwer) +/- psychotische Symptome +/- somatische Symptome Verlauf remittiert
Anhaltende affektive Störungen (F34)	Zyklothymia (F34.0) Dysthymia (F34.1)
Sonstige affektive Störungen (F38)	Gemischte affektive Störung, rezidivierende kurze depressive Störung
Nicht näher bezeichnete Störungen (F39)	Ausschlussdiagnose

Klienten mit **leichten depressiven Episoden** (F32.0), mit **Dysthymia** (F34.1) oder **Zyklothymia** (F34.0) müssen nach geltendem Recht nicht ausschließlich von ärztlichen oder psychologischen Psycho-therapeuten behandelt werden. Sie dürfen auch von einem HPP therapiert werden. Dabei ist eine verantwortungsvolle Abklärung der Erkrankung und eine abgestimmte Zusammenarbeit mit dem ÄP oder PP unbedingte Voraussetzung.

Patienten mit **organischen**, **bipolaren**, **manischen** oder **schweren depressiven Störungen** müssen an den Psychiater überwiesen werden. Eine psychotherapeutische Unterstützung durch den HPP ist jedoch begleitend und in Zusammenarbeit mit dem Facharzt möglich, wenn die exogene Ursache durch einen fachärztlichen Befund abgeklärt ist und entsprechend behandelt wurde.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (2b) – Klassifikation nach ICD-10 (2)



Im **triadischen System** wurden die affektiven Störungen nach den drei großen Ursachengruppen unterteilt.

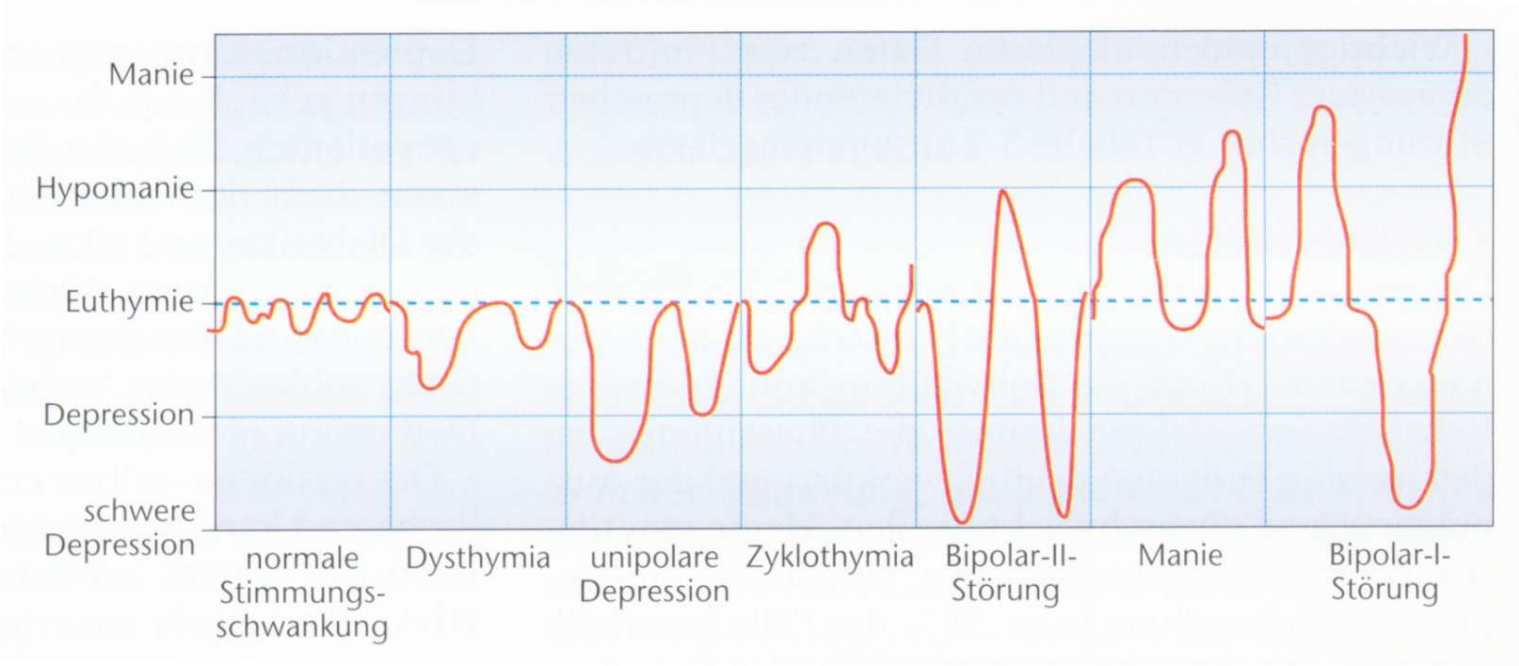
Kurt Schneider sprach in dem Zusammenhang von **exogenen** affektiven Psychosen (direkte Schädigung des Gehirns bei SHT, Tumor, Alzheimer u.a. oder indirekte Schädigung des Gehirns bei Hypothyreose, Medikation u.a.), **endogenen** affektiven Psychosen (endogene Depression, endogene Manie, Zyklothymie = bipolar) und **psychogenen** Erkrankungen (depressive Persönlichkeitsstörung, Erschöpfungsdepression, Depression bei Alkoholabhängigkeit u.a.).

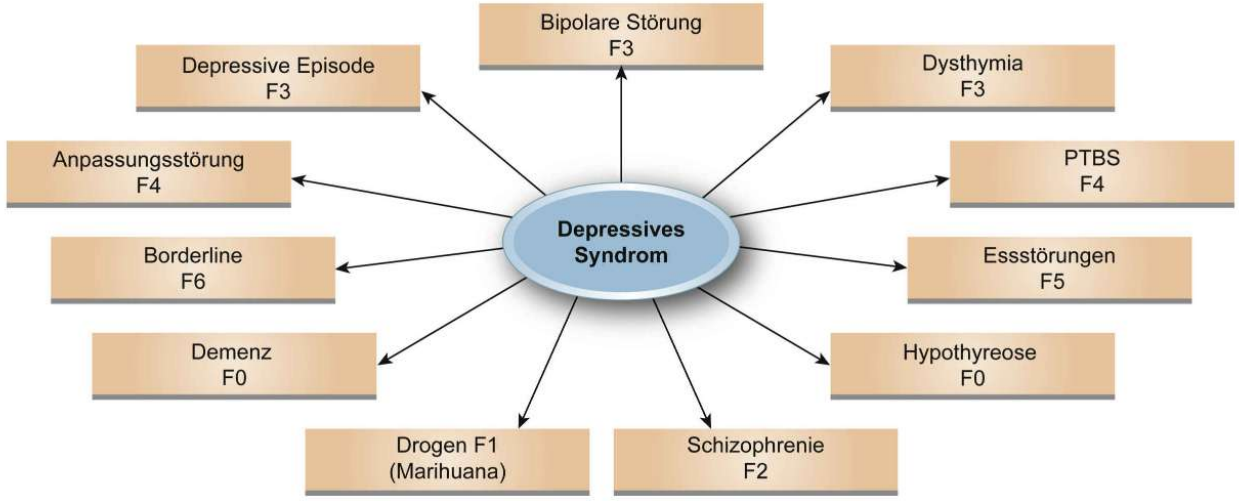
Klassifikation nach triadischem System		Klassifikation nach ICD-10	
EXOGEN	**Somatogene Depression** • Organische Depression • Symptomatische Depression Sonderform: Pharmakogene Depression	F0	**Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen**
ENDOGEN Affektive Psychosen	**Endogene Manie** • Manische Psychose • Manie	F30	**Manische Episode** • Hypomanie • Manie ohne psychotische Symptome • Manie mit psychotischen Symptomen
	Manisch-depressive Erkrankung • Zyklothymie	F31	**Bipolare affektive Störung**
	Endogene Depression • Depressive Psychose • Melancholie • Vitale Depression	F32	**Depressive Episode** • schwer, ohne psychotische Symptome • schwer, mit psychotischen Symptomen • sonstige depressive Episoden *
PSYCHOGEN	**Reaktive Depression** • Psychogene Depression • Erschöpfungsdepression	F32	**Depressive Episode** • leicht • mittelgradig
	Neurotische Depression • Depressive Neurose • Depressive Persönlichkeit(sstörung)	F34	**Anhaltende affektive Störung** • Dysthymia
	Affektive/zykloide/zyklothyme Persönlichkeitsstörung		• Zyklothymia

* bei wiederholtem Auftreten rezidierende depressive Episode (F33)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (3) – Verlaufsformen affektiver Störungen / Depressives Syndrom





© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (4) – Depressive Episode (F32) - Symptomatik



Etwa 15% aller Patienten mit einer rezidivierenden oder schweren depressiven Störung beenden ihr Leben durch Suizid! Bei Alkoholkranken (zum Vergleich) sind es rund 10%. 20 – 60% der depressiv Kranken haben Suizidversuche in ihrer Anamnese, 40 – 80% leiden während der Depression an Suizidgedanken.

Leitsymptome (Denk an 4S):
- Denkstörung
- Antriebsstörung
- Schlafstörung
- Stimmungslage verändert
- Suizidgefahr
- Somatische Symptome.

Die depressive Episode ist gekennzeichnet durch eine **depressive Verstimmung**, **Hemmung von Antrieb und Denken** sowie **Schlafstörungen**. Dabei gibt es verschiedene Formen und Schweregrade der Depression. Vor jeder Therapie gilt: Eine Depression **muss organisch abgeklärt** werden!

Bei den folgenden Symptomen muss immer eine depressive Episode in Betracht gezogen und per DD abgeklärt werden:

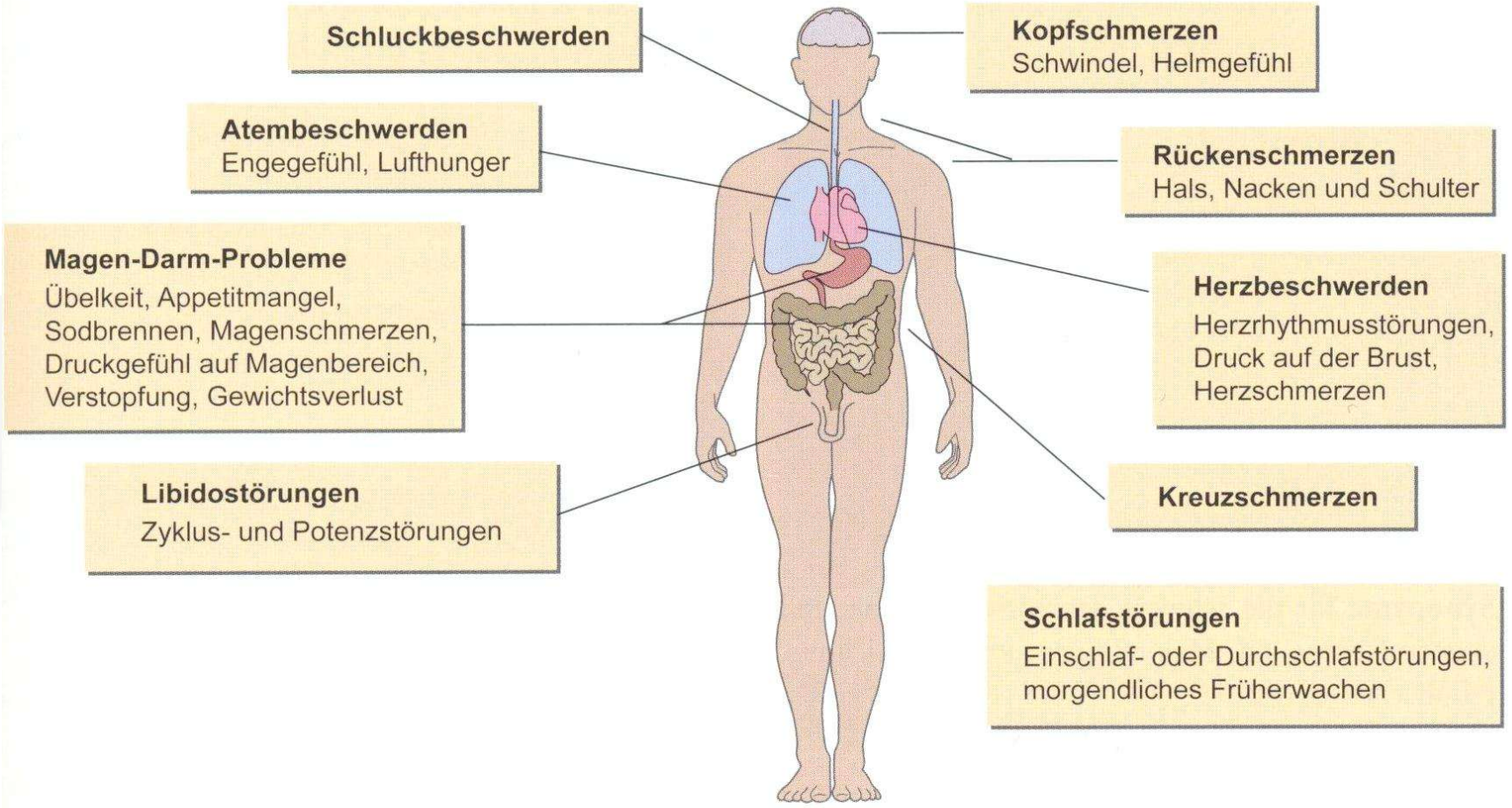
- **Störungen der Affektivität**: Depressive Stimmung (Schwermut bis zum „Gefühl der Gefühllosigkeit“), Freud- und Hoffnungslosigkeit.
- **Antriebsstörungen**: Hemmung des Antriebs, Initiativ- und Entscheidungslosigkeit bis zum depressiven Stupor oder aber innere Unruhe (Agitiertheit).
- **Formale Denkstörungen**: Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eingeengtes Denken, Grübelneigung, Einfallsarmut, Wortkargheit, Verlangsamung bis hin zur Denkhemmung. DD: Demenz, Altersdepression (Pseudodemenz).
- **Inhaltliche Denkstörungen**: Wahnidee (Hypochondrie, Verarmung, Versündigung, Nihilismus), Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe, verminderte Selbstwertgefühl oder Selbstvertrauen, Suizidgedanken*.

Zusätzliche somatische Symptome:

- **Gedrückte Vitalgefühle**: Mangelnde Leistungsfähigkeit, Energielosigkeit und fehlende Frische, Schmerzzustände, Schweregefühl auf der Brust, Druck im Kopf oder Schwäche in den Beinen: Intensives körperliches Erleben der Depression!
- **Vegetative Symptome**: Schlafstörungen mit Früherwachen, Appetitverlust mit deutlicher Gewichtsabnahme, Magen-Darm-Probleme (Obstipation), Libidoverlust, Ausbleiben der Menstruation.
- **Zirkadiane Rhythmik**: Morgentief.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (5) – Depressive Episode (F32) – Körperliche Symptome



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (6) – Depressive Episode (F32) - Diagnostik



SOSY: Frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit; Morgentief; objektiver Befund psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit; Ausdruck von Freudlosigkeit, auch bei freudigen Ereignissen; deutlicher Appetitverlust; Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat; deutlicher Libidoverlust.

Depressive Menschen wissen häufig nicht, dass sie an einer Krankheit leiden. In 50% aller Fälle erkennt auch ein Allgemeinmediziner eine behandlungsbedürftige Depression nicht!

Zur Diagnose einer depressiven Episode sollte die depressive Symptomatik mindestens **zwei Wochen anhalten**. Die Patienten müssen mind. **zwei Hauptsymptome** und **zwei Nebensymptome** vorweisen, bevor eine depressive Episode diagnostiziert wird.

Die Symptomatik depressiver Episoden nach ICD-10:

Hauptsymptome	▪ Gedrückte, depressive Stimmung ▪ Interessenverlust, Freudlosigkeit ▪ Antriebsminderung mit erhöhter Ermüdbarkeit
Nebensymptome	▪ Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ▪ Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ▪ Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit ▪ Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven ▪ Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen ▪ Schlafstörungen ▪ Verminderter Appetit

Schweregrade der depressiven Episode im ICD-10:

- **Leichte** depressive Episode **mit oder ohne** somatisches Syndrom (SOSY).
- **Mittelgradige** depressive Episode **mit oder ohne** somatisches Syndrom (SOSY).
- **Schwere** depressive Episode **ohne** psychotische Symptome. SOSY ist obligatorisch.
- **Schwere** depressive Episode **mit** psychotischen Symptomen (vorrangig Wahnideen wie Schuld-, Verarmungs-, Versündigungswahn oder akustische Halluzinationen: Stimmen werfen dem Patienten Versagen / Wertlosigkeit vor und fordern zum Suizid auf). Die Wahnideen und Halluzinationen sind nicht bizarr, sondern **stimmungskongruent**. SOSY ist obligatorisch.

Der Schweregrad richtet sich nach der Ausprägung und Anzahl der Symptome. Er wird aber auch bestimmt vom Ausmaß der Einschränkung beruflicher und sozialer Aktivitäten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (7) – Depressive Episode (F32) – Sonderformen



Organische Ursachen (somatogene Depression) sind vor der Diagnose ausschließen! Psychiatrische Differenzialdiagnosen: Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2), schizoaffektive Störung (F25), postschizophrene Depression (F20.4).

Während die **leichte** und **mittelgradige** depressive Episode nach dem triadischen System zu den **psychogenen** Erkrankungen gehört (HPP darf behandeln), ist die **schwere** depressive Episode den **endogenen** Erkrankungen zuzuordnen (HPP darf nicht behandeln).

Klinische Sonderformen depressiver Episoden:

- **Larvierte oder somatisierte Depression** (typische depressive Symptome sind kaum erkennbar; Vitalstörungen und vegetative Beschwerden stehen im Vordergrund: Antriebsmangel, (Herz-)Schmerzen, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Libidoverlust)
- **Spätdepression** (>45 J.) und **Altersdepression** (> 65 J.) (siehe Folgeseite)
- **Wochenbettdepression** (postpartale Depression, 1 – 2 Wochen nach der Geburt; oft innerhalb von Stunden sich entwickelnd; hormonelle Veränderungen und neue Anforderungen als Ursachen; während des Wochenbettes 10x mehr depressive Episoden als in der übrigen Lebenszeit; bei einer weiteren Geburt ist das Rezidivrisiko erhöht)
- **Agitierte Depression** (Jammerdepression mit Rededrang, psychomotorischer Unruhe (körperliche Unruhe und ziellose Aktivitäten) sowie Gedankenkreisen in Verbindung mit typischen depressiven Symptome wie Schlaflosigkeit, Mangel an Initiative und Durchhaltevermögen, Schuldgedanken, Konzentrationsstörungen, Vitalstörungen)
- **Saisonale Depression** (im Spätherbst / Winter; oft mit Heißhunger, Gewichtszunahme und vermehrtem Schlafbedürfnis; oft Gereiztheit und Ängstlichkeit; Lichttherapie!)
- **Anankastische Depression** (Zwangssymptome stehen im Vordergrund; Patient hat bereits vor der Erkrankung eine übermäßige Gewissenhaftigkeit und Ordnungsliebe)
- **Erschöpfungsdepression** (Depression nach langjähriger Dauerbelastung oder nach wiederholten Traumatisierungen).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (8) – Depressive Episode (F32) – Sonderformen

Depressive Pseudodemenz (Altersdepression)	Altersdemenz
Kognitive Leistungseinbußen: **Denk- und Konzentrationsstörungen** (Verlangsamung des Denkens; Denkhemmung), im Tagesverlauf **häufige Schwankungen**, dem Patienten sind **Defizite bewusst**, **Klagen über kognitive Einbußen**. Typische Antwort bei Exploration: „Ich weiß nicht“, **Mitarbeit** meist **gut**, adäquater Dialog	Kognitive Leistungseinbußen: **Gedächtnisstörungen** (Auffassungs-, Benennungs- und Wortfindungsstörungen), im Tagesverlauf **relativ konstant**, dem Patienten sind **Einbußen oft nicht bewusst**, **Überspielen der kognitiven Defizite**. **Beinahe richtige Antworten** in der Exploration sind typisch, **Mitarbeit** meist **schlecht**, Vergessen des Dialogthemas
Stimmung meist depressiv, ggf. mit besonderer Ausprägung am Morgen (Morgentief)	Stimmung und Verhalten wechselnd, Verschlechterung oft nachts
Gefühl der Gefühllosigkeit	**Apathie und Interesselosigkeit**
Schlafstörungen (Früherwachen!)	Schlafstörungen (Durchschlafstörungen!)
Vitalstörungen	Altersbedingte körperliche Erkrankungen
Selbstanklage, Schuldgefühle, Grübelzwang	Organische Wesensänderung (Affektlabilität, Veränderung des Sozialverhaltens)
Typisch depressiver Wahn	Keine oder unsystematische Wahnideen
Rascher Beginn, **abrupte Verschlechterung**, **voll orientiert**	**Schleichender Beginn**, **langsame Verschlechterung**, **Orientierungsstörungen**
Cave: Der veraltete Begriff „Involutionsdepression“ ist irreführend, weil endokrine Umstellungsprozesse selten eine Rolle spielen. Altersdepressionen können aber als sekundäre Depression einer **somatischen Erkrankung** (z.B. Tumoren) auftreten oder Symptom einer **organisch bedingten Depression** (M. Alzheimer) sein	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (9) – Rezidivierende depressive Störung (F33)



Treten depressive Episoden **wiederholt** auf, ohne dass sich in der Anamnese unabhängige Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie) finden, spricht man von rezidivierender depressiver Störung. Mit der Diagnose vereinbar sind allerdings kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie), die unmittelbar nach einer depressiven Episode auftreten. Manchmal sind sie durch eine antidepressive Medikation bedingt.

Einteilung nach Schweregrad:

- Gegenwärtig **leichte** depressive Episode **mit oder ohne** somatisches Syndrom (SOSY).
- Gegenwärtig **schwere** depressive Episode **ohne** psychotische Symptome.
- Gegenwärtig **schwere** depressive Episode **mit** psychotischen Symptomen (Wahnideen wie Schuld-, Verarmungs- oder Versündigungswahn).

Der Beginn kann akut oder schleichend sein. Die erste Episode kann in nahezu jedem Alter auftreten, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten.

Manische Episoden sind möglich. Beim Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern.

Synonyme: Psychogene Depression, reaktive Depression, saisonale depressive Störung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (10) – Anhaltende affektive Störungen (F34)



Unterschieden werden die **Dysthymia** (F34.1) und die **Zyklothymia** (F34.0). Die Verstimmungen dauern meist jahrelang an, beginnen oft früh im Erwachsenenleben und beeinträchtigen dieses in erheblichem Maße. Gelegentlich kommt es zu einzelnen oder wiederholten manischen Episoden oder eine leichte bis schwere depressive Episode überlagert die anhaltende affektive Störung.

Vor Diagnose einer anhaltenden affektiven Störung muss geklärt sein, dass die Symptomatik nicht Folge eines Substanzmissbrauchs (Drogen, Alkohol) oder einer Medikamenteneinnahme ist. Auch sind organische Erkrankungen (z.B. Hypothyreose) auszuschließen.

Die Störungen im Einzelnen:

- **Dysthymia** (F34.1) (veraltet: Neurotische Depression, depressive Neurose, depressive Persönlichkeit): Leichte chronische Form der depressiven Verstimmung. Die Symptomatik ähnelt der depressiven Episode, ist aber **weniger ausgeprägt** und erfüllt nicht die Kriterien einer leichten depressiven Episode. Die Betroffenen fühlen sich müde, erschöpft, depressiv und unzulänglich. Die Anforderungen des täglichen Lebens werden noch einigermaßen bewältigt, sie klagen aber über die Anstrengungen und schlafen schlecht. In der Anamnese zeigt sich häufig ein ängstliches und selbstunsicheres Verhalten. Die Störung beginnt häufig im jungen Erwachsenenalter und muss vor Diagnosestellung **mindestens 2 Jahre** kontinuierlich bestehen oder häufig wiederkehren. Es sollten nicht mehr als 2 symptomfreie Monate auftreten. Sie kann auch im Anschluss an eine schwere depressive Episode auftreten. Im Gegensatz zur Dysthymia zeigt F33 gesunde Intervalle mit ausgeglichener Stimmung.
- **Zyklothymia** (F34.0): Dauerhafte chronische Instabilität der Stimmungslage. Häufig wechselnde Phasen leichter Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie). Auch hier gilt ein Vorhandensein der Symptome von **mindestens 2 Jahren** bis zur Diagnosestellung. Während dieser Zeit sollen die Symptome nicht länger als 2 Monate ausgeblieben sein.

Trotz des Wechsels zwischen leichter depressiver und manischer Stimmungslage ist die Zyklothymi**a** nicht zu verwechseln mit dem alten Begriff für bipolare affektive Störung (Zyklothymi**e**).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (11) – Anhaltende affektive Störungen (F34)

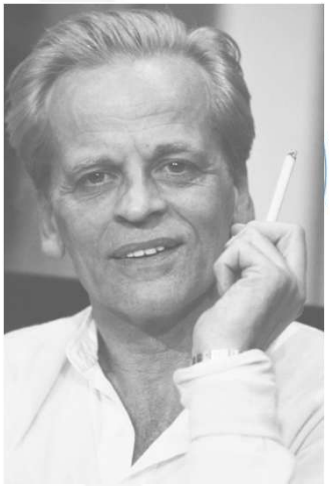


Nach dem **triadischen System** waren die anhaltenden affektiven Störungen den **Persönlichkeitsstörungen** zugeordnet. Sie gehörten damit in die Kategorie der **psychogenen Erkrankungen**. Die Dysthymia entspricht dabei am ehesten der neurotischen Depression. Familienstudien haben allerdings gezeigt, dass es durchaus genetische Beziehungen zu affektiven Störungen gibt. Auch sprechen Dysthymia und Zyklothymia oft auf dieselben Behandlungsformen wie andere affektive Störungen an. Darum werden sie im ICD-10 den affektiven Störungen zugeordnet. Hier die Unterscheidungsmerkmale endogener und psychogener Depressionen nach dem triadischen System:

Kriterien	Endogene Depression	Psychogene Depression
Affektivität	„Gefühl der Gefühllosigkeit“ als Dauerzustand	Intensive, häufig wechselnde Gefühle von Aggression, Trauer und Wut
Schlaf	Schlafstörungen (Früherwachen)	Schlafstörungen (schwieriges Einschlafen)
Antrieb	Extreme Energielosigkeit am Morgen (Morgentief)	Energielosigkeit am Abend (Abendtief)
Schuldgefühle	Tendenz, sich selbst zu beschuldigen	Wechsel zwischen Selbst- und Fremdanklage
Körperliche Symptome	Ausgeprägte körperliche Begleitsymptome (Vitalsymptome)	Wenig körperliche Begleitsymptome; depressive Symptome überwiegen
Psychotische Symptome	Wahnideen (Schuld, Kleinheit, Krankheit, Verarmung) nicht zwingend; wenn vorhanden, dann stark ausgeprägt	Keine Wahnideen
Auslöser	Auftreten abrupt, meist ohne erkennbaren Auslöser	Konkrete Auslösesituation, die oft einen frühkindlichen Konflikt aktualisieren
Verlauf	Phasenhafter Verlauf mit gesunden Intervallen	Lang anhaltender Dauerzustand
Ursachen	Genetische Disposition / familiäre Belastung häufig nachweisbar (ähnliche Erkrankungen oder Suizid in der nahen Verwandtschaft)	Keine genetische Disposition / familiäre Belastung erkennbar; stattdessen Traumata in der eigenen Lebensgeschichte

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (12) – Manische Episode (F30) – Symptomatik



Die manische Episode ist gekennzeichnet durch eine Trias aus **krankhaft gehobener Stimmung**, **gesteigertem Antrieb** und **beschleunigtem Denken**. Manische Menschen beeindrucken häufig durch eine ansteckende Fröhlichkeit und überwältigenden Optimismus. Besonders bei längerer Krankheitsdauer kann die Euphorie jedoch leicht in Gereiztheit, Streitsüchtigkeit und in eine Anspruchshaltung umschlagen.

In leichter Ausprägung kann die heitere Lebenseinstellung, die Lebenslust und der gesteigerte Antrieb als angenehme Überaktivität und Kreativität wahrgenommen werden. Die **fehlende Krankheitseinsicht** und zunehmende Ausprägung der Erkrankung führt aber meist zu Problemen in Beruf, Partnerschaft und Familie.

Der Verlust der kritischen Selbstreflexion kombiniert mit Aktivitätssteigerung und Größenideen kann zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten (z.B. Risikosportarten, Autofahren unter Alkohol, sexuelle Eskapaden, geschäftliche Investitionen, unangemessene Kontakte zu Institutionen oder Prominenten) führen. Leitsymptome sind:

- **Störung der Affektivität:** Unangemessen gehobene, leicht irritierbare Stimmung.
- **Antriebsstörung:** Antriebssteigerung mit ständigem Bewegungsdrang, geringes bis aufgehobenes Ruhe- und Schlafbedürfnis.
- **Formale Denkstörungen:** Ideenflucht. Im Gegensatz zur Denkzerfahrenheit des schizophrenen Patienten lässt sich beim manischen Patienten noch ein logischer, nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen den Gedanken erkennen.
- **Inhaltliche Denkstörungen:** Selbstüberschätzung und Größenideen.

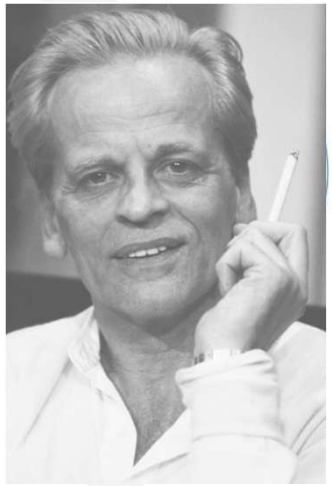
Manische Menschen fallen häufig schon durch ihr exzentrisches Äußeres auf (farbenfrohe Kleidung, Schmuck, Kopfbedeckung, Schminke).

Manische Patienten gehören zur Abklärung und Therapie in psychiatrische Behandlung. In der Manie besteht in der Regel **Schuldunfähigkeit** und fehlende Testierfähigkeit (Testament).

Nach Abklingen einer manischen Episode entwickeln die Betroffenen häufig **Schuld- und Schamgefühle** für das Geschehene. Nicht selten stehen sie vor dem finanziellen oder familiären Ruin. **Suizidgedanken** sind dann häufig anzutreffen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (13) – Manische Episode (F30) – Diagnostik



Bei allen affektiven Störungen steht die Abklärung somatischer und anderer psychischer Ursachen an:

- Somatische Erkrankungen (z.B. Tumoren, neurologische Erkrankungen, endokrinologische Störungen),
- Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch,
- Spielsucht,
- Borderline-Störung,
- schizoaffektive Störung,
- Schizophrenie.

Die abnorm gehobene Stimmung muss **mindestens 1 Woche** lang anhalten. Zum Hauptsymptom sollten **mindestens 3** der aufgezählten Nebensymptome kommen, bevor die Diagnose gestellt wird. Beim Vorherrschen einer ausschließlich gereizten Stimmung sollten es mind. 4 Nebensymptome sein.

- **Hauptsymptom:** Vorherrschend ist eine der Situation unangemessene, anhaltend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung.
- **Nebensymptome:** (1) Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit; (2) vermindertes Schlafbedürfnis; (3) Selbstüberschätzung oder Größenideen; (4) gesteigerter Rededrang; (5) Ideenflucht (Gefühl des Gedankenjagens); (6) eingeschränkte Aufmerksamkeit und Konzentration bzw. vermehrte Ablenkbarkeit; (7) Verlust normaler sozialer Hemmungen (Distanzlosigkeit, Alkoholmissbrauch, Feindseligkeit); (8) leichtsinniges oder tollkühnes Verhalten; (9) gesteigerte sexuelle Energie; (10) Wahnideen.

Synonyme für manische Episode sind Manie, manische Psychose, endogene Manie.

Manische Patienten gehören zur Abklärung und Therapie in psychiatrische Behandlung. In der Manie besteht in der Regel **Schuldunfähigkeit** und fehlende Testierfähigkeit. Nach Abklingen einer manischen Episode entwickeln die Betroffenen häufig **Schuld- und Schamgefühle** für das Geschehene. Oft stehen sie vor dem finanziellen / familiären Ruin. **Suizidgedanken** sind dann häufig anzutreffen.

In der ICD-10 wird nach Schweregraden unterschieden:

- **Hypomanie:** Leichte Ausprägung der Manie mit anhaltend auffälliger gehobener Stimmung, gesteigertem Antrieb, Aktivität und Geselligkeit, übermäßiges Gefühl der Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens.
- **Manische Episode ohne psychotische Symptome:** Unangemessen gehobene Stimmung, Schwanken zwischen sorgloser Heiterkeit und unkontrollierbarer Erregung. Die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit ist unterbrochen. Fehlen psychotischer Symptome.
- **Manische Episode mit psychotischen Symptomen:** Selbstüberschätzung und Größenideen münden in Wahnideen und manchmal in akustische Halluzinationen.

Die Wahnideen eines Manikers sind **synthym**, d.h. sie stimmen mit der Gemütslage überein. Der Größenwahn umfasst dabei die Vorstellung, Großartiges leisten zu können, über außergewöhnliche (materielle oder ideelle) Mittel zu verfügen oder eine herausragende Persönlichkeit zu sein.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (14) – Bipolare affektive Störung (F31) – Symptome



Die bipolare affektive Störung – himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt – ist gekennzeichnet durch wiederholte manische und depressive Episoden. Gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Manie) wechseln sich mit Phasen von Stimmungseinbruch, vermindertem Antrieb und verminderter Aktivität (Depression) ab. Zwischen den depressiven und manischen Episoden können Intervalle ausgeglichener Stimmung liegen. Die Leitsymptome manischer und depressiver Episoden:

Manische Episode	Depressive Episode
Gehobene, euphorische oder reizbare Stimmung	Gedrückte, schwermütige, versteinerte Stimmung bis zur Gefühllosigkeit
Antriebssteigerung, Enthemmung	Antriebshemmung bis Teilnahmelosigkeit
Formale Denkstörungen mit beschleunigtem Tempo und Ideenflucht	Denkhemmung (verlangsamter Denkablauf) mit extremer Grübelneigung
Ein- und Durchschlafstörungen aufgrund eines geringen Schlafbedürfnisses (keine Müdigkeit)	Schlafstörungen, gesteigertes Schlafbedürfnis (ständige Müdigkeit)
Entschlussfreudigkeit	Angst und Entschlusslosigkeit
Gesteigertes sexuelles Verlangen	Libidoverlust
Rededrang (lautes Sprechen)	Gehemmtes Reden (leises Sprechen)
Selbstüberschätzung	Übertrieben negatives Selbstbild
Wahnideen bei Manie: Größenwahn, Liebeswahn, Beziehungswahn, Verfolgungswahn	Wahnidee bei Depression: Schuldwahn, Versündigungswahn, Verarmungswahn, nihilistischer Wahn, hypochondrischer Wahn

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (15) – Bipolare affektive Störung (F31) – Diagnose



Differenzialdiagnosen:

- Organische Ursachen sind abzuklären
- Schizoaffektive Störung
- Schizophrenie.

Zur Diagnose der bipolaren affektiven Störung müssen **mindestens zwei Episoden** aufgetreten sein. Zwischen den einzelnen Phasen finden sich – wie bei den unipolaren Störungen – gesunde Intervalle mit **meist vollständiger Remission**. Die manischen Episoden beginnen in der Regel abrupt und dauern zwischen 2 Wochen und 5 Monaten. Die depressiven Episoden haben meist eine längere Dauer (6 Monate bis 1 Jahr).

Ein phasenhafter Wechsel von manischen und depressiven Episoden hieß früher **Zyklothymie**. Nach dem triadischen System ist die bipolare affektive Störung immer den **endogenen** Erkrankungen zuzurechnen.

Selten kommen affektive Störungen nur mit wiederkehrenden manischen Phasen vor. Da sie in Familienanamnese, Krankheitsbeginn, prämorbider Persönlichkeit und Prognose der bipolaren affektiven Störung ähneln, werden sie als **bipolar** klassifiziert.

Rapid-cycling = mindestens vier affektive Episoden innerhalb eines Jahres. Meist erst nach einer längeren Krankheitsdauer. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Bipolare affektive Erkrankungen zeichnen sich gegenüber unipolar depressiven Episoden durch folgende Aspekte aus: **Häufigere familiäre Belastung, Beginn im früheren Lebensalter, kürzere Phasendauer bei höherer Phasenfrequenz, ausgeglichenes Geschlechterverhältnis**.

Folgende Schweregrade werden unterschieden: (a1) Gegenwärtig **hypomanische** Episode. (a2) Gegenwärtig manische Episode **ohne** psychotische Symptome. (a3) Gegenwärtig manische Episode **mit** psychotischen Symptomen. (b1) Gegenwärtig leichte depressive Episode **mit oder ohne** SOSY. (b2) Gegenwärtig schwere depressive Episode **ohne** psychotische Symptome. (b3) Gegenwärtig schwere depressive Episode **mit** psychotischen Symptomen (z.B.: Schuld-, Verarmungs-, Versündigungswahn). (c) Gegenwärtig **gemischte** Episode. (d) Gegenwärtig **remittiert**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (16) – Epidemiologie affektiver Störungen



Bei affektiven Erkrankungen können rein manische oder ausschließlich depressive Episoden auftreten. Man spricht dann von **unipolaren** Verlaufsformen. Wechseln sich manische und depressive Phasen dagegen regelmäßig ab, handelt es sich um eine **bipolare** affektive Störung. Zur Epidemiologie:

- Unipolar depressive Verläufe: **65%** (Frauen überwiegen mit 2:1 gegenüber Männern)
- Bipolare Verläufe: **30%** (Frauen gleich häufig betroffen wie Männer)
- Unipolar manische Phasen: **5%** (Frauen gleich häufig betroffen wie Männer).

Affektive Störungen treten entweder **monophasisch** (einmalig) oder **polyphasisch** (mehrmalig) auf. Dabei sind monophasisch depressive Verläufe relativ selten. Die Regel sind mehrphasische Verläufe, wobei die Anzahl der Episoden bei den bipolaren affektiven Störungen am höchsten ist. Durch die vielen Rezidive sind die bipolaren affektiven Störungen in der Regel auch schwerer als die anderen affektiven Störungen.

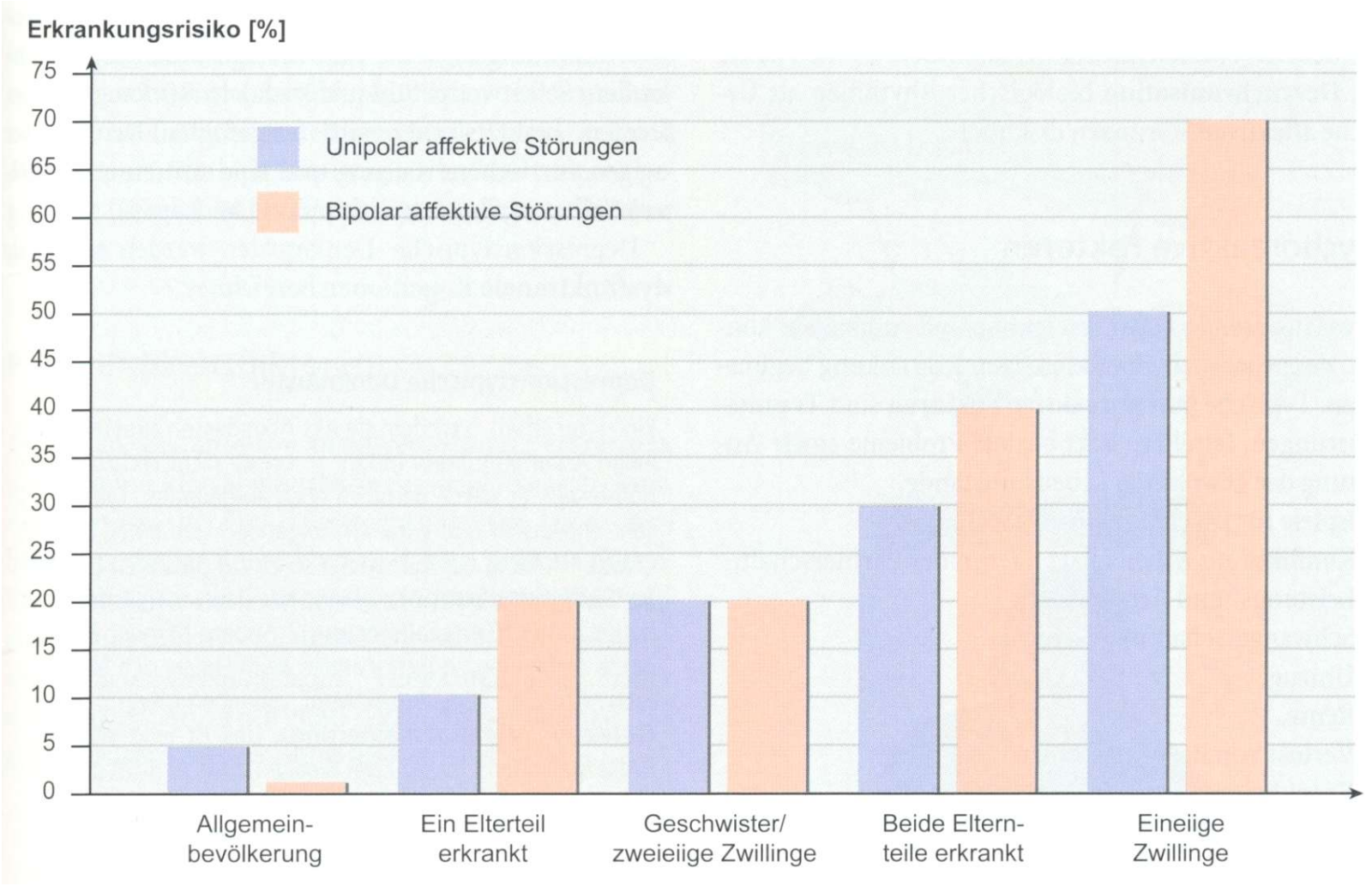
Die Prognose der affektiven Störungen wird entscheidend von der **Suizidrate** bestimmt.

Depression sind die häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. Schätzungsweise leiden in Deutschland etwa **4 Mio.** Menschen (5% der Gesamtbevölkerung) an einer behandlungsbedürftigen Depression. Die Dunkelziffer dürfte zudem hoch sein. Das Risiko, im Leben an einer **depressiven Episode** zu erkranken, beträgt **15 – 18%** (**Lebenszeitprävalenz**). Für **bipolare Störungen** ist dieses Risiko deutlich geringer (1 – 2%). Die **Zyklothymia** tritt etwa genau so häufig auf wie bipolare affektive Störungen. Die **Dysthymia** erreicht dagegen eine Lebenszeitprävalenz von bis zu 6%.

Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter **unipolarer** Depressionen und Manien liegt zwischen 20 und 30 Jahren. Depressive Erkrankungen haben einen **zweiten Häufigkeitsgipfel** um das 50. – 60. Lebensjahr. Die **Altersdepression** ist die häufigste psychische Erkrankung bei den über 65jährigen. Menschen mit **bipolaren** affektiven Störungen erkranken in der Regel etwas früher als Menschen mit unipolarer Depression oder Manie (20. – 25. Lebensjahr). Die bipolare ist wegen der nahezu doppelt so **häufigen Rezidive** und der **höheren Suizidrate** durch einen schwereren Verlauf gekennzeichnet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (17) – Erkrankungsrisiko in Familien mit affektiven Störungen



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (18) – Ätiologie affektiver Störungen (1)



Wie bei der Schizophrenieforschung geht auch hier die Forschung von einem multifaktoriellen Krankheitsmodell aus. Diskutiert werden die folgenden Aspekte:

1. **Genetische Faktoren:** Befunde aus der Familien- und Zwillingsforschung belegen eine genetische Disposition für affektive Erkrankungen. Das Risiko zu erkranken steigt mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad zu einer bereits erkrankten Person. Die Befunde zeigen aber auch, dass affektive Störungen nicht ausschließlich vererbt werden.
2. **Veränderungen im Neurotransmitter-System:** Während einer depressiven Phase soll **Serotonin** und **Noradrenalin** im synaptischen Spalt zwischen den Nervenzellen im Gehirn nicht ausreichend vorhanden sein (Monoamin-Mangel-Hypothese). Durch bestimmte Antidepressiva wird die Aminkonzentration im synaptischen Spalt erhöht und die Wirksamkeit der Präparate damit erklärt. Aber auch die Dichte der Rezeptoren und deren Empfindlichkeit tragen vermutlich zur Entstehung einer Depression bei. Ein Ungleichgewicht im **cholinergen** System (Transmitter Acetylcholin) liefert weitere Hinweise auf die Pathogenese der affektiven Störungen. Überwiegt das cholinerge System, fördert dies eine depressive Phase. In einer manischen Phase kippt das Gleichgewicht zugunsten des noradrenergen Systems.
3. **Neuroendokrinologische Faktoren:** Bei schweren Depressionen und solchen mit psychotischen Symptomen kann ein Hyperkortisolismus auftreten. Bedingt ist dieser durch eine gestörte Regulation der Hypothalamus – Hypophyse – NNR – Achse. Kortisol ist ein Hormon, das Stoffwechselvorgänge aktiviert und so dem Körper energiereiche Verbindungen zur Verfügung stellt. Seine dämpfende Wirkung auf das Immunsystem wird in der Medizin häufig genutzt, um überschießende Reaktionen zu unterdrücken und Entzündungen zu hemmen. Eine Überfunktion führt zum klinischen Bild des **Morbus Cushing**. Symptome der Erkrankung können ein rundes Mondgesicht, Stammfettsucht (dünne Arme und Beine, dicker Rumpf mit „Stiernacken“), Gewichtszunahme, verringerte Muskelmasse und erhöhte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose), erhöhter Blutdruck (arterielle Hypertonie), Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (erhöhter Durst und häufiges Wasserlassen) und Impotenz sein.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

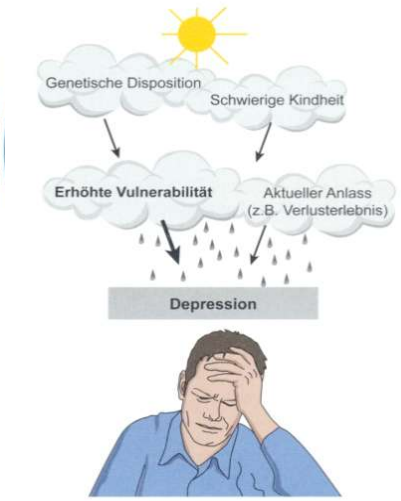
Affektive Störungen (19) – Ätiologie affektiver Störungen (2)



4. **Hirnmorphologische Veränderungen:** Obduktionen und bildgebende Verfahren haben eine Veränderung der grauen Substanz in bestimmten Hirnarealen gezeigt. Auch Durchblutung und Stoffwechselaktivität des Gehirns zeigen sich während schwerer depressiver Episoden als vermindert.
5. **Chronobiologische Faktoren:** Depressionen zeigt sich bevorzugt im Frühjahr oder Herbst (saisonale Häufung). Bei schweren depressiven Phasen sind auch **Tagesschwankungen** mit Früherwachen und einem Morgentief zu beobachten. Begleitet wird dieser **zirkadiane Rhythmus** von einem veränderten Schlafbild mit vermehrt oberflächlichen Schlafphasen.
6. **Psychoreaktive Faktoren:** Kritische Lebensereignisse (z.B. Partner-, Arbeitsplatzverlust) können den Ausbruch einer affektiven Erkrankung begünstigen. Voraussetzung ist eine erhöhte Vulnerabilität beim Patienten. Übrigens hat sich in Kriegs- und Krisenzeiten das Auftreten affektiver Erkrankungen nicht erhöht. Dies legt forschungsseitig den Schluss nahe, dass neurobiologische Ursachen bei der Entstehung psychischer Störungen beteiligt sein müssen. Bei diesen Überlegungen sind Spätfolgen von Krieg und Krisen jedoch nicht ausreichend bedacht worden.
7. **Kognitive und lerntheoretische Aspekte: (1)** Aaron Beck geht in seinem kognitiven Modell davon aus, dass Depressive ein typisches Denkmuster aufweisen: Die **Umwelt**, die **Zukunft** und die eigene **Person** (kognitive Triade) werden vornehmlich negativ wahrgenommen. Die verzerrt negative Sichtweise hält die depressive Stimmungslage aufrecht. Diese führt zu Enttäuschungen, fehlendem Selbstwertgefühl und sozialem Rückzug. Die erlernten, realitätsfernen und festgefügten Denkmuster neigen zur Generalisierung und sind mit einer **negativen Selbstbewertung** verbunden. **(2)** Zur Erklärung der Depression wird auch das Modell der erlernten Hilflosigkeit von Martin Seligman herangezogen. Demnach haben depressive Menschen wiederholt **negative Erfahrungen** gemacht, **die sie durch ihr eigenes Handeln nicht beeinflussen oder kontrollieren konnten**. Es besteht bei diesen Menschen die Überzeugung, bestimmten Lebenssituationen ausgeliefert zu sein und diesen nicht selbstwirksam begegnen zu können. Es folgen **Resignation**, **depressive Denkinhalte** und das **Gefühl, persönlich versagt zu haben**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (20a) – Ätiologie affektiver Störungen (3a)



8. **Psychodynamische Aspekte:** Schwerpunkt der psychodynamischen Entstehungstheorie der Depression ist eine **Fehlentwicklung des Selbstwertgefühls**. In einer frühkindlichen Entwicklungsphase (orale Phase) bleiben dem Kind eine **adäquate Loslösung** von der Bezugsperson und die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls **versagt**. Entweder erfolgt die Lösung von der Bezugsperson **zu plötzlich oder** sie wird durch einen ängstlich-überfürsorglichen Erziehungsstil **hinausgeschoben**. Die daraus resultierend emotionale Bedürftigkeit kann im Erwachsenenalter nicht ausreichend befriedigt werden und Aggressionen, die sich ursprünglich auf das verloren gegangene Liebesobjekt beziehen, werden gegen sich selbst gerichtet.
9. **Persönlichkeitsfaktoren:** Der von Tellenbach als **Typus melancholicus** bezeichnete Charakter findet sich gehäuft bei depressiven Personen: Ausgeprägte Ordentlichkeit, Perfektionismus, hoher moralischer Anspruch und Leistungsbereitschaft bei gleichzeitig großem Aufopferungswillen.
10. **Vulnerabilitäts-Stress-Modell:** Die in einer Person liegende Disposition, an einer affektiven Störung zu erkranken, wird als **Vulnerabilität** bezeichnet. Dabei spielen genetische, organische und soziale Faktoren eine Rolle. Diese Vulnerabilität ist eng an ein Ungleichgewicht im Transmitter-System geknüpft. Menschen mit einer **hohen Vulnerabilität** haben im späteren Leben eine **erhöhte Anfälligkeit** gegenüber affektiven Störungen. Bereits geringe äußere Faktoren (z.B. familiärer Stress, Prüfungsstress) können eine affektive Erkrankung auslösen. Andererseits können Menschen mit **geringer Vulnerabilität** auch bei schwereren Schicksalsschlägen emotional stabil bleiben.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (20a) – Ätiologie affektiver Störungen (3a)



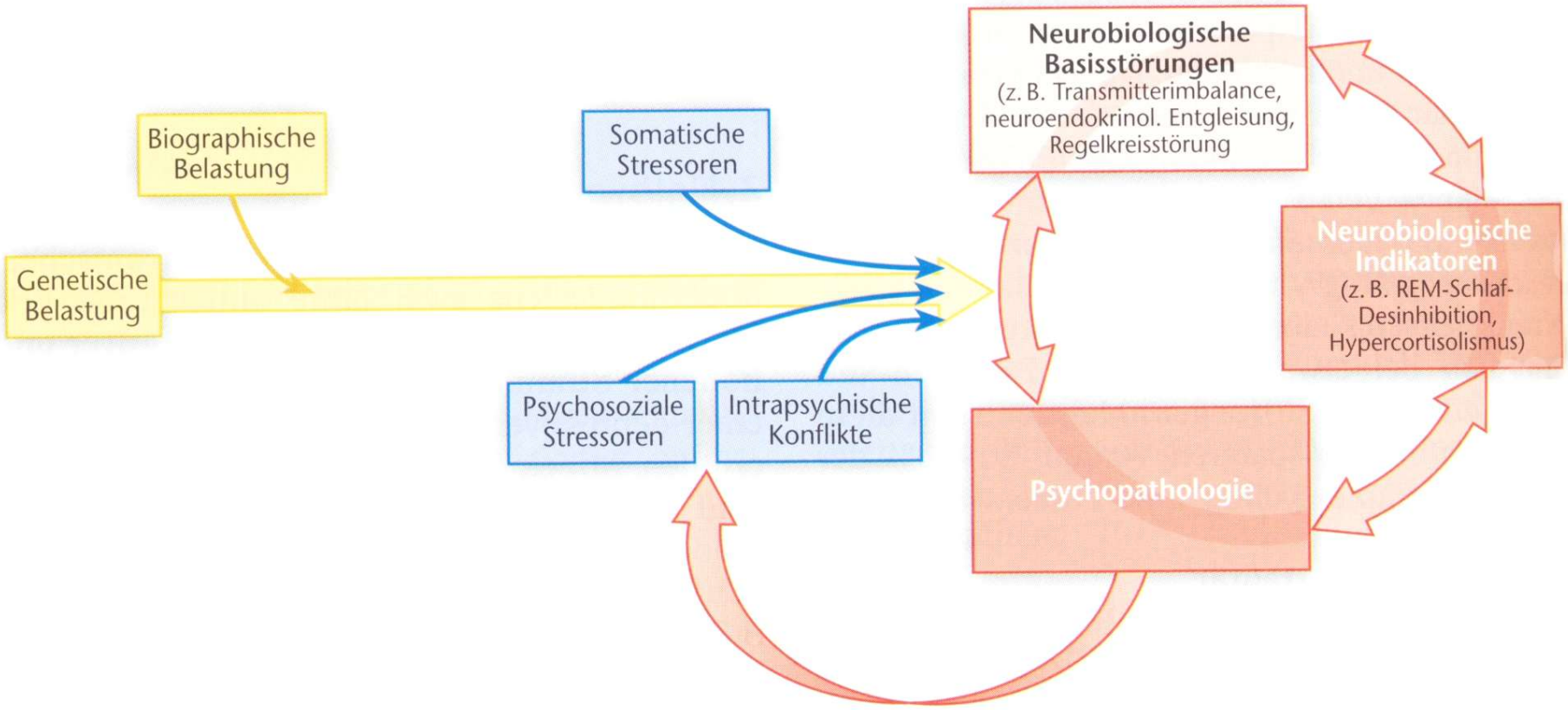
11. **Körperliche Aktivität als Co-Faktor:** Wer sich über längere Zeit kaum bewegt, verliert zunächst nicht zwangsläufig seine psychische Gesundheit. Bei zunehmender Inaktivität können sich aber mehrere Faktoren ungünstig entwickeln: **Weniger Tageslicht** und Aufenthalt im Freien, **weniger soziale Kontakte**, **weniger körperliche Aktivierung**, **schlechterer Schlaf-Wach-Rhythmus**, **zunehmendes Gefühl von Erschöpfung und Antriebslosigkeit**, **weniger Erfolgserlebnisse und Selbstwirksamkeit**. Interessanterweise kann Bewegung auch dann antidepressiv wirken, **wenn sie zunächst gar keinen Spaß macht**. Eine große Metaanalyse von 2024 mit 218 randomisierten Studien und rund 14.000 Teilnehmern fand deutliche Verbesserungen depressiver Symptome durch verschiedene Formen von Bewegung, unter anderem Gehen/Joggen, Krafttraining und Yoga.
12. **Geistige Aktivität als Co-Faktor:** Wenn jemand über längere Zeit kaum geistig gefordert ist – durch sehr viel passiven Medienkonsum, Fernsehen, zielloses Internetnutzen oder einen weitgehend reizarmen Tagesablauf –, fehlen **kognitive Anforderungen und positive Aktivierung**. Das bedeutet nicht, dass Fernsehen oder Entspannung „Depressionen verursachen“. Problematisch kann vielmehr ein Tagesablauf werden, in dem **fast ausschließlich passive Tätigkeiten** stattfinden. Aktive geistige Beschäftigung erzeugt dagegen häufig: Aufmerksamkeit und Konzentration, Lernfortschritte, Neugier, Problemlösung, Erfolgserlebnisse, das Gefühl, etwas bewirken zu können, zeitweise Ablenkung von negativen Gedankenschleifen. Gerade **Selbstwirksamkeit** ist dabei interessant: „Ich habe etwas gemacht und geschafft“ ist psychologisch etwas anderes als „Der Tag ist vergangen“.

Der Mechanismus „Vermeidung“: Bei Depressionen passiert häufig etwas Paradoxes: **Je schlechter man sich fühlt, desto weniger macht man – und je weniger man macht, desto weniger Möglichkeiten gibt es, dass sich die Stimmung verbessert.** Man sagt beispielsweise einen Spaziergang ab, weil man keine Energie hat. Man trifft Freunde nicht, weil man sich nicht danach fühlt. Kurzfristig fühlt sich das sogar erleichternd an. Langfristig verschwinden aber immer mehr **positive Verstärker** aus dem Leben.

Genau hier setzt die sogenannte **Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation)** an. Sie versucht nicht zuerst, die Stimmung zu verändern, sondern verändert gezielt das Verhalten: weniger Vermeidung, mehr Aktivitäten, die mit positiven Erfahrungen, persönlichen Werten und Alltagstruktur verbunden sind.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (20b) – Ätiologie affektiver Störungen (3b)



Bio-psycho-soziales Modell zur Entwicklung einer Depression

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (21) – Behandlung affektiver Störungen



Grundsätzlich vollzieht sich die Therapie der affektiven Störung in drei Schritten:

1. **Akuttherapie:** Psychotherapie, kann ohne begleitende medikamentöse Therapie bei leichten und mittelschweren Depressionen wirksam sein. Eine kombinierte medikamentöse und Psychotherapie gilt bei schweren Depressionen als überlegen. Legt man die Kriterien des triadischen Systems zugrunde, lässt sich folgendes Behandlungsschema nutzen:
   - **Endogene Depression:** Behandlung durch den Psychiater, Gabe von Antidepressiva, begleitende Psychotherapie, stationärer Aufenthalt (insb. bei psychotischen Symptomen und Suizidalität), Tagesstrukturierung, Ergotherapie mit kreativen Anteilen (Kunst, Musik). In Spezialkliniken Elektrokrampftherapie (generalisierter Krampfanfall unter Kurznarkose) nach strenger Indikationsstellung (schwere Depression mit psychotischer Symptomatik).
   - **Somatogene Depression:** Behandlung durch den Facharzt (z.B. Onkologen), medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung, begleitende Psychotherapie.
   - **Psychogene Depression:** Ärztliche Abklärung der Symptomatik (somatische Ursache?), ambulante Behandlung durch den ÄP, PP oder HPP, Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie inkl. Psychoedukation (Wissensvermittlung an den Patienten und die Angehörigen, emotionale Entlastung, langfristige Behandlungsbereitschaft sichern).

   Pharmakotherapie ist das Mittel der Wahl bei schweren Depressionen. Gelegentlich kommen Antidepressiva (siehe Folgeseite) aber auch bei leichten oder mittelgradigen Depressionen zum Einsatz. Antidepressiva haben eine Ansprechrate von rund 67%. Die verzögerte Stimmungsaufhellung bei antidepressiver Therapie (Antriebssteigerung bei bestehender Depressivität) birgt die Gefahr der Suizidalität. Sobald der Verdacht auf Suizidalität besteht, ist eine stationäre psychiatrische Behandlung angeraten. Bei akuter Selbstgefährdung auch gegen den Willen des Patienten. Schlafentzug (Therapieform) erhöht die Suizidalität.
2. **Erhaltungstherapie** (6 – 12 Monate nach Ausbruch) zur Verhinderung eines Rückfalls.
3. **Rezidivprophylaxe** (ab 1 Jahr nach Ausbruch der Erkrankung).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (22) – Antidepressiva (1)



Auswahlkriterien für ein Antidepressivum: Früheres Ansprechen auf ein Präparat, Wirkungsprofil (**Antrieb steigern am Morgen**, **sedieren am Abend**), Nebenwirkungsprofil, Komorbidität (z.B. **Angststörung**), Wechselwirkungen, Alter des Patienten.

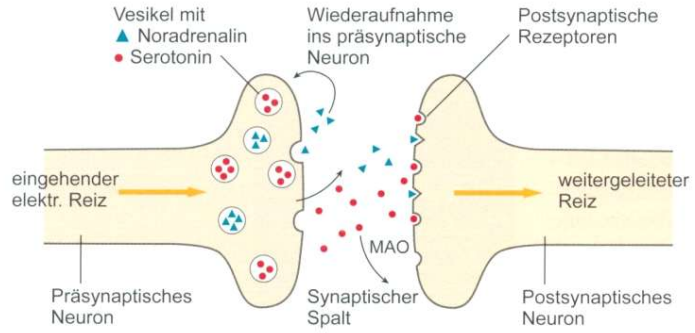
Die Wirkung eines Antidepressivums tritt i.d.R. erst nach 1-3 Wochen ein. Bei erfolgloser Medikation sollte der Wechsel auf ein anderes Mittel daher frühestens nach 4 Wochen erfolgen.

Antidepressive Substanzgruppen	**Wirkstoff (Beispiel)**
Trizyklische Antidepressiva (Kielholz teilt die klass. Antidepressiva nach ihrer Wirkung ein): (1) **sedierend**, (2) **antriebssteigernd**, (3) **stimmungsaufhellend**. Die Mittel werden anhand der Symptomatik beim Patienten möglichst gezielt ausgewählt. Die Wirkung setzt nach 2-3 Wochen ein.	Amitriptylin (Saroten®) (stimmungsaufhellend und psychomotorisch dämpfend), Imipramin (Tofranil®) (stimmungsaufhellend), Doxepin (Aponal®) (stimmungsaufhellend)
Tetrazyklische Antidepressiva	Maprotilin (Ludiomil®)
Irreversible MAO-Hemmung	Trancylpromin (Jatrosom®)
Reversible MAO-Hemmung	Moclobemid (Aurorix®)
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)	Paroxetin (Seroxat®), Citalopram (Cipramil®), Fluoxetin (Fluctin®)
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI)	Reboxetin (Edronax®)
Duale Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSNRI)	Venlaflaxin (Trevilor®)
Alpha-2-Antagonisten blockieren präsynaptische α_2-Rezeptoren und hemmen so das negative Feedback, über das Noradrenalin seine eigene Freisetzung hemmt, womit es wirksamer wird.	Mirtazepin (Remergil®)
Pflanzliche Präparate bei leichten Depressionen	Johanniskrautextrakte (Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin)

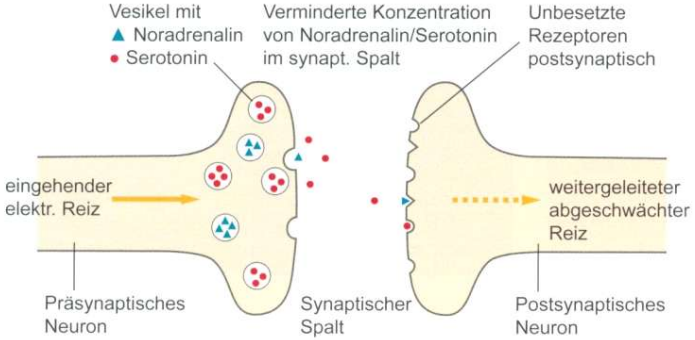
	Desipramin-Typ	**Imipramin-Typ**	**Amitriptylin-Typ**
Wirkqualität	Vorwiegend antriebssteigernd, leicht stimmungsverbessernd	Gleichgewicht zwischen Stimmungsaufhellung, leichter Antriebssteigerung und Angst lösender Wirkung	Vorwiegend beruhigend, Angst lösend, stimmungsaufhellend
Zielsymptomatik	Depression mit starker psychomotorischer Gehemmtheit	Depression mit ausgeprägter Störung der Vitalgefühle	Depression mit ängstlich psychomotorischer Erregtheit (Agitiertheit)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

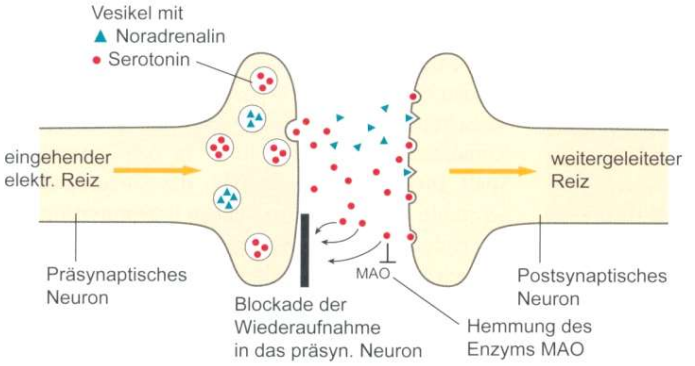
Affektive Störungen (23) – Antidepressiva (2)



Oben: Normale Reizweiterleitung am synaptischen Spalt



Mitte: Reizweiterleitung am synaptischen Spalt bei einer Depression



Unten: Wirkungsweise von Antidepressiva am synaptischen Spalt

Schwere Depressionen gehen mit einer veränderten Ausschüttung von Neurotransmittern (Serotonin, Noradrenalin) einher. Normalerweise kommt es bei einer Reizung der sendenden Nervenzelle (präsynaptisch) zu einer **Ausschüttung von Neurotransmittern** in den synaptischen Spalt. Die Vesikel entleeren sich, Serotonin und Noradrenalin docken an den passenden Rezeptoren am empfangenen (postsynaptischen) Neuron an. Der Impuls wird durch **Umwandlung in einen elektrischen Reiz** weitergeleitet. Anschließend wird ein Teil der Botenstoffe wieder in das präsynaptische Neuron zurückgeführt; ein anderer Teil wird durch das Enzym Monoaminoxydase (MAO) im synaptischen Spalt chemisch abgebaut.

Bei depressiven Störungen ist die Konzentration von Serotonin und Noradrenalin gering. Zu wenige postsynaptische Rezeptoren werden besetzt, so dass **der Reiz in abgeschwächter Form weitergeleitet** wird. Dies korrespondiert mit einer Verlangsamung des Denkens, einer Hemmung des Antriebs, mit Schlafstörungen und einer reduzierten Funktion der glatten Muskulatur (z.B. träge Verdauung).

Klassische Antidepressiva (tri- und tetrazyklisch) erhöhen die Konzentration der Neurotransmitter im synaptischen Spalt, indem sie die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin in das präsynaptische Neuron verhindern (**Wiederaufnahmehemmer**). Die erhöhte Konzentration der Transmitterstoffe im synaptischen Spalt führt zu einer verstärkten Reizweiterleitung. Nach einigen Tagen bis Wochen verstärkt sich dann auch die Empfindlichkeit der Rezeptoren der empfangenen Nervenzelle.

Daneben gibt es die sog. **MAO-Hemmer**. Sie reduzieren das Enzym Monoaminoxydase im synaptischen Spalt und verhindern auf diese Weise den Abbau von Serotonin und Noradrenalin direkt nach der Reizübertragung. Antidepressiva der neuen Generation (SSRI, SNRI) wirken gezielt auf einzelne Überträgersubstanzen und sollen dadurch Nebenwirkungen verringern.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Affektive Störungen (24) – Behandlung manischer Episoden



Die Akuttherapie manischer Episoden ist eingeschränkt durch die vielfach fehlende Krankheitseinsicht. Häufig bleibt nur die Einweisung in eine psychiatrische Klinik gegen den Willen des Patienten, um ihn vor Fremd- oder Selbstgefährdung zu schützen.

In Akutphasen manischer Episoden kommen **Stimmungsstabiliserer** („mood stabilizer“) wie Lithium (Quilonum®), Valproinsäure (Ergenyl®) und Carbamazepin (Tegretal®), **Tranquilizer** (Benzodiazepine) und **Neuroleptika** zum Einsatz. Da die Stimmungsstabilisierer eine zum Teil lange Wirklatenz haben, werden bei akuten Manien begleitend auch Beruhigungsmittel wie Diazepam (Valium®) oder sedierende Neuroleptika wie Chloprotixen (Truxal®) verabreicht.

Substanz	Lithium	Valproinsäure	Carbamazepin
Eigenschaften	Körpereigenes Salz, Gefahr der Vergiftung bei zu hoher Konzentration im Blut (z.B. bei Wasserverlust durch zu starkes Schwitzen oder Durchfall), regelmäßige Bestimmung der Blutkonzentration erforderlich, Wirkungseintritt erst nach Wochen	Primäre Anwendung bei Epilepsie, regelmäßige Bestimmung der Blutkonzentration erforderlich, schneller Wirkungseintritt	Primäre Anwendung bei Epilepsie, regelmäßige Bestimmung der Blutkonzentration erforderlich
Nebenwirkungen	Feinschlägiges Zittern, Durst, Gewichtszunahme, Schilddrüsenveränderungen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Nierenfunktionsstörungen, Blutbildveränderungen	Gewichtszunahme, Sedierung, Tremor, Übelkeit	Benommenheit, Schwindel, Allergien, Blutbildveränderungen
Anwendung	Euphorische manische Phase	Dys- oder euphorische manische Phase	Dysphorische manische Phase

Schwerpunkt der Psychotherapie bei manischen Patienten ist die **Krankheitsverarbeitung** (insb. der Schuld- und Schamgefühle nach Abklingen einer manischen Episode). Hinzu kommt die **Abwendung von Partner- oder Arbeitsplatzverlust** sowie ggf. die **Abwendung des finanziellen Ruins**. Gearbeitet wird kognitiv verhaltenstherapeutisch und psychoedukativ.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (1) – Definitionen



Psychische Störungen, denen **keine organische Ursache** oder eine **andere psychiatrische Erkrankung** zugeordnet werden kann, und bei denen der Betroffene **keinen Realitätsverlust** erleidet, werden als **(a) neurotische Störungen** bezeichnet.

Zur Gruppe der neurotischen Störungen zählen die **Angsterkrankungen**, **Zwangsstörungen** sowie **dissoziativen Störungen**.

(b) Belastungsstörungen sind Reaktionen auf eine **akute Belastung**, ein **Trauma** oder eine **dauerhafte Traumatisierung**. Entscheidend ist der **äußere Belastungsfaktor**, der in seiner Stärke und seiner Auswirkung das Auftreten der psychischen Störung erklärt. Er ist eine zwingende Voraussetzung für eine Belastungsstörung.

Zur Gruppe der Belastungsstörungen zählen **akute Belastungsreaktionen**, **Anpassungsstörungen** und **posttraumatische Belastungsstörungen** (PTB).

Treten körperliche Symptome wiederholt an verschiedenen Stellen und mit unterschiedlicher Ausprägung auf und lässt sich keine organische Ursache finden, spricht man von **(c) somatoformen Störungen**. Charakteristisch ist das wiederholte Vorbringen körperlicher Symptome mit dem **Wunsch der körperlichen Abklärung** trotz bereits vorhandener negativer Untersuchungsbefunde.

Unterschieden werden die Begriffe **somatogen** (körperlich bedingt), **Somatisierung** (Umwandlung seelischer Konflikte in eine körperliche Krankheit) und **somatoform** (formal körperlich, sich im Körper zeigend).

Dissoziative Störungen zeigen im Gegensatz zu den somatoformen Störungen einen **stärkeren Symbolcharakter** (z.B. dissoziative Blindheit, Nicht-Sehen-Wollen oder Nicht-Wahrhaben-Wollen eines bestehenden Konfliktes).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (2) – Klassifikation nach ICD-10



In der ICD-10 werden die **neurotischen Störungen**, **Belastungsstörungen** und **somatoformen Störungen** in der Gruppe 4 zusammengefasst. Das alte Neurosenkonzept wurde von der ICD-10 als Organisationsprinzip nicht beibehalten:

- Die früher als **Charakterneurosen** bezeichneten Störungen werden den **Persönlichkeitsstörungen** zugeordnet.
- Die **Symptomneurosen** sind in der Gruppe **F4** zusammengefasst.
- Die **depressiven Neurosen**, die traditionell den Neurosen zugeordnet waren, finden sich im Bereich der **affektiven Störungen**.
- Die **Konversionsneurosen** (psychisches Leiden wird in körperliches gewandelt) werden nun als **dissoziative Störungen** (Konversionsstörungen) bezeichnet.
- Des Weiteren gab es früher neben den Neurosen noch **abnorme Erlebnisreaktionen**. Diese werden heute als **Belastungs- und Anpassungsstörungen** bezeichnet.
- Die **somatoformen Störungen** sind in der ICD-10 ebenfalls dem Abschnitt **F4** zugeordnet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (3) – Alte Klassifikation



Im alten **triadischen System** ist der Begriff Neurose eine allgemeine Bezeichnung für psychische Störungen, die nicht auf einer nachweisbaren organischen Erkrankung des Nervensystems beruhen. Es handelt sich um lebensgeschichtlich bedingte seelische Störungen. Dabei wurden Charakterneurosen und Symptomneurosen voneinander unterschieden.

- Bei den **Charakterneurosen** hat sich die betroffene Person soweit mit ihrem neurotischen Verhalten identifiziert, dass sie es als Anteil ihrer Persönlichkeit empfindet und darum nicht zwangsläufig unter dem Verhalten leidet.
- Bei den **Symptomneurosen** erleben die Betroffenen die Symptome als belastend und störend. Sie fühlen sich in ihrer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität beeinträchtigt. Je nach Schwerpunkt der Symptome wurde dabei zwischen **Psychoneurosen** (Zwänge, Ängste, depressive Neurosen) und **Konversionsneurosen** (Herzneurose, hysterische Neurose) unterschieden.

Neurosen und Belastungsstörungen gehören traditionell zur Gruppe der psychogenen Störungen. **Belastungsstörungen** wurden im triadischen System den „abnormen Variationen seelischen Wesens“ zugeordnet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (4) – Klassifikation nach ICD-10

ICD-10 Klassifikation	Unterteilung
Phobische Störungen (F40)	**Agoraphobie ohne / mit Panikstörung** **Soziale Phobie** **Spezifische (isolierte) Phobie** Sonstige / Nicht näher bezeichnete phobische Störungen
Sonstige Angststörungen (F41)	**Panikstörung** **Generalisierte Angststörung** Angst und depressive Störung gemischt Sonstige gemischte Angststörungen Sonstige / Nicht näher bezeichnete Angststörungen
Zwangsstörungen (F42)	**Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang** **Vorwiegend Zwangshandlungen** **Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt** Sonstige / Nicht näher bezeichnete Zwangsstörungen
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	**Akute Belastungsreaktion** **Posttraumatische Belastungsreaktion** **Anpassungsstörung** Sonstige Reaktionen und nicht näher bezeichnete Reaktionen auf schwere Belastungen
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) (F44)	**Dissoziative Amnesie**; **dissoziative Fugue**; **dissoziativer Stupor**; Trance und Besessenheitszustände; dissoziative Bewegungsstörungen, Krampfanfälle, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen; gemischte dissoziative Störungen; **sonstige dissoziative Störungen** (Ganser Syndrom, Multiple Persönlichkeit); nicht näher bezeichnete dissoziative Störungen
Somatoforme Störungen (F45)	(Undifferenzierte) **Somatisierungsstörung**, **hypochondrische Störung**, **somatoforme autonome Funktionsstörung**, **somatoforme Schmerzstörung**, sonstige / nicht näher bezeichnete somatoforme Störung
Sonstige neurotische Störungen (F48)	**Neurasthenie** (Nervenschwäche) Depersonalisations- bzw. Derealisationssyndrom Sonstige / Nicht näher bezeichnete neurotische Störung

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (5) – Agoraphobie (F40) und Panikstörung (F41)



Angst ist an und für sich kein pathologisches Symptom, wenn es als Warnzeichen für tatsächliche Bedrohung oder Gefahr auftritt. Tritt Angst dagegen in Situationen oder vor Objekten auf, die real keine Bedrohung oder Gefahr darstellen, ist sie als pathologisch zu bewerten.

Die pathologische **situations- oder objektgebundene Angst** geht mit denselben psychischen und körperlichen Reaktionen einher wie eine Realangst:

- **Vegetative Reaktionen** (z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit)
- **Emotionale Reaktionen** (z.B. Gefühl der Bedrohung oder Gefahr)
- **Kognitive Reaktionen** (z.B. Gedanken an Kontrollverlust {„Gleich breche ich zusammen“} oder an die Folgen der körperlichen Reaktionen {„Gleich sterbe ich“}
- **Motorische Reaktionen** (z.B. Kampf, Flucht oder Erstarrung).

Agoraphobie (*griechisch:* Angst vor dem Marktplatz) ist im eigentlichen Sinne die zwanghafte Befürchtung, in öffentlichen Situationen auf großen Plätzen, in geschlossenen Räumen (Fahrstühlen) oder in Menschenansammlungen ohnmächtig zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder nicht schnell genug Hilfe zu erhalten. Die Angst auslösende Situation wird zunächst fluchtartig verlassen und auf Dauer vermieden (**Vermeidungsverhalten**). Das Fehlen potentieller Fluchtwege ist das Hauptkriterium einer agoraphobischen Situation.

Panikstörung ist definiert als wiederholtes, unvorhersehbares Auftreten schwerer Angstattacken, die sich **nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken**. Der Betroffene erlebt dabei ein intensives Angstgefühl mit typischen körperlichen Begleitreaktionen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (6) – Agoraphobie (F40) und Panikstörung (F41)



Die **Agoraphobie** ist gekennzeichnet durch:

- **Angstattacken** **in agoraphobischen Situationen** (z.B. Menschenmengen, engen Räumen)
- **Befürchtungen**, die Kontrolle zu verlieren, zu kollabieren oder einen Herzinfarkt / Schlaganfall zu erleiden
- **Vermeiden** der agoraphobischen Situation
- **Erwartungsangst** („Angst vor der Angst“)
- **Alltagsaktivitäten** werden durch die Ängste **eingeschränkt**, im Extremfall ist ein Verlassen des Hauses nur noch in Begleitung möglich (Isolation).

Die **Panikstörung** ist gekennzeichnet durch:

- **Wiederkehrende** schwere **Angstattacken** **ohne erkennbaren Anlass**
- Sie treten plötzlich (aus heiterem Himmel) auf und dauern einige Minuten
- Begleitende **vegetative Symptomatik**: Herzklopfen / Herzrasen, Schweißausbrüche / Hitzegefühl, Zittern, Parästhesien, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Übelkeit, Brust- oder Bauchschmerzen
- **Psychische Symptomatik**: Gefühl von Schwindel / Benommenheit / Schwäche, Derealisationserleben, Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben.

Panikattacken sind nicht spezifisch, sie treten auch in Zusammenhang mit anderen Ursachen auf. **Körperliche Erkrankungen** (z.B. Hyperthyreose, Drehschwindel, Herzrhythmusstörungen) und andere **psychische Störungen** (z.B. Phobien, generalisierte Angststörungen, Depressionen, Schizophrenien) können **kurzzeitige Panikgefühle** erzeugen. **Panikstörung** bedeutet, dass jemand wiederholt unter Panikattacken leidet, ohne dass es dafür eine spezielle Auslösesituation gibt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (7) – Soziale Phobie (F40.1)



Soziale Phobie beschreibt die Angst, sich in der Öffentlichkeit zu blamieren. Situationen, in denen der Betroffene Aufmerksamkeit erregen oder im Mittelpunkt stehen könnte, werden gemieden. Meist fürchten die Betroffenen, dass man ihnen ihre Angst oder Verlegenheit ansehen könnte. Begleitsymptome sind Erröten, Zittern, Schwitzen, Magenprobleme, Erbrechen oder Durchfall.

Die Merkmale im Einzelnen:

- **Angst vor prüfender Betrachtung**
- **Meiden der Angst auslösenden Situationen** (Essen und Sprechen in der Öffentlichkeit, Aufsuchen von öffentlichen Toiletten, Besuch von Partys) mit der Tendenz zur Isolation
- **Angst, in der Öffentlichkeit im Mittelpunkt zu stehen**, Aufmerksamkeit zu erregen und sich lächerlich zu machen
- **Vegetative Symptome** (Erröten, Zittern, Schwitzen usw.)
- **Angst vor plötzlichem Stuhlgang** bzw. Durchfall
- **Vermehrte Selbstunsicherheit** verbunden mit **Erythrophobie** (Angst vor dem Erröten),
- Wissen, dass die **Symptome übertrieben und unvernünftig** sind.

Selbstmedikationen mit Alkohol, Marihuana und Entspannung versprechenden Medikamenten sind häufig anzutreffen.

Entscheidend für die Diagnosestellung ist, dass der Betroffene durch die Symptomatik massiv beeinträchtigt ist und darunter leidet. Sowohl seine Leistungsfähigkeit als auch seine Beziehungsfähigkeit müssen betroffen sein.

Alte Begriffe: Schamneurose, krankhafte Schüchternheit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (8) – Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)



Spezifische Phobien beschreibt die Angst vor umschriebenen Objekten und Situationen. Die Angst kann sich bis zum Panikanfall steigern. Die gängigen Fachbezeichnungen:

- **Akrophobie** (Höhenangst)
- **Arachnophobie** (Angst vor Spinnen)
- **Aviophobie** (Angst vor dem Fliegen)
- **Karzinophobie** (Angst vor Krebserkrankungen)
- **Klaustrophobie** (Angst vor geschlossenen Räumen)
- **Zoophobie** (Angst vor Tieren).

Als psychische Störung spezifische Phobie erst dann diagnostiziert, wenn die Angst den Alltag oder das Berufsleben stark beeinträchtigt (z.B. Kranführer mit Höhenangst) und mit einem persönlichen Leiden verbunden ist.

Spezifische Phobien sind häufig nicht behandlungsbedürftig, weil die auslösende Situation oder das betreffende Objekt im Alltag **gemieden** werden kann.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (9) – Generalisierte Angststörung (F41.1)



Kennzeichen der **generalisierten Angststörung** ist eine anhaltende Angst, die sich nicht auf bestimmte Situationen oder Objekte bezieht. Die ängstliche Grundstimmung bezieht dabei **fast alle Lebensbereiche** mit ein und ist durch die **Intensität** von den Sorgen gesunder Menschen zu unterscheiden. Die Ängste entbehren im Allgemeinen tatsächlichen Bedrohungen und Gefahren. Kennzeichen der generalisierten Angststörung sind:

- **Frei flottierende Ängste und Befürchtungen** (Sorge über zukünftiges Unglück, Sorgen über alltägliche Dinge, über die eigenen Gesundheit und über das Wohlergehen nahestehender Menschen und Tiere)
- **Vermehrte Grübelneigung**
- **Motorische Anspannung mit Schlafstörungen** (innere Anspannung, Unruhe, Nervosität, Unfähigkeit zur Entspannung, Muskelverspannung, diffuse Schmerzen)
- **Vegetative Übererregbarkeit** (Beklemmungsgefühl, Schreckhaftigkeit, Schweißausbruch, Diarrhö, Atemnot, Zittern, Schwitzen)
- **Entfremdungserleben** (Derealisation, Depersonalisation)
- **Depressivität**.

Der Patient muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang aufweisen, bevor eine generalisierte Angststörung diagnostiziert wird. Die Angst wird auf viele verschiedene Objekte oder Situationen übertragen (generalisiert). Auslösesituationen für die Angstgefühle sind als vorhanden, wechseln jedoch häufig. Im Gegensatz zur Phobie ist die Angst nicht an ein bestimmtes Objekt oder eine spezifische Situation gebunden.

Alte Begriffe: Angstneurose, Angstkrankheit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (10) – DD Angststörung



Unterscheidungsmerkmale der einzelnen Angststörungen bietet die folgende Tabelle:

Angststörung	Kennzeichen der Angst
Panikstörung	Wiederkehrende Panikattacken mit ausgeprägter vegetativer Symptomatik, **nicht** situations- oder objektgebunden; Vermeidungsverhalten
Agoraphobie	„Platzangst“, Angstattacken treten in öffentlichen Situationen (z.B. Konzerthalle, Flughafenhalle, im Flugzeug) auf, die keinen Fluchtweg erkennen lassen; ausgeprägtes Vermeidungsverhalten
Soziale Phobien	Inadäquate Angst, (in kleinen Gruppen) die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, sich zu blamieren; Vermeidungsverhalten
Spezifische Phobien	Situations- oder objektgebundene Angst, selten Leidensdruck, da Angst auslösende Situationen im Alltag gemieden werden können
Generalisierte Angststörung	Unrealistische, übertriebene Sorgen und Ängsten an den meisten Tagen über mehrere Wochen, starke vegetative und psychomotorische Begleitsymptomatik

Angststörungen sind abzugrenzen gegenüber:

- **körperlichen Erkrankungen** (z.B. Hyperthyreose, Hypertonie, Herzrhythmusstörungen),
- den **Wirkungen von Medikamenten** (z.B. Amphetamine, Appetitzügler) und
- **anderen psychischen Erkrankungen** (z.B. depressive Episode, Schizophrenie, somatoforme Störung, Zwangsstörung, Anpassungsstörung, PTB, Essstörung, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung) (siehe Folgeseite).

Angst ist **kein** spezifisches Symptom. Es tritt bei vielen **organischen** und **psychischen** Erkrankungen auf. Bevor eine Angststörung diagnostiziert wird, müssen **körperliche** und **andere psychische Ursachen** vom Facharzt ausgeschlossen werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (11) – DD Angststörung zu anderen Erkrankungen

Psychische Erkrankung	Bezug / Unterscheidungskriterien zur Angststörung
Depressive Episode	**Phasischer** Verlauf der Ängste: Ängste treten gemeinsam mit depressiver Stimmung auf und bilden sich mit Besserung der Depression zurück
Schizophrenie	Im Prodromalstadium der schizophrenen Störung zeigen sich häufig unspezifische Ängste, im weiteren Verlauf bestimmen **psychotische** Symptome das Krankheitsbild
Somatoforme Störung	**Körperliche Schmerzen und Beschwerden** stehen im Vordergrund, der Patient ist von einer organischen Ursache der Beschwerden überzeugt
Zwangsstörung	Überwiegend Ängste vor Verschmutzung, Verletzung und Unordnung mit begleitenden **zwanghaften Ritualen** zur „Besänftigung“ der Ängste
Anpassungsstörung	Ängste beziehen sich auf kritische Lebensereignisse, die der Erkrankung vorausgingen (z.B. Partnerverlust, Arbeitsplatzverlust)
Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)	Ängste beziehen sich auf ein **Trauma**, das die Störung ausgelöst hat, und werden reaktiviert, wenn der Betreffende mit Situationen oder Objekten konfrontiert wird, die an das Trauma erinnern
Essstörung	Ängste beziehen sich auf das eigene **Körperschema**, d.h. das subjektive Gefühl, zu dick zu sein
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung	Im Vordergrund stehen Gefühle der eigenen **Unzulänglichkeit** und Angst vor **sozialer Ablehnung**
Suchterkrankung	**Substanzmissbrauch** in der Anamnese, Drogenscreening

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (12) – Epidemiologie der Angststörungen



Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Rund 7% der Bevölkerung leiden unter einer Angststörung. Dabei darf von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Am häufigsten sind die sozialen und spezifischen Phobien.

Angststörung	Häufigkeit (Lebens-zeitprävalenz)	Erstmanifestation	Geschlechts-verteilung
Panikstörung	3%	20. – 30. Lebensjahr	Frauen deutlich häufiger als Männer
Agoraphobie	5%	20. – 30. Lebensjahr	Frauen häufiger
Soziale Phobien	13%	14. – 25. Lebensjahr	Frauen häufiger
Spezifische Phobien	11% (vor allem Tierphobie und Höhenangst)	Meist in der Kindheit, häufig Spontanremission, bei Fortbestehen ins Erwachsenenalter meist Chronifizierung	Frauen häufiger
Generalisierte Angststörung	5%	14. – 25. Lebensjahr	Frauen häufiger

Komorbiditäten bei Angststörungen:

- Panikstörungen und Agoraphobie treten sehr häufig zusammen mit einer weiteren Angsterkrankung auf
- Depressive Störungen
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (vor allem bei generalisierter Angststörung)
- Abhängigkeitserkrankungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

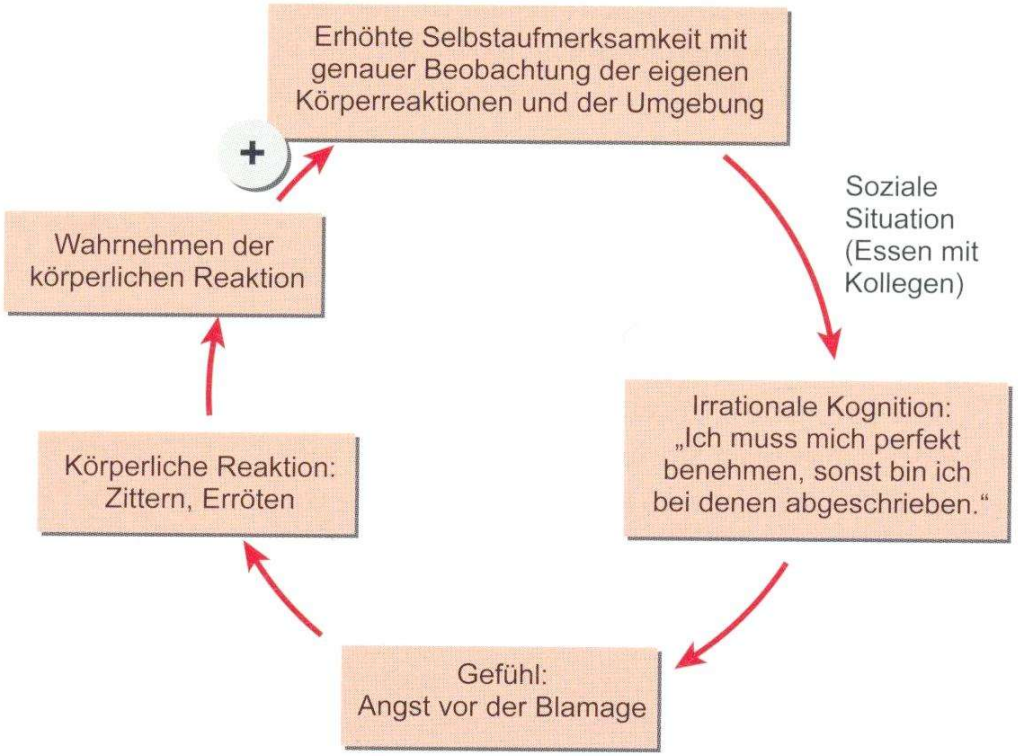
Neurotische Störungen (13) – Ätiologie der Angststörungen (1)

Die Entstehungstheorien von Angststörungen waren zunächst eine Domäne der Psychoanalyse. Sie wurden im Laufe der Zeit durch lerntheoretische und später biologische Aspekte erweitert. Heute gehen wir auch bei den Angststörungen von einer multifaktoriellen Genese aus. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (siehe auch das Modell zur Salutogenese) bietet auch hier den umfangreichsten Erklärungsansatz. Die Komponenten im Einzelnen:

- **Biologische Aspekte:** Festzustellen ist eine familiäre Häufung von Angststörungen und eine Disposition zur vermehrten Ängstlichkeit. Das **Limbische System** wurde bei der Entstehung und Vermittlung von Angstreaktionen als neurobiologisches Korrelat der Angsterkrankungen entdeckt. Unter den Transmitter-Systemen des Körpers kommt den Transmittern **Serotonin** und **GABA** (γ-Aminobuttersäure) bei Angststörungen die größte Bedeutung zu. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sind bei vielen Angsterkrankungen wirksam.
- **Kognitive und lerntheoretische Aspekte:** Ein zunächst neutraler Reiz wird durch die Begleitumstände zum konditionierten Reiz (**klassische Konditionierung**). Durch **operante Konditionierung** (Belohnungs- bzw. Bestrafungslernen) kommt es zur Aufrechterhaltung bzw. Generalisierung der Angst. Meidet oder verlässt der Betroffene die angstauslösende Situation, hört die Angst auf. Der Wegfall der negativen Konsequenz (Angst) wirkt als negativer Verstärker für das Vermeidungsverhalten. Die Angst kann dadurch nicht sinnvoll bewältigt werden und generalisiert. **Modellernen** trägt dazu bei, dass Menschen Vermeidungsverhalten entwickeln, wenn sie z.B. ihre Eltern oder Freunde erleben, die vermeintlichen Bedrohungen aus dem Wege gehen. Dass Angsterkrankungen durch kognitive Verarbeitungsprozesse zur **Chronifizierung** neigen, lässt sich am **Teufelskreis der Angst** beschreiben (Folgeseite). **Biological Preparedness** erklärt, warum bestimmte Reize (z.B. Gewitter, Höhe, Tiere) eher mit einer Angststörung verknüpft sind als andere. Es wird vermutet, dass ein stammesgeschichtliches Gedächtnis diesen Elementen eine besondere Bedrohung zuschreibt, weil sie in der Evolution eine lebensbedrohliche Gefahr dargestellt haben.
- **Psychodynamische Aspekte:** Angst ist ein Ausdruck ungelöster frühkindlicher Konflikte. Der Konflikt entsteht durch die gegensätzlichen Bestrebungen von Autonomie und Abhängigkeit. Die **Angst vor den Gefahren einer Trennung** steht dem **Wunsch nach Selbständigkeit** entgegen. Eine neurotische Konfliktlösung zeigt sich in Form einer Regression (kindliches Bewältigungsmuster). Auslöser sind akute Trennungserlebnisse. Entscheidend ist ebenfalls eine **mangelhaft entwickelte Ich-Stärke**, die Triebimpulse nicht mit den verinnerlichten Normen in Einklang bringen kann bzw. die eigenen Triebimpulse nicht kontrollieren kann. Projektionsphänomene werden zur Erklärung von Phobien herangezogen. Eigene innere Impulse (z.B. sexuelle Wünsche) werden einem äußeren Objekt zugeschrieben. Dieses wird daraufhin als Angst auslösend wahrgenommen und gemieden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (14) – Ätiologie der Angststörungen (2)



Der **Teufelskreis der Angststörungen** ist modellhaft für die Panikstörung entwickelt worden: Menschen mit einer sozialen Phobie neigen zu **erhöhter Selbstaufmerksamkeit**. Sie beobachten sich und die Reaktionen der Umgebung genau, aus Angst abgelehnt zu werden. In sozialen Situationen (in denen ihr Verhalten einer Bewertung unterzogen wird) entwickeln sie negative, **irrationale Kognitionen** (z.B. wenn ich jetzt die Gabel fallen lasse, …). Diese Gedanken werden vom **Gefühl der drohenden Blamage** und damit der Angst begleitet. Die Angst wiederum lässt den Organismus **physiologisch reagieren**. Die körperlichen Reaktionen werden vom Betroffenen wahrgenommen und als **Zeichen einer Gefahr** fehlinterpretiert. Dies wiederum verstärkt die Selbstbeobachtung und Angst.

Die für die Panikstörung und Agoraphobie typische Angst vor der Angst lässt sich ebenfalls anhand dieses Teufelskreises beschreiben. **Herzklopfen bei körperlicher Betätigung** ist dann bereits ein Auslöser, um Angst vor einer erneuten Panikattacke zu entwickeln. Wir sehen, dass irrationale Überzeugungen bei der Entstehung von Angststörungen eine große Rolle spielen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (15) – Therapie der Angststörungen



HPP dürfen Patienten mit Angststörungen behandeln. Voraussetzung hierfür ist wie üblich eine vom Neurologen bzw. Psychiater erfolgte organische Abklärung und sichere Diagnosestellung. Die Psychotherapie sollte dann in Absprache mit dem behandelnden Psychiater erfolgen.

Angststörungen sind keine vitale Bedrohung. Sie haben eine gute Behandlungsprognose. Phobien werden häufig allein durch kognitive VT bewältigt. Ein Medikamenteneinsatz sollte schweren Erkrankungen vorbehalten sein. Eine reine Pharmakotherapie erhöht das Risiko eines Rückfalls nach Absetzen der Medikation, weil der Betroffene keine ausreichenden Bewältigungsstrategien aufgebaut hat.

- **Medikation:** Zum Einsatz kommen **Antidepressiva** (vornehmlich vom Typ der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer; SSRI; z.B. Citalopram, Paroxetin). Die Dosierung erfolgt wie bei der depressiven Störung. Die Medikation wird i.d.R. über einen Zeitraum von 12 Monaten beibehalten. In den ersten zwei Wochen kann ein Antidepressivum die Symptome der Angst verstärken (Zittern, Unruhe, Schlafstörungen). Es benötigt bis zu 4 Wochen, bis sich die Wirkung einstellt. Neben SSRIs kommen auch **trizyklische Antidepressiva** oder **MAO-Hemmer** zum Einsatz. **Benzodiazepine** können in der Akuttherapie (z.B. Durchbrechen einer Panikattacke) eingesetzt werden. Aufgrund seiner langen Wirkdauer (bis 24 Stunden) kommt **Lorazepam** (Tavor®) aus der Gruppe der Benzos bevorzugt zum Einsatz (aufgrund seiner stark antikonvulsiven Wirkung auch zur Vorbeugung von epileptischen Anfällen und zur Durchbrechung eines Status epilepticus); Gefahr der erhöhten Abhängigkeitsentwicklung, insbesondere bei Patienten mit sozialer Phobie. **Beta-Blocker** werden gelegentlich zur Reduzierung der körperlichen Symptomatik (bei sozialer Phobie oder Panikattacken) verabreicht.
- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Angststörungen sind eine Domäne der KVT. **Reiz-Expositionstrainings** sowie **Veränderungen der dysfunktionalen Annahmen** haben die besten Therapieaussichten. Eine tragfähige Patient-Therapeuten-Beziehung und der begleitende Einsatz entspannender Verfahren sind wesentliche Voraussetzungen. Weitere Methoden: Psychoedukation, Einüben von Problemlösestrategien, Selbstsicherheitstraining, Kommunikationstraining.
- **Psychoanalyse:** Sie hat Erfolge bei der Behandlung generalisierter Angststörungen. Die Erkrankung wird hier im Zusammenhang mit der biografischen Entwicklung gesehen und interpretiert. Im Mittelpunkt der Therapie steht die Stärkung und Nachreifung der mangelhaft entwickelten Ich-Funktion und der Aufbau stabiler Selbst- und Objektrepräsentanzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (16) – Zwangsstörungen (F42) – Symptomatik



Zwangsstörungen sind psychische Störungen, bei denen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen im Vordergrund der Symptomatik stehen. **Zwangsgedanken** sind sich immer wieder aufdrängende Gedanken, die trotz erkennbarer Unsinnigkeit nicht unterdrückt werden können. **Zwangshandlungen** sind ritualisierte Handlungen, die vom Betroffenen wiederholt ausgeführt werden müssen, um eine innere Anspannung abzubauen. Die Handlungen erscheinen dem Betroffenen selbst als **sinnlos, quälend und übertrieben**. Wird die Handlung unterdrückt, baut sich eine innere Anspannung und Unruhe bei dem Betroffenen auf, die erst durch das Zwangsritual kurzfristig neutralisiert wird.

Folgen einer Zwangsstörung: Einbeziehung von Familienangehörigen in die Zwangsrituale, Vermeidungsverhalten bis zur sozialen Isolation, Generalisierung, Verheimlichung der Erkrankung aus Scham, deutliche Beeinträchtigung der privaten und beruflichen Lebensführung, Leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Zwangsinhalte	Zwangsgedanke	Neutralisierender Gedankenzwang	Neutralisierende Zwangshandlung	Vermeidungs-verhalten
Kontrollbedürfnis	„Ich habe den Herd nicht ausgeschaltet“	3mal bis 40 zählen	Herd mehrmals kontrollieren	Nicht mehr auf dem Herd kochen
Magisches Denken	„Wenn ich auf die Bürgersteigkante trete, wird meine Mutter sterben“	20mal denken: „Meine Mutter ist gut“	Einen Schritt zurück und 2mal im Kreis drehen	Wege mit Bürgersteigkante meiden
Angst vor Verschmutzung	„Ich habe mich auf der Toilette beschmutzt“	10x sagen: „Schmutz wasch rein“	Ritualisierte Waschungen	Öffentliche Toiletten meiden

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (17) – Zwangsstörungen (F42) – Diagnostik



Dysfunktionale Denkstile bei Zwangsstörungen

- Perfektionismus
- Überhöhte Verantwortung
- Kontrolle von Gedanken
- Gedanken-Handlungskonfusion
- Risikoaversion
- Angstvermeidung
- Zweifel an Wahrnehmung und Gedächtnis
- Schuld und Scham
- Rigide Moralvorstellungen
- Akzeptanz von Gedanken

Merkmale der Zwangsstörung nach ICD-10:

- Die Zwangsgedanken oder zwanghaften Handlungsimpulse müssen vom Patienten **als seine eigenen erkannt** werden (nicht als „gottbefohlen“)
- Mindestens gegen einen Zwangsgedanken oder gegen eine Zwangshandlung muss der Patient (noch) **Widerstand leisten**
- Der Zwangsgedanke / die Zwangshandlung dürfen an und für sich **nicht angenehm** sein
- Die Zwangssymptome müssen sich in zutiefst unangenehmer Weise **wiederholen**
- Die Symptomatik muss über **mindestens 14 Tage** an den meisten Tagen bestehen.

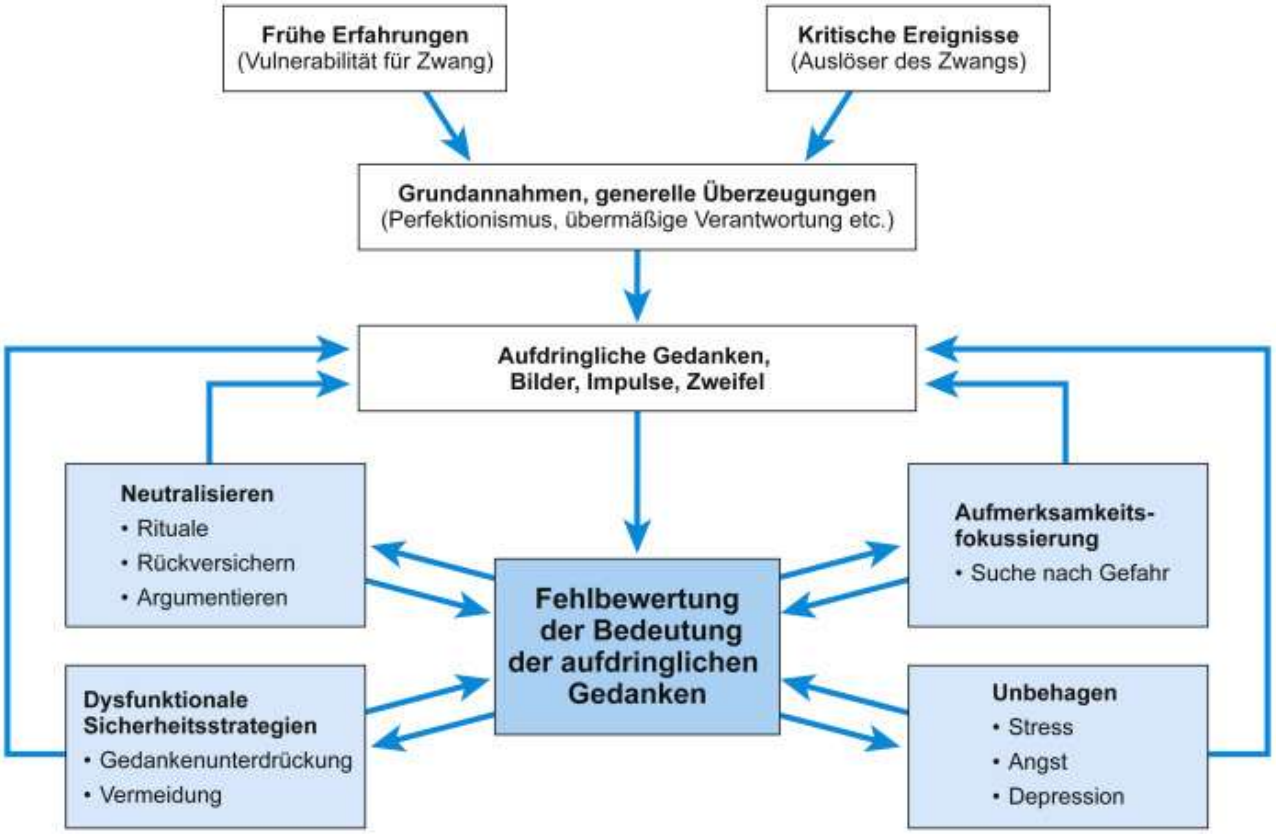
Zwangsgedanken und Zwangshandlungen treten nicht nur bei reinen Zwangsstörungen auf. Sie können bei einer Vielzahl von psychischen Störungen oder organischen Erkrankungen beobachtet werden. Eine gründliche Diagnostik ist deswegen entscheidend.

An folgende **DDs** muss bei Zwangssymptomen gedacht werden:

- **Depression** (Abklingen der Zwangssymptomatik nach Besserung der depress. Störung)
- **Angststörungen**
- **Schizophrenie** (in der akuten Phase kann sich der Patient nicht mehr von Zwangsgedanken distanzieren, Inhalte sind eher bizarr und fremdartig),
- **Zwanghafte Persönlichkeitsstörung** (Patienten erleben Zwangssymptome als ich-synton, d.h. rational und stimmig; die Umgebung leidet stärker als der Patient selbst)
- **Abhängigkeitserkrankungen** und **Essstörungen** (Anorexie, Bulimie)
- **Frühkindlicher Autismus** (im Vordergrund stehen Entwicklungsstörungen) und **Asperger-Autismus** (Zählzwang, Kontrollzwang)
- **Gilles-de-la-Tourette-Syndrom** (vokale und motorische Tics) und **ADHS**
- **Organische Erkrankungen** (z.B. Tumoren, Ischämie, Abszesse, Chorea minor). Treten Zwangssymptome nach dem 40. Lebensjahr auf, sollte das Vorhandensein einer organischen Ursache unbedingt überprüft und ausgeschlossen werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (17) – Zwangsstörungen (F42) – Diagnostik



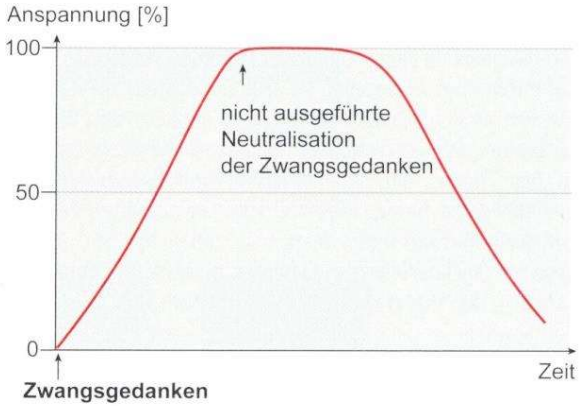
Kognitiv-behaviorales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen
Quelle: S. Herpertz, F. Caspar & K. Lieb (2017): Psychotherapie: Funktions- und Störungsorientiertes Vorgehen. München: Elsevier.

Neutralisieren kann sowohl auf der Verhaltensebene („offenes Verhalten“) in Form von **Zwangsritualen**, **Einholen von Rückversicherungen** bei anderen oder **Delegation der Verantwortung** als auch auf der gedanklichen Ebene („verdecktes Verhalten“) stattfinden. Letzteres geschieht durch **gedankliches Argumentieren mit dem Zwang**, **Zählen** oder die Bildung von neutralisierenden **Gegengedanken**. Die eingesetzten **Bewältigungsstrategien verstärken** sowohl die **Auftretens-wahrscheinlichkeit der Intrusionen** als auch deren **katastrophisierende Fehlbewertung** und verhindern zudem eine angemessene emotionale Verarbeitung.

Durch die **Vermeidung** auslösender Situationen können die Betroffenen nicht mehr überprüfen, **ob die befürchteten Konsequenzen tatsächlich eintreten** oder nicht. Es kommt zu einer weiteren Verstärkung des Teufelskreises aus Angst und übermäßigen Kontrollen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (18) – Zwangsstörungen (F42) – Verlauf, Epidemiologie, Ätiologie, Therapie



Anspannungskurve während einer Reizkonfrontation

Medikamentöse Therapie: SSRI und Clomipramin (trizyklisches Antidepressivum). Bei Zwängen gilt die Pharmakotherapie in Verbindung mit KVT als erfolgversprechend. Sie kann die Zwangssymptomatik deutlich reduzieren. Die alleinige Pharmakotherapie scheitert bei Zwängen. Auch müssen die Medikamente höher dosiert werden als bei Depressionen. Sie erreichen ihre Wirkung oftmals erst nach 6 – 12 Wochen.

KVT: Verhaltensanalyse, Beziehungsaufbau, Psychoedukation, **Expositionstraining**, **Reizkonfrontation** in sensu (Feuer auf der Toilette) und in vivo, kognitive Überprüfung irrationaler Annahmen.

Zwangsstörungen dürfen vom HPP behandelt werden, es sollten aber hinreichend Erfahrungen mit Zwangspatienten vorliegen.

Die Zwangsstörung verläuft i.d.R. **chronisch**. Die Patienten kommen gar nicht oder erst spät in psychiatrische Behandlung. Bis zu 10 Jahre können von der ersten Manifestation bis zur Diagnose vergehen. Dies liegt auch am Vermeidungsverhalten, der sozialen Isolation und der Tendenz, die Störung zu verheimlichen.

Eine Zwangsstörung zählt zu den psychischen Störungen, die **am schwersten zu behandeln** sind. Eine vollständige Heilung ist selten, eine stabile Remission jedoch oft möglich. Das **Absetzen der Medikation** führt häufig zu einem **Rückfall** und einer **Verschlechterung der Symptomatik**.

Epidemiologie: **2%** der Bevölkerung leidet an einer **behandlungsbedürftigen** Zwangserkrankung. Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen. Das durchschnittliche Erstmanifestationsalter liegt zwischen 20 und 26 Jahren. Am häufigsten sind der **Kontrollzwang** und der **Waschzwang**, weitere Zwänge (z.B. Zählzwang, Sammelzwang, Ordnungszwang) sind seltener anzutreffen.

Komorbidität: Depression, spezielle oder soziale Phobie, Essstörung, Substanzmissbrauch (insb. Alkohol); Panikstörung, Tourette-Syndrom, Persönlichkeitsstörung.

Multifaktorielle Genese entsprechend dem **Vulnerabilitäts-Stress-Modell**. Als Auslöser kommen chronische belastende Faktoren oder einschneidende Lebensereignisse in Frage. Nicht immer lässt sich jedoch ein konkreter Auslöser finden.

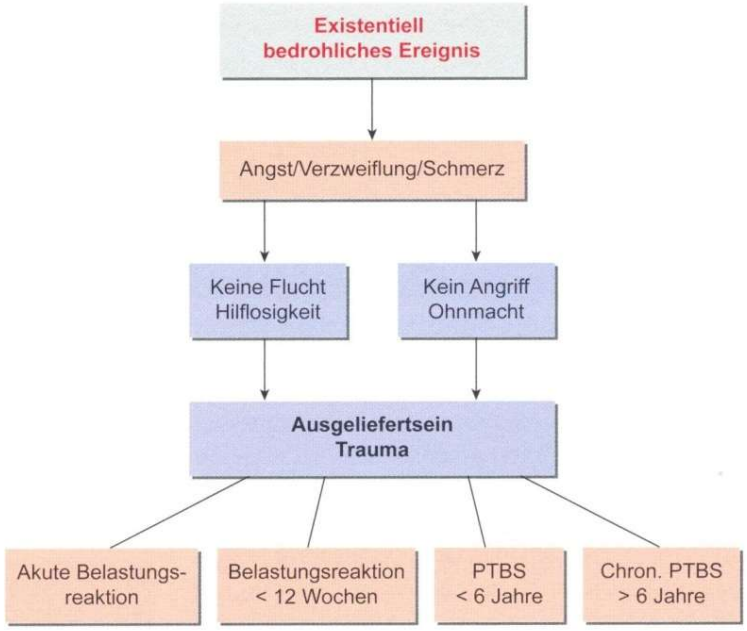
Unter den **neurobiologischen Faktoren** wird eine Störung im Serotonin-Stoffwechsel in den Basalganglien, dem limbischen System und dem präfrontalen Cortex diskutiert. Familiäre Häufungen sind ebenfalls zu verzeichnen.

Klassische und operante Konditionierung spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen eine Rolle. In der Persönlichkeit von Zwangspatienten finden sich häufig **strenge Moralvorstellungen**, **Verantwortungs- und Schuldgefühle**, die vorangegangene operante und soziale Lernprozesse plausibel erscheinen lassen. **Ist der Patient in der Lage, mittels Zwangshandlungen seine Zwangsgedanken zu neutralisieren, gibt er diesen neue Nahrung.**

Psychodynamische Aspekte: Wie bei den Angststörungen steht auch hier ein Konflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie im Vordergrund. **Strenge Eltern setzen den Autonomiebestrebungen des Kindes enge Grenzen** und bewirken beim Kind die Ausbildung eines rigiden Über-Ich und eines schwachen Ich. Thematisch erfolgt eine Fixierung in der Analen Phase.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (19) – Belastungsreaktion (F43) – Diagnostik (1)



Alle unter F43 aufgeführten Störungen lassen sich durch das **Auftreten einer schweren äußeren Belastung** (singuläres Trauma; Traumatisierung) erklären. Ohne die äußere Belastung wäre die Störung nicht entstanden. Zwar spielen belastende Lebensereignisse für die Entwicklung vieler psychischer Erkrankungen eine Rolle, bei der Entwicklung einer Depression oder Schizophrenie sind sie jedoch keine zwingende Notwendigkeit.

Der Ablauf: Ein bedrohliches Ereignis ruft heftige Angst, Unruhe, Verzweiflung, Schmerz oder Apathie (Katastrophenreaktion) hervor. Im günstigen Fall klingt sie während der folgenden Tage ab. Sie kann aber in Form einer Schreckhaftigkeit, Bedrücktheit, Gereiztheit und Schlafstörungen fortbestehen. **Wiederholte Angsterlebnisse** bzw. **anhaltende schwere Belastungen** (z.B. Missbrauch, Lagerhaft, Folter) können eine Entwicklung in Gang setzen, die in eine chronische Depression, Ängstlichkeit und verminderte Belastbarkeit mündet.

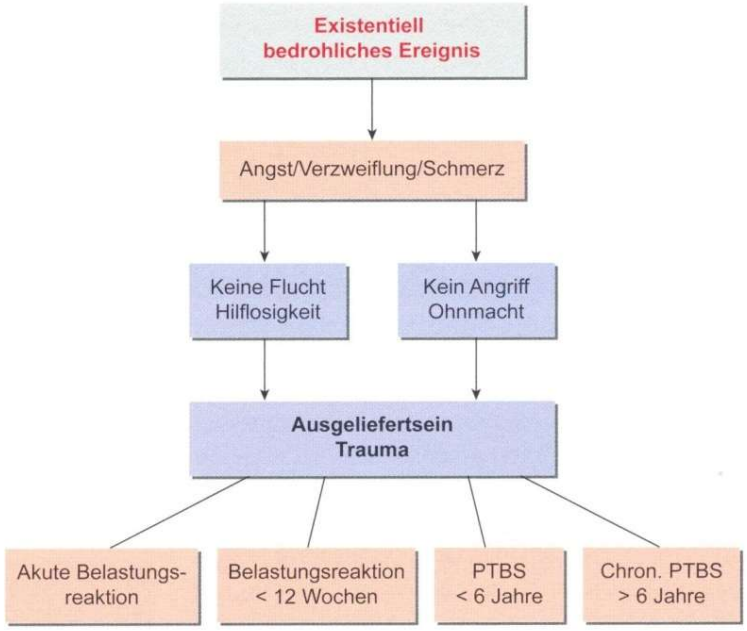
Die **akute Belastungsreaktion** (F43.0) ist eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch gesunden Menschen als Reaktion auf eine schwere seelische Belastung entwickelt und meist innerhalb von Stunden bis Tagen abklingt. Synonyme: Akute Krisenreaktion, psychischer Schock, Katastrophenreaktion, Nervenzusammenbruch.

Diagnostik: Die akute Belastungsreaktion dauert wenige Stunden und maximal 12 Wochen. Sie muss folgenden Kriterien erfüllen:

- Unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptomatik. Beginn der Reaktion innerhalb weniger Minuten nach dem Ereignis.
- Auftreten eines gemischten und gewöhnlich wechselnden Symptombildes: Nach dem Zustand des Betäubtseins werden Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Keines der Symptome ist längere Zeit vorherrschend.
- In den meisten Fällen beginnen die Symptome nach 24 – 48 Stunden wieder abzuklingen und sind gewöhnlich nach einigen Tagen verschwunden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (20) – Belastungsreaktion (F43) – Diagnostik (2)



Typischer Verlauf einer akuten Belastungsreaktion:

1. Phase	Betäubung (Schock) mit vegetativen Begleit-symptomen	Entfremdungsgefühl (Derealisation, Depersona-lisation); Bewusstseinseinengung; eingeschränkte Aufmerksamkeit; reduzierte Fähigkeit, Reize zu verarbeiten; körperliche Reaktionen (Tachykardie, Erröten, Schwitzen und Zittern, Erbrechen, Harn- und Stuhldrang).
2. Phase	Rascher Wechsel verschiedener Symptome	Antriebsminderung, Desinteresse und sozialer Rückzug oder Angst, Verzweiflung, motorische Übererregung mit verbal aggressivem Verhalten, Fluchttendenzen oder dissoziativer Stupor.
3. Phase	Nach Abklingen der akuten Symptomatik	Depressive Stimmung mit Suizidgedanken oder Suizidhandlungen. Partielle Amnesie für das traumatische Ereignis.

Ob ein Mensch ein traumatisches Ereignis verarbeiten und sich an die neue Situation anpassen kann, hängt nicht nur von der Schwere des Traumas ab, sondern auch von der **persönlichen Belastungsgrenze**. Diese wird hauptsächlich von der **biologischen Vulnerabilität**, von **biografischen Aspekten**, von der eigenen **Persönlichkeit**, von **belastenden Lebensereignissen vor dem Trauma** und vom **sozialen Umfeld** bestimmt. Bei Belastungsreaktionen ist der **emotionalen Stärke** sowie **innerpsychischen Konflikten** (z.B. Schuldgefühlen) eine besondere Bedeutung beizumessen.

Medikation: Beruhigungsmittel sollten nur nach kritischer Prüfung verabreicht werden, da sie die natürliche Verarbeitung der Belastung verhindern können.

Therapeutische Intervention: Vor allem Ersthelfer am Unfallort sind mit akuten Belastungsreaktionen konfrontiert. Sie können auf psychische Reaktionen achten und die Betroffenen vom Unfallort wegführen. **Behutsame, aber beharrliche Kontaktaufnahme** bei gleichzeitiger Abschirmung gegenüber äußeren Einflüssen („talking down“). Bei **Suizidalität** ist eine stationäre Aufnahme erforderlich.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (21a) – Belastungsreaktion (F43) – Diagnostik (3)



Kriegslazarett 1917 (Soldat mit 1.000 Yards-Blick)

Therapieplan

Frühintervention: Behutsame und konstante Kontaktaufnahme, Zuspruch, Rahmen für eine wiederholte Verbalisierung der traumatischen Erlebnisse.

Therapie mit KVT: Reizkonfrontation mit der Chance auf Neubewertung und Verarbeitung des Traumas; EMDR-Desensibilisierung.

Psychoanalyse: Reflexion der Bedeutung des Traumas für das Selbstkonzept; Bearbeitung unreifer bzw. konflikthafter Beziehungsmuster, die durch das Trauma reaktiviert wurden.

Medikation: Beruhigungs- bzw. Schlafmittel.

Die **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)** ist eine **verzögerte Reaktion auf extreme Bedrohungssituationen** (z.B. Naturkatastrophen, Kriege, schwere Unfälle, Vergewaltigungen). Oft münden diese Belastungsreaktionen in Persönlichkeitsveränderungen, Drogenkonsum sowie Suizidalität. Symptomatik: Einerseits **Reaktionen, die eine enge Nähe zu der traumatischen Situation herstellen** (z.B. Flashbacks, Albträume, Wiederaufsuchen des Unfallortes, Sammeln von Zeitungsberichten), andererseits **Versuche, eine emotionale Distanz zum Trauma herzustellen** (Abkapseln, sozialer Rückzug, Vergesslichkeit, Meidung von allem, was an das Trauma erinnert). Typische Merkmale der PTBS:

Reaktion	Symptome
Erinnerung an das Trauma	Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden inneren Bildern oder Albträumen (**Flashbacks**). Das traumatische Ereignis tritt dem Betroffenen **unausweichlich** und **unkontrollierbar** plötzlich immer wieder vor Augen und führt zu ähnlichen körperlichen und psychischen Reaktionen wie im Trauma selbst. Begleitet werden diese Erinnerungen von unangenehmen Körpersensationen (Schmerzen, Geruch am Unfallort) und vegetativen Symptomen (Zittern, Schwitzen).
Vermeidungsverhalten und eingeschränkte emotionale Erlebnisfähigkeit	Situationen, Objekte oder Personen, die an das Trauma erinnern, werden vom Patienten gemieden. Der Betroffene erlebt sich von seinem Alltag und seinen Angehörigen entfremdet; es fällt ihm schwer, Gefühle zu empfinden; emotionale Betäubung und Teilnahmslosigkeit; Grübelneigung, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe; Verlust der Lebensfreude
Erhöhte Erregung	Zustand vegetativer Übererregtheit mit hohem Grad an Wachheit (gesteigerte Vigilanz), Schreckhaftigkeit, Anspannung, Gereiztheit, Aggressivität, Schweißausbrüche, Schlafstörungen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten und dauert mindestens 1 Monat. Ätiologie wie bei Belastungsreaktionen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (21b) – Belastungsreaktion (F43) – Therapie



Tab. 8-30 Bausteine der kognitiv-behavioralen Psychotherapie bei PTBS

Intervention	Inhalt	Ziel
Psychoedukation	Informationen über Symptome, Ätiologie, Häufigkeit, Behandlungsmöglichkeiten der Störung	Entlastung, Einordnen der Symptomatik als verständliche/gut erklärbare/häufig vorkommende Reaktion auf ein schweres Trauma, Vermitteln von Hoffnung und Grundlagen der Reizkonfrontation
Selbstbeobachtung (Symptom-Tagebuch)	Erfassen von Symptomen (Flash-backs, Albträume, vegetative Erregung etc.), auslösenden Situationen bzw. Gedanken oder Körperwahrnehmungen, Reaktionen (Vermeidungsverhalten, Einnahme von Alkohol etc.) und begleitenden Emotionen und Kognitionen	Wiedergewinnen von Kontrolle durch vermehrte Einsicht in die Symptomatik, Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung; Informationsgewinn zur Vorbereitung des Konfrontationsverfahrens
Techniken zur Angstbewältigung		
Entspannungstraining	Erlernen der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson	Verringern muskulärer Anspannung und vegetativer Erregung
Stressimpfungstraining	Analyse der mit einer spezifischen Stresssituation verbundenen Probleme, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien (Entspannungsverfahren, kognitive Verfahren) und wiederholte Erprobung (Übungs- und Anwendungsphase)	Bewältigung von Stresssituationen, Abbau von Angst und vegetativer Erregung
Atemtraining	Erlernen von ruhiger Bauchatmung mit verlängerter Exspirationszeit (z. B. langsames Ausatmen auf das Wort „Ruhe")	Entspannung, Abnahme des vegetativen Arousals und der Angst, Verhindern einer Hyperventilation
Kognitive Umstrukturierung	Erfassen, Hinterfragen und Korrigieren automatischer, irrationaler Kognitionen, die sich zumeist auf Vorhersehbarkeit, Verursachung und Verantwortlichkeit für das Trauma beziehen	Abbau von Angst und unrealistisch pessimistischen Einstellungen, Wiedergewinnen von Kontrolle und Zuversicht
Training sozialer Kompetenz	(Wieder-)Erlernen angemessener sozialer Fertigkeiten (z. B. nach Vergewaltigung)	Abbau von Angst, sozialem Rückzug und Isolation, Verringerung von Vermeidungsverhalten in ungefährlichen sozialen Situationen
Reizkonfrontationstechniken		
Exposition in sensu	Wiederholtes detailliertes Schildern des traumatischen Ereignisses in der „Ich-Form" mit damit verbundenen Gefühlen, Sinneswahrnehmungen und Gedanken	Reduktion von Angst, Schmerz und Erregung bei Erinnerung an das Trauma, Wiedergewinnen von Kontrolle, Abbau von Vermeidungsverhalten
Exposition in vivo	Graduierte Exposition: eigenständiges oder begleitetes Aufsuchen Angst auslösender Situationen (z. B. Ort des Traumas)	Abbau von Vermeidungsverhalten in ungefährlichen Situationen, Reduktion von Angst und anderen emotionalen Reaktionen, Wiedergewinnen von Kontrolle

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (22a) – Anpassungsstörung (F43.2)



Psychotherapie: Ambulante Krisenintervention zur emotionalen Entlastung. Ängste, Sorgen und Schuldgefühle sollen durch die Aussprache gemindert werden. Dem Patienten sollen Wege aufgezeigt werden, wie er mit der belastenden Situation besser umgehen kann. Stationäre Unterbringung bei Suizidalität.

Medikation: Beruhigungs- und Schlafmittel werden zunehmend häufiger gegeben.

Anpassungsstörungen gehen mit einem **gestörten Anpassungsprozess nach einschneidenden Lebensereignissen** einher. Auslöser sind akute oder länger dauernde Belastungen, die eine Änderung des sozialen Umfelds oder der bisherigen Lebensführung bewirken (z.B. körperliche Erkrankung, Schulprobleme, Trennung vom Partner, Arbeitsplatzwechsel, Umzug in eine andere Stadt).

Im Gegensatz zu PTBS gelten die Auslöser der Anpassungsstörung als weniger extrem und für sich genommen weniger traumatisierend. Die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Auslösern sind jedoch fließend. Entscheidend ist die **persönliche Disposition**, wie jemand auf äußere Faktoren reagiert.

I.d.R. kommt es innerhalb eines Monats nach dem Lebensereignis zur depressiven Stimmung, Angst und Besorgnis. In der Regel dauern Anpassungsstörungen nicht länger als **6 Monate**. Eine Ausnahme bildet die bis zu 2 Jahre dauernde „längere depressive Reaktion“ (F43.21). **Synonym:** Abnorme Trauerreaktion, Kulturschock.

Symptome: Depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, subjektiver Verlust der Selbstbestimmtheit („ich komme nicht zu meinem Recht“), bei Jugendlichen **aggressives oder antisoziales Verhalten**, bei Kleinkindern **Bettnässen, Daumenlutschen, Babysprache** als Zeichen der Regression, **Gefühle der Überforderung und Hilflosigkeit**, Suizidgedanken, Suizidversuche, vegetative Begleiterscheinungen (Herzrasen, muskuläre Anspannung, Druckgefühl, Schlafstörungen). Die Symptome bilden sich i.d.R. nach 6 Monaten zurück.

In Einzelfällen führt eine Anpassungsstörung auch zu einem dauerhaften Erregungszustand.

Der Begriff **Burnout-Syndrom** fasst verschiedene körperliche und psychische Symptome zusammen, die sich aus einer Erschöpfungsreaktion durch starke Beanspruchung am Arbeitsplatz oder durch chronische Belastungen ergeben. Es handelt sich nicht um eine Krankheitsentität wie z.B. Depression, er umfasst normale Reaktionen bis hin zu Anpassungsstörungen oder depressiven Störungen.

DD: PTBS, Angststörung, Dysthymia, depressive Episode, Depression. Patienten mit Trennungsängsten reagieren häufig mit depressiven Verstimmungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (22b) – Anpassungsstörung (F43.2)



Phasen normaler Trauer	pathologische Reaktionen
Ereignis: Tod der nahestehenden Person	
aufbrechende Emotionen: • Angst, Traurigkeit, Wut	• Panik, • Dissoziation, • Erschöpfung, • Aggressivität
Verleugnung: • Nicht-wahrhaben-Wollen des Todes	• extremes Vermeidungsverhalten, • Drogen-/Alkoholmissbrauch, • übertriebene Geschäftigkeit
Ungewolltes Wiedererinnern: • des Sterbevorgangs, • negativer Beziehungserlebnisse mit dem Verstorbenen	• Intrusionen, • Überflutung mit negativen Gefühlen und Bildern, • Albträume
Durcharbeiten: • Konfrontation mit der Realität, • (bewusstes) Erinnern an den Verstorbenen • Abschied nehmen, • sich trennen	• psychophysiologische Beschwerden (Schmerzen, Schlafstörungen), • depressive Syndrome, • Angststörungen, • Arbeitsstörungen, • Verlust von Kreativität und von positiven Emotionen
Beendigung: • neuer Selbst- und Weltbezug, • Wiedergewinnen von Zuversicht, • Wiedergewinnen der Fähigkeit, positive Emotionen zu erleben	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (23) – Dissoziative Störungen (F44) – Definition



Über Jahrhunderte war die **Hysterie** (*griech. hystera:* Gebärmutter) die Bezeichnung für Erkrankungen, die mit **unverständlichen und wechselnden Symptomen** einhergingen und nur Frauen betrafen. Man ging davon aus, dass die Symptome durch das „Umherschweifen" der Gebärmutter verursacht wurden. Unter dem Begriff der Hysterie versammelten sich aus heutiger Sicht Störungen aus dem Spektrum der **dissoziativen**, der **somatoformen** und der **psychosomatischen** Störungen.

Charcot beschäftigte sich im 19. Jahrhundert intensiv mit der Hysterie und kam zu dem Schluss, dass bei den Erkrankungen bestimmte **Erlebnisinhalte vom Bewusstsein abgekoppelt** wurden. **Freud** griff die These auf und stellte fest, dass viele Frauen vor Ausbruch der Hysterie **belastende Situationen durchlebt** hatten oder bereits **in der Kindheit traumatisiert** wurden. Er schloss daraus, dass die als unerträglich empfundenen Erfahrungen das Bewusstsein veränderten und zur Entwicklung der Symptome führten. Diese Entkoppelung von seelischem Erleben nannte er **doppeltes Bewusstsein**. **Janet** führte den Begriff der **Dissoziation** ein.

Konversion bezeichnet die **Umwandlung eines seelischen Konflikts in ein körperliches Symptom ohne erkennbare organische Ursache**. Eine Störung mit vielgestaltigen Symptomen, bei der die Konversion im Vordergrund steht, heißt dissoziative Störung oder Konversionsstörung (F44). Konversionsstörungen äußern sich in körperlichen und neurologischen Beschwerden, ohne dass eine organische Ursache nachweisbar ist. Bestimmte Körperwahrnehmungen, Bewegungen und Gedächtnisinhalte werden vom normalen Erleben abgespalten. Sie können nicht bewusst in aktuelle Erfahrungen integriert werden.

Der Beginn der Symptomatik steht mit einem **auslösenden Ereignis** (z.B. Missbrauch, chronische Beziehungsprobleme, Belastungen am Arbeitsplatz) in Beziehung. Das körperliche Symptom hat **Symbolcharakter**. Der Ort und der Zeitpunkt der Symptombildung lassen sich oft psychologisch erklären. Obwohl der Zusammenhang zwischen dem Auslöser und dem Leiden erkennbar ist, wird er vom Betroffenen meist nicht wahrgenommen und kann ihm oft erst durch eine therapeutische Intervention bewusst gemacht werden. In der subjektive Vorstellung des Betroffenen stehen sie stattdessen für eine körperliche Erkrankung.

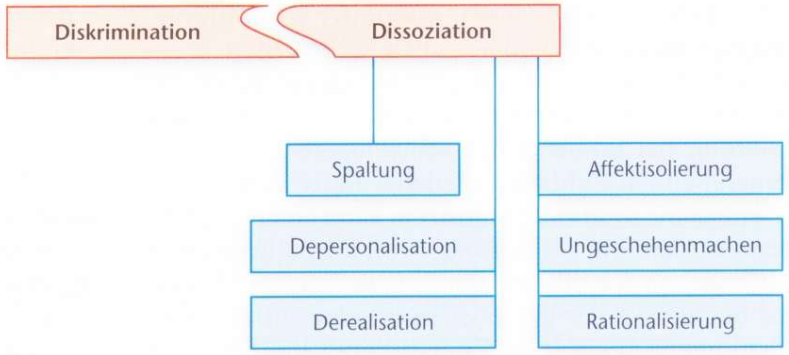
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (23) – Dissoziative Störungen (F44) – Symptome

ICD-10	Störung	Symptome
F44.0	Dissoziative Amnesie	Erinnerungslücke für zurückliegende traumatische Ereignisse (Unfall, Vergewaltigung, Trauerfall, Kündigung)
F44.1	Dissoziative Fugue	Abruptes Fortlaufen von Zuhause oder dem Arbeitsplatz bei nach außen geordnetem Verhalten; Betroffener bricht Kontakt für die Dauer von mehreren Tagen mit seinem sozialen Umfeld ab, reist an Orte von emotionaler Bedeutung und nimmt dort eine neue Identität an; für die Dauer der Fugue besteht fast immer eine (partielle) Amnesie
F44.2	Dissoziativer Stupor	Bewegungsloses Verharren im Anschluss an ein traumatisierendes Ereignis
F44.3	Trance oder Zustand der Besessenheit	Bewusstseinsveränderung, Einschränkung der Wahrnehmung der Umgebung und zeitweiliger Verlust des Gefühls für die eigene Identität, Gefühl der Fremdbeeinflussung
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörung	Bewegungsstörung, die neurologische Erkrankungen imitiert (z.B. Lähmung, Körperschwäche, Gangstörung)
F44.5	Dissoziativer Krampfanfall	Pseudoepilepsie: Keine Bewusstlosigkeit während des Anfalls, kein Einnässen oder Einkoten, kein Zungenbiss, kein Sauerstoffmangel, keine Sturzverletzungen
F44.6	Dissoziative Wahrnehmungs- und Empfindungsstörung	Taubheit, Blindheit, Sensibilitätsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt	
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen	Ganser-Syndrom (F44.80): Nicht organisch bedingte Verwirrtheit mit „Vorbeiantworten“; Dissoziative Identitätsstörung (Multiple Persönlichkeit) (F44.81): Erleben von zwei oder mehr unterschiedlichen Persönlichkeitszuständen. Jeder Persönlichkeitszustand hat sein eigenes Muster des Wahrnehmens, Erlebens und Denkens. Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert im täglichen Leben. Die anderen Zustände übernehmen nur gelegentlich die exekutive Kontrolle über das Wahrnehmen, Erleben und Denken.
F44.9	Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (24) – Dissoziative Störungen (F44) – Diagnostik



Therapieempfehlungen: Frühzeitiger Beziehungsaufbau, wertschätzende Grundhaltung, Symptome ernst nehmen, über das Vulnerabilitäts-Stress-Modell als allgemeines Gesundheitsmodell informieren. Traumatherapeutische Interventionen aus SE® oder SOMA® nutzen.

Das allgemeine Kennzeichen einer Konversionsstörung ist der Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Empfindungen sowie der Kontrolle der Körperbewegungen. ICD-10 unterscheidet dissoziative Störungen auf der **psychischen** Ebene (**Bewusstseinsstörungen**) von denen der **motorischen und sensiblen** Ebene (**Konversionsstörungen**).

DD: Organische Erkrankungen (z.B. MS, PNP), Persönlichkeitsstörung (histrionisch; Borderline; ohne körperliche Funktionsstörungen), Rauschmittelintoxikation / Delir, Dämmerzustand bei hirnorganischer Erkrankung, akute BS / PTBS.

Dissoziative Störungen werden als **psychogen** angesehen. Es gibt **kein organisches Korrelat** für die Symptome. Entscheidend ist darum die körperliche Abklärung. **Eine dissoziative Störung ist immer eine Ausschlussdiagnose**.

Angaben zur Häufigkeit der dissoziativen Störungen schwanken stark. Eine Lebenszeitprävalenz von **1-5%** wird diskutiert. Frauen sind häufiger betroffen. Hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen. Dissoziative Störungen beginnen oft abrupt und bilden sich spontan zurück.

Ätiologie entsprechend dem **Vulnerabilitäts-Stress-Modell**: Treffen Stressfaktoren auf einen Mensch mit erhöhter Vulnerabilität, kommt es zur Dissoziation. Der Betroffene reagiert auf eine für ihn unerträgliche Situation mit der **Abkoppelung der Gefühls- und Erlebniswelt aus seinem Bewusstsein und Gedächtnis**. Kurzfristig führt dies zur Entlastung und zur Verringerung von Leid und Schmerzen (**primärer Krankheitsgewinn**). Diese als positiv erlebte Konsequenz bewirkt, dass der Betroffene zukünftig auch in weniger belastenden Situationen mit einer Dissoziation reagiert (**operante Konditionierung**). Die Dissoziation verselbständigt sich und generalisiert. Zuwendung anderer Personen und die Entlastung von Verpflichtungen (z.B. Krankschreibung) bieten **sekundären Krankheitsgewinn**.

Psychodynamisch: Dissoziation als Abwehrmechanismus (Grafik). Traumata und Triebimpulse werden durch Abspaltung aus der Wahrnehmung und dem Gedächtnis neutralisiert. Sie werden in funktionelle / körperliche Störungen umgewandelt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (25) – Somatoforme Störungen (F45) – Diagnostik



Im ICD-11 entfällt die Differenzierung nach den Unterformen F45.0 bis F45.5

Stattdessen gibt es eine Kennzeichnung nach Schweregrad (leicht – mittelgradig – schwer)

Die Hypochondrie und die Dysmorphophobie finden sich im ICD-11 unter den Zwangsspektrumstörungen (siehe Kapitel F4) wieder

Somatisierungsstörung (F45.0) – häufig

Häufig wechselnde körperliche Symptome, die über einen längeren Zeitraum bestehen und jedes Körperteil bzw. Organ betreffen können. DD: Fibromyalgie, Borreliose.

Symptome: 90% Rücken- und Gelenkschmerzen, 84% Müdigkeit, 80% Bauchschmerzen, 80% Kopfschmerzen, 72% Brustschmerzen, 60% Verdauungsbeschwerden.

Mehrfache Konsultation von medizinischen Einrichtungen, häufig Selbstmedikation. Keine nachweisbaren organischen Befunde, welche die Beschwerden erklären könnten, ergebnislose Operationen. Die Symptome gehen oft mit **lang anhaltenden Konflikten / Belastungen** einher.

ICD-10: Mindestens 2 Jahre anhaltende, multiple körperliche Beschwerden, für die sich keine ausreichende organische Erklärung finden lässt. **Hartnäckige Weigerung, eine psychische Genese zu akzeptieren**. Familiäre und berufliche Beeinträchtigung, sozialer Rückzug.

Hypochondrische Störung (F45.2) – seltener

Charakteristisch ist die **anhaltende Angst, an einer schweren körperlichen Erkrankung** wie Krebs oder AIDS **zu leiden**. Diese Überzeugung wird aus vermeintlichen oder tatsächlichen **vegetativen Störungen** hergeleitet. Die Betroffenen lassen sich durch unauffällige körperliche Befunde nicht oder nur kurzzeitig beruhigen. Die übermäßige Beschäftigung mit der fraglichen Krankheit führt zu Beziehungsproblemen. **Charakter meist ängstlich-depressiv**. DD: Bei der Konversionsstörung ist der **Charakter oft demonstrativ-theatralisch** (z.B. Lähmungen).

Symptome: Krankheitsfurcht und allgemeines Klagen, ängstliche Selbstbeobachtung aufgrund der Befürchtung, erkrankt zu sein, **Fehldeutung harmloser Befindlichkeits- und Funktionsstörungen**, **Verlust der Unbefangenheit gegenüber der Robustheit des Organismus**, multiple Beschwerden. Die Symptomatik muss vor Diagnosestellung mindestens 6 Monate bestanden haben.

Die **Dysmorphophobie** (Furcht, körperlich entstellt zu sein; z.B. Nasenform, übermäßige Falten, Ohrenform) wird der Hypochondrie zugerechnet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (26) – Somatoforme Störungen (F45) – Diagnostik

Allgemeine Therapieempfehlungen für somatoforme Störungen:

- Frühzeitiger Beziehungsaufbau
- Wertschätzende Grundhaltung
- Symptome ernst nehmen
- Betroffene nicht zu früh mit einem „psychogenem“ Krankheitskonzept konfrontieren
- Motivationsaufbau für Psychotherapie
- Körperliches Training, Genusstraining und kreative Therapien lenken den Fokus auf positive Lebensinhalte
- Unnötige Organuntersuchungen und Krankenhausaufenthalte vermeiden
- Informieren über Krankheit auslösende, bedingende und aufrechterhaltende Faktoren
- Funktionalität der somatoformen Störung (sekundärer Krankheits-gewinn) beachten.

Somatoforme autonome Funktionsstörung (psychovegetatives Syndrom, vegetative Dystonie) (F45.3) – häufig

Im Vordergrund der Beschwerden steht eine **erhöhte vegetative Erregung ohne nachweisbaren körperlichen Befund**. Organe oder Systeme, die **ausschließlich vegetativ innerviert** sind, werden vom Betroffenen als Krankheitsursache vermutet. DD: Fibromyalgie. Merkmale:

- **Vegetative Erregung**, die vom Patienten beharrlich einer Erkrankung in einem der folgenden Organsysteme zugeordnet wird: **Kardiovaskulär** (z.B. Herzphobie / -neurose), **respiratorisch** (z.B. Hyperventilation), **gastrointestinal** (z.B. Colon irritabile), **urogenital** (z.B. Reizblase).
- Weitere hartnäckige und störende vegetative Symptome (z.B. Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Druckgefühl im Bauchraum)
- **Intensive und quälende Beschäftigung mit der Möglichkeit einer ernsthaften Erkrankung eines Organsystems** (DD: der Hypochonder hat eine klare Vorstellung von der Art seiner Erkrankung)
- Kein Nachweis einer eindeutigen somatischen Erkrankung, welche die vegetativen Symptome erklärt.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) – häufig

Mindestens 6 Monate dauernde schwere, oft quälende **Schmerzen ohne ausreichenden organischen Befund**. **Schmerzintensität und -lokalisation wechseln** häufig. Der Schmerz tritt in Verbindung mit schweren emotionalen / psychosozialen Konflikten auf. Beträchtliche persönliche und medizinische Zuwendung.

Epidemiologie der somatoformen Störungen (gesamt F45)

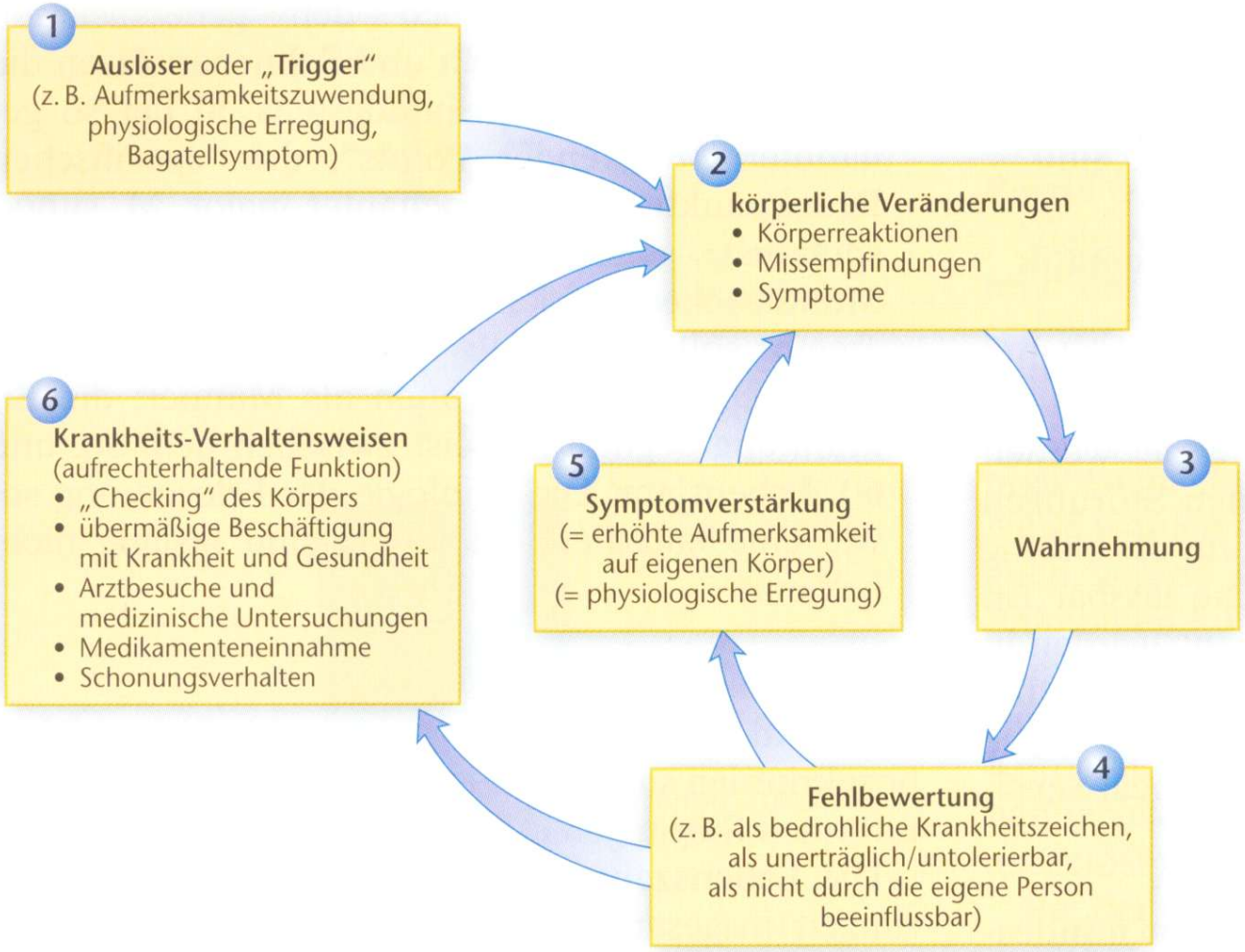
Lebenszeitprävalenz: 13%, Frauen erkranken häufiger als Männer (Ausnahme: Herzneurose). Somatisierungsstörungen beginnen meist während der Pubertät und manifestieren sich im 3. Lebensjahrzehnt. Die somatoforme Schmerzstörung tritt mit 40 – 50 Jahren auf.

Komorbidität: Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeits-, Abhängigkeitsstörungen.

Ätiologie: Zusammenwirken psychologischer (selbstunsicher, ängstlich) und biologischer Faktoren (familiäre Neigung) in Verbindung mit Konflikten, Traumata, Missbrauch.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (27) – Somatoforme Störungen (F45) – Genese



Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen. Quelle:
Klaus Lieb (Hrsg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (10. Aufl.), Verlag Elsevier, S.354.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurotische Störungen (28) – Neurasthenie



Hauptsymptom der **Neurasthenie** (Nervenschwäche) ist die **Erschöpfung und Ermüdung**, die entweder durch eine **zu geringe Belastbarkeit** durch äußere Reize und Anstrengungen oder auch durch **zu geringe oder zu monotone Reize** selbst verursacht sein kann. Neben **Ermüdung**, **Ängstlichkeit**, **Kopfschmerzen**, **Impotenz** bei Männern und **Frigidität** bei Frauen, **Neuralgie**, **Konzentrationsstörungen**, **Freudlosigkeit** und **Melancholie** sind daher auch Unfähigkeit zu entspannen, Spannungskopfschmerz und erhöhte Reizbarkeit zu nennen. Die Symptomatik ist als variabel zu bezeichnen. Es besteht eine kulturelle und gesellschaftliche Eigenart von Symptomen.

Neurasthenie gehörte im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert zu den **Modekrankheiten** einer gehobenen Gesellschaftsschicht. Eine Abwechslung verheißende und anregende Behandlung im Kurverfahren erfolgte nach den Prinzipien des **Brownianismus** (Ausgleich zu schwacher bzw. zu starker Erregung). Sie wurde von den Betroffenen vielfach als Angelegenheit **vitalisierender**, **rein äußerlicher Anwendungen** und Therapieverfahren und nicht als einer persönlichen, inneren Veränderung angesehen. Damit war die Beliebtheit der sich rasch verbreitenden Bezeichnung vorgegeben.

Durch die dynamische Sichtweise der Krankheit unterschied sich die Neurasthenie von irreversiblen, durch körperliche Entartung und Endogenität bedingten seelischen Störungen (z.B. endogenen Psychose). **Eigene psychische Beteiligung** wurde somit durch die Betonung des organischen Aspekts der Nervenschwäche als Folge von Erschöpfung **ausgeschlossen**.

Wolfgang Seidel schrieb 2011 im Vorwort zu seinem Burnout-Buch: „Die Neurasthenie galt schon vor 100 Jahren als typische Lehrererkrankung. Sie hatte keinen sonderlich guten Ruf, sondern war eher ein Tabuthema. Kaum einer wird behauptet haben, dass er gerne darunter leide. Das ist ganz anders beim **Burnout**, der seit etwa 40 Jahren zunehmend häufig diagnostiziert und diskutiert wird. Beim Burnout wird den **äußeren Umständen**, also besonders den Arbeitsbedingungen ein wesentlicher Anteil am Entstehen zugesprochen. Das löst bei den Menschen Mitleid und Hilfsangebote aus ...“.

DD: Fibromyalgie **MG30.0**: Faser-Muskel-Schmerz; chron. Schmerzen in mehreren Körperregionen, Schlafstörungen, Erschöpfung, Muskelsteifigkeit, Überempfindlichkeit für Schmerzreize; kein Rheuma.
DD: Postvirales Chronique-Fatigue-Syndrom (CFS) **8E49**: Schnelle Erschöpfbarkeit, lange Erholungsphasen nach körperlichen, mentalen oder psychosoz. Belastungen, häufig nach COVID-19-Infektion.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Begriffe



Der Begriff **psychosomatisch** wurde erstmals 1818 von **Christian August Heinroth** erwähnt. Er beschreibt die komplexen Einwirkungen seelischer Einflüsse („ich bin erschöpft“) auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen („mein Herz schlägt unruhig“).

Nach **Franz Alexander** (1950) sind Organveränderungen durch spezifische psychische Vorgänge bedingt. Psychosomatosen sind **somatische Reaktionen auf erlebte Konflikte oder eine psychische Dauerspannung**. Der Patient leidet in erster Linie körperlich.

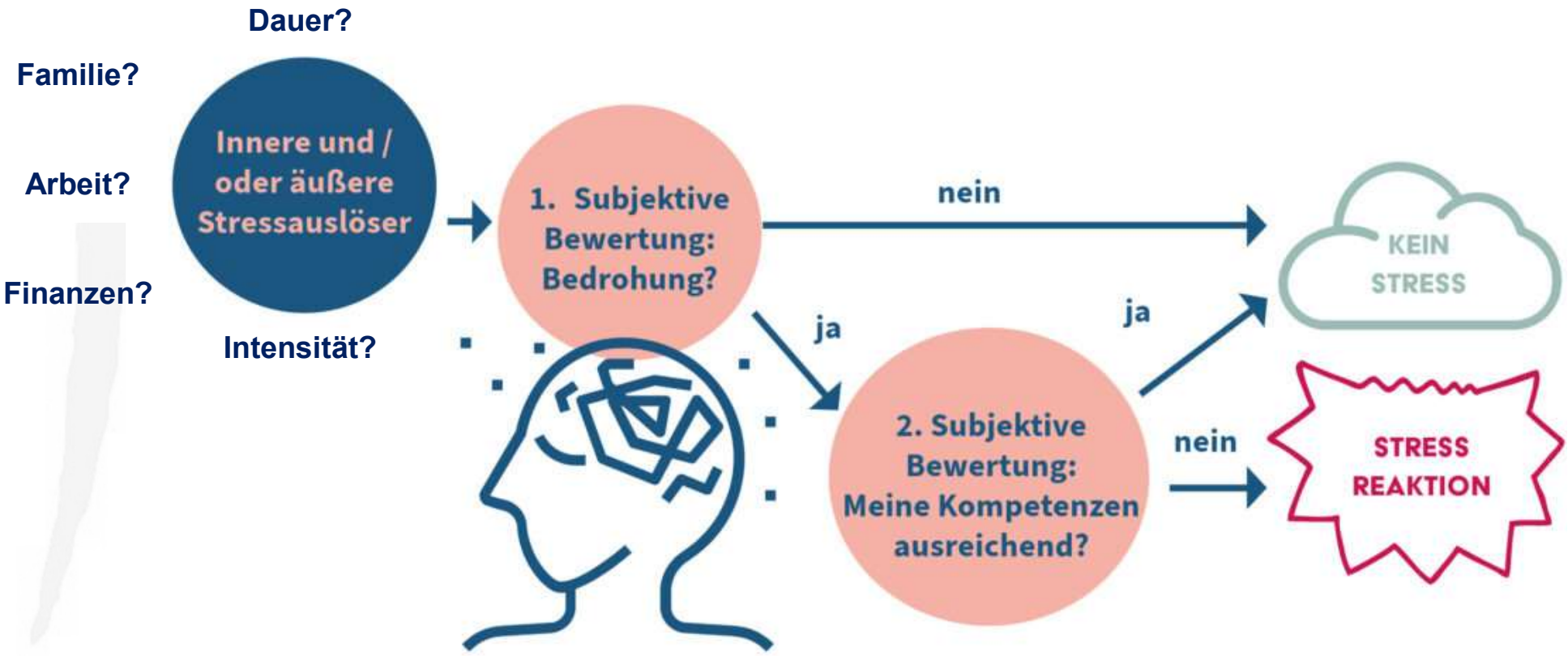
Heutzutage bezeichnet der Begriff **Psychosomatik** die Lehre von den Wechselwirkungen zwischen Körper, Seele und sozialer Umwelt, die bei der **Entstehung**, der **Entwicklung**, der **Behandlung** und **Genesung** (von) einer Krankheit von Bedeutung sind. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt der psychosomatischen Medizin.

Damit erweitert sich der Kreis der zu beachtenden Störungen von den rein **psychogenen Krankheiten** (z.B. Angststörungen, Essstörungen) über die **klassischen Psychosomatosen** („Holy Seven“) bis hin zu den **Folgeerscheinungen** schwerer und chronischer **körperlicher Erkrankungen** (z.B. Tumoren, MS). Zu den „Holy Seven“ zählte Alexander die Hyperthyreose, die essenzielle Hypertonie, das Asthma bronchiale, die Neurodermitis, die rheumatoide Arthritis, den Ulcus duodeni (am Zwölffingerdarm) bzw. ventriculi (am Magen) und die Colitis ulcerosa.

Die Psychosomatik wird als Ganzes nicht in der ICD-10 repräsentiert, sondern die einzelnen Erkrankungen werden nach internistischen, neurologischen oder psychiatrischen Gesichtspunkten erfasst und dementsprechend codiert. Einzelne Störungen finden sich im Abschnitt **„Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“** der ICD-10, die klassischen Psychosomatosen werden nachfolgend vorgestellt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Einflussfaktoren



Transaktionales Stressmodell nach Richard S. Lazarus & Susan Folkman (1984): Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Co.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Einflussfaktoren



Das Lazarus-Stressmodell zeigt Stressreaktionen als Ergebnis individueller Bewertungsprozesse und fokussiert auf die Bewältigung mittels unterschiedlicher Copingstrategien.

Bewertungsprozesse

Prüfen der Stresssituation

Problemorientierte Strategien

Situation direkt angehen

Emotionsorientierte Strategien

Gefühle bewältigen



Neubewertung

Anpassung an Situation

Quelle: https://www.acquisa.de/magazin/lazarus-stressmodell

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

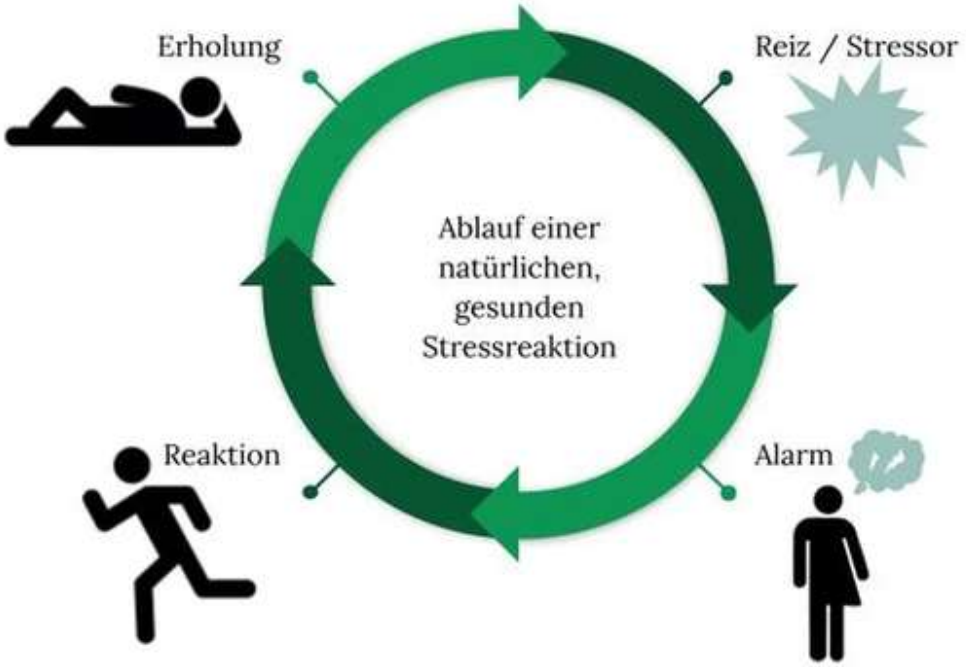
Psychosomatik (0) – Einflussfaktoren

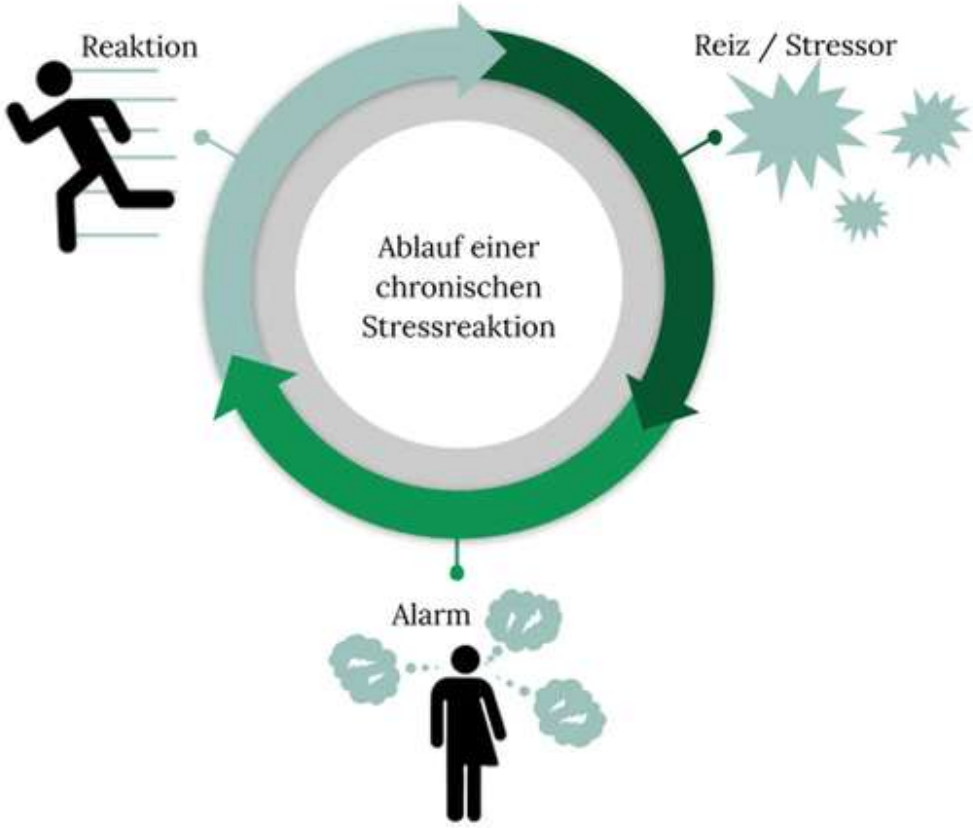


Quelle: https://victoria-hirsch.de/glossar-stressessen/

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Einflussfaktoren

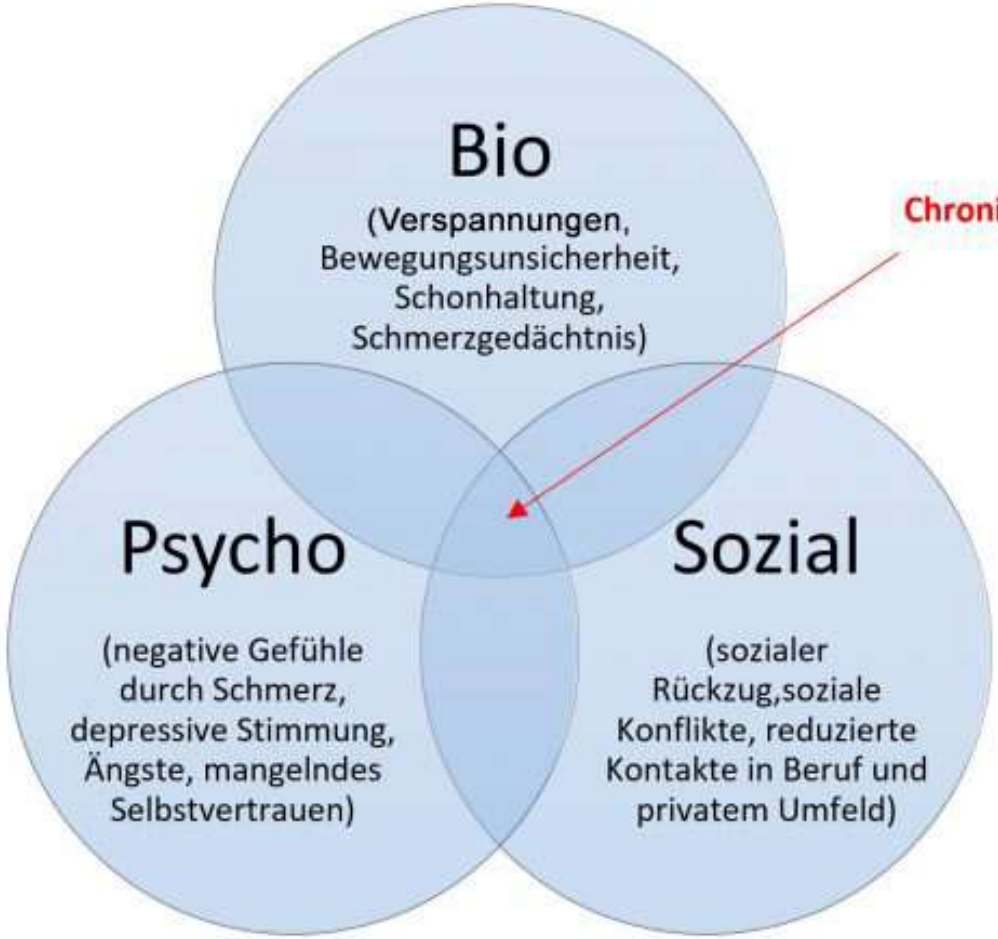




Quelle: https://www.7mind.de/magazin/stress-verstehen-stressreaktion-psychologie-achtsamkeit

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Einflussfaktoren



Individuelle Einflussfaktoren:

- ✓ Genetische Faktoren
- ✓ Epigenetische Faktoren: Anheften von Methylgruppen (-CH_3) an die DNA u.a.
- ✓ Körperliche Belastungen / Umweltgifte
- ✓ Stress und traumatische Erfahrungen (insb. kritische Lebensereignisse)
- ✓ Sport und Bewegung (Cardiotraining vs. Krafttraining)
- ✓ Gesunde Ernährung
- ✓ Soziale Kontakte und Erfahrungen
- ✓ Guter, ausreichender Schlaf
- ✓ Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen, Zucker und Übergewicht

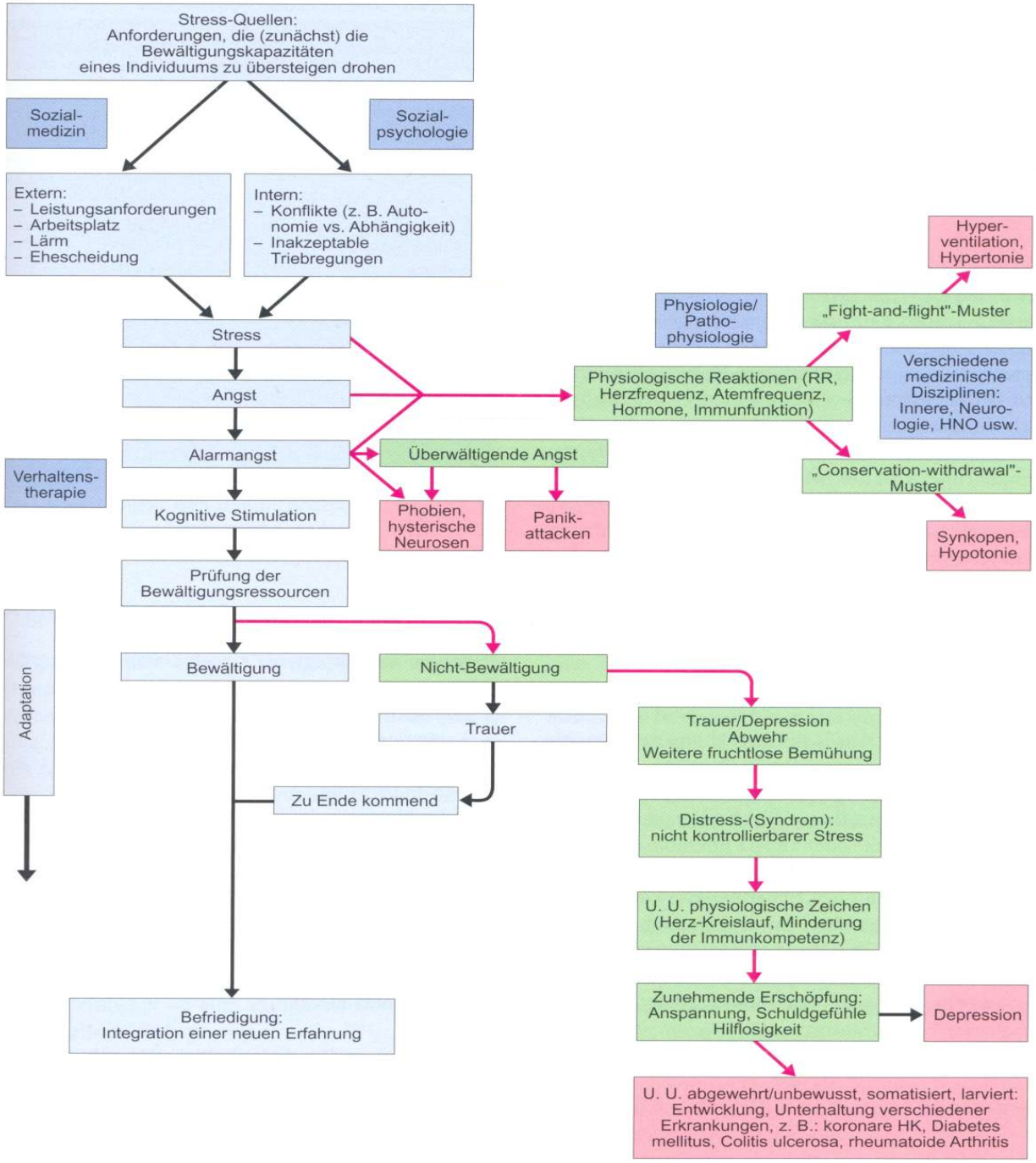
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (0) – Stresserzeugende Arbeitsplatzfaktoren

- ✓ Zu hohe Anforderungen bei der Arbeit: Arbeitsaufgabe, Überstunden, Übernahme von Verantwortung
- ✓ Zu wenig Kontrolle bei der Arbeit: Handlungsspielraum, Gestaltungsmöglichkeiten, Einsatz persönlicher Fähigkeiten
- ✓ Zu wenig Belohnung durch die Arbeit und am Arbeitsplatz: Bezahlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit
- ✓ Zu wenig soziale Unterstützung am Arbeitsplatz: Rückhalt durch Mitarbeitende, Führungsverhalten der Vorgesetzten, Mobbing
- ✓ Ungerechte Behandlung am Arbeitsplatz: Fairness am Arbeitsplatz
- ✓ Wertekonflikte durch die Arbeitsaufgabe: Ethische Standards, Work-Life-Balance, Auftreten gegenüber Kunden / Patienten, Zusammenarbeit
- ✓ Illegitime Aufgaben: Aufgaben, die von einer Person als vermeidbar, unnötig und unzumutbar (der beruflichen Kernrolle nicht entsprechend) empfunden werden
- ✓ Persönlichkeitseigenschaften: Übersteigerte Verausgabungsbereitschaft (Overcommitment), Perfektionismus, Narzissmus, Neurotizismus.

Roland von Känel (2016): Was der Klinikarzt vom Burnout-Syndrom wissen sollte. Klinikarzt 45: 26-32

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (1) – Hyperthyreose



Psychosomatischer Erklärungsansatz: Die Hyperthyreose entsteht bei einem ständigen inneren Drang, Leistung erbringen zu müssen. Biographisch lassen sich häufiger Lebens-situationen finden, in denen die Patienten schon in jungen Jahren Verantwortung übernehmen mussten. Der Einfluss psychischer Faktoren gilt als nicht hinreichend erforscht.

Behandlung: Medikamente, Operation, Radiojodtherapie.

Hyperthyreose: Überversorgung des Körpers mit den Schilddrüsenhormonen **Trijodthyronin** T_3 und **Tetrajodthyronin** T_4. Die Schilddrüse produziert mehr Hormone als vom Körper benötigt werden.

Regelkreis: In Lebenslagen, die vom Organismus besondere Leistungen verlangen, nimmt die Hormonsekretion der Schilddrüse zu. Mit Hilfe der Schilddrüsensekretion steigert oder senkt der Organismus seine **Gesamtvitalität** (grundlegend und langfristig). Schilddrüsen-hormone beschleunigen Herzschlag, Blutkreislauf, Atmung, Darmresorption, Gasaustausch und **Grundumsatz** (Verbrennung von Kohlehydraten, Fetten und Eiweißen). Sie erhöhen die Körpertemperatur, steigern die Nervenleitgeschwindigkeit, die neuromuskuläre Erregbarkeit, beschleunigen Reflexe, steigern Mobilität, Gedankenfluss und Aufmerksamkeit. Gesteigerte Empfindlichkeit des Körpers gegenüber den Stresshormonen (Nor-)Adrenalin. Ursachen:

(1) Vorübergehende Überfunktion bei Entzündung der Schilddrüse (Thyreoiditis), exogener Hormonzufuhr oder Störung des Schilddrüsenregelkreises (TSH-Erhöhung).

(2) Morbus Basedow: Der Amtsarzt der Stadt Merseburg, Karl von Basedow, beschrieb 1840 erstmals die nach ihm benannte Erkrankung. Als **Merseburger Trias** gelten das Hervortreten des Augapfels, eine vergrößerte Schilddrüse sowie Herzrasen. Morbus Basedow ist eine **Autoimmunerkrankung**, die sich gegen körpereigenes Gewebe (Schilddrüsengewebe) richtet. Ursachen: Genetische Disposition, Virusinfektionen und äußere Faktoren. TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) finden sich bei 80% der Basedow-Patienten.

(3) Autonomes Schilddrüsenadenom: Abkoppelung der bedarfsgerechten Hormon-produktion von der Kontrolle durch die übergeordneten Zentren (Hypothalamus, Hypophyse) und deren Hormonen. Die Ausschüttung von TRH (Thyreotropin-Releasing-Hormon) im Hypothalamus stimuliert die Ausschüttung von TSH (Thyreoidea-stimulierendes Hormon) in der Hypophyse. TSH regt daraufhin die Schilddrüse zur Hormonbildung an. Bei einer Abkoppelung der bedarfsgerechten Hormonproduktion wird mehr T_3 und T_4 produziert, als TRH und TSH anregen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (2) – Essentielle Hypertonie



Behandlung:
Blutdrucksenkende Medikamente, begleitende Entspannungsverfahren, Psychotherapie zur Bewusstmachung und Abwahl der psychischen Antreiber, Akupunktur / Akupressur (Le2, Le3).

Bei 90% der Patienten, die unter Bluthochdruck leiden, kann der Arzt **keine körperliche Erkrankung** (z.B. Niereninsuffizienz, Hyperthyreose, Arteriosklerose) feststellen, die als Ursache für den Hypertonus in Frage kommt. Diese Art des Bluthochdrucks heißt essentielle oder primäre Hypertonie.

Hypertonie gilt als „silent killer“. Die Hypertonie ist lange beschwerdefrei. Symptome treten oft erst in Erscheinung, wenn schon Schäden an Herz, Nieren, Gefäßen oder dem Gehirn aufgetreten sind. Frühe Symptome sind (morgendliche) **Kopfschmerzen**, **Angina pectoris** (unklarer Brustschmerz), (nächtliche) **Dyspnoe** (Atemnot), **Schwindelgefühl**, **Ohrensausen**, **Nasenbluten**.

Richtwerte (RR):	Systolisch (mm Hg)	Diastolisch (mm Hg)
Normaler Blutdruck	120 – 129	80 – 84
Hoch-normaler Blutdruck	130 – 139	85 – 89
Milde Hypertonie (Stufe 1)	140 – 159	90 – 99
Mittlere Hypertonie (Stufe 2)	160 – 179	100 – 109
Schwere Hypertonie (Stufe 3)	ab 180	ab 110
Isolierte systolische Hypertonie	ab 140	unter 90

Psychosomatischer Erklärungsansatz: F. Alexander fand bei Hypertonikern als gemeinsames Charakteristikum die **Unfähigkeit, ihre aggressiven Impulse zum Ausdruck zu bringen**. Die Patienten fürchten, die Zuneigung anderer zu verlieren, wenn sie ihre feindseligen Gefühle nicht kontrollieren können. Die Patienten sind **überangepasst**, beruflich und privat oft der „Lastesel“. Die Unterdrückung von Ärger und Wut ist von einem **chronischen Sympathikotonus** begleitet, der sich in einen stabilen Hypertonus verwandeln kann. Grace & Graham fanden heraus, dass Hypertoniker in **dauerhafter Erwartungsanspannung** („ständig passiert etwas“) leben.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (3) – Asthma bronchiale

Asthma betrifft alle Altersgruppen, Kinder unter 10 Jahren (insb. Jungen) sind mit 15% besonders stark vertreten. Asthma = häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Bei erwachsenen Asthmakranken sind Frauen in der Überzahl. Je später das erstmalige Auftreten ist, desto wahrscheinlicher ist eine allergische Komponente im Krankheitsgeschehen.

Behandlung: Asthmaspray für, Notfälle, begleitende Entspannungsverfahren, Lippenbremse, Papworth; Psychotherapie zur Gewinnung von Erkenntnissen über die der Erkrankung zugrunde liegenden Konflikte (Nähe-Distanz-Konflikt: Wunsch nach / Angst vor Nähe; überfürsorgliche und Sport versagende Mutter (Psychoanalyse); operante Konditionierung von Asthma-Anfällen bei Infekten); Lungenkraut (Kieselsäure festigt das Lungengewebe und fördert Widerstandsfähigkeit), Thymian, Salbei, Fenchel, Königskerze.

Asthma (*griech.* Atemnot): Anfallsweise auftretende Atemnot durch akute Verengung des Bronchialsystems aufgrund einer **Hyperreaktion der tieferen Atemwege** (Bronchiolen, Alveolen) **auf äußere Reize** (z.B. kalte Luft, Allergene). Geschehen (3S): **Spasmus** der Bronchiolen, Absonderung von zähem, glasigem **Schleim** und **Schwellung** der Bronchialschleimhaut (Histaminausschüttung > Gefäßdurchlässigkeit erhöht > Ödembildung).

Symptome: **Dyspnoe** (exspiratorischer Stridor mit verlängerter Ausatmungszeit); **Zyanose**; **Hals- und Zungenvenen prall gefüllt**; erhöhter Sympathikotonus; Haut feucht und kaltschweißig; (nächtliche) Hustenattacken enden meist mit Abhusten von zähem und glasigem Schleim; **Überblähung der Lunge** (hochgezogene Schultern; Zwerchfellgrenzen nach unten verschoben, nicht mehr atemverschieblich); hypersonorer Klopfschall (beidseitig); Giemen (Pfeifen, Zischen) und Brummen (trockene Rasselgeräusche). Erschöpfung bis zur Unfähigkeit zu sprechen. Panische Erstickungsangst. Gefahr des **Status asthmatikus**. Auslöser:

(a) **Allergisches Asthma** (extrinsisches Asthma): Verschiedene Allergene der Atemluft (z.B. Exkremente der Hausstaubmilbe, Blütenpollen, Schimmelpilze, Vogelfedern, Tierhaare, Parfüme, Eiweiße in der Nahrung) können allergische Reaktionen hervorrufen.

(b) **Berufsbedingtes Asthma**: Mehlstaub, Nickel, Pflegemittel, Lösungsmittel können eine Irritation des Bronchialsystems verursachen. Ursache ist nicht immer *allergische* Reaktion.

(c) **Infektasthma**: Eine durch Virusinfektionen der Atemwege hervorgerufene Entzündung macht die Atemwege anfälliger für biologische und chemische Reize. Bei Erwachsenen entwickelt sich Asthma überwiegend im Anschluss an Infektionen der Luftwege, oft auch der Nasennebenhöhlen. Eine genetische Veranlagung scheint eine starke Rolle zu spielen.

(d) **Arzneimittelasthma**: Tritt in der Regel in Kombination mit dem allergischen Asthma auf (kombiniert bei 10 – 20% aller Asthmatiker). Auslöser meist Schmerzmittel (saure Analgetika) und Entzündungshemmer (insb. ASS). Evtl. erblich bedingte Stoffwechselabweichung.

(e) **Anstrengungsasthma**: Die meisten von allergischem Asthma betroffenen Kinder und jeder Dritte asthmakranke Erwachsene leidet (während und) nach körperlicher Belastung unter Atemnot. Kalte und trockene Luft begünstigt den Anfall.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (4) – Rheumatoide Arthritis

Für die Diagnose spielt neben der organischen Abklärung (klinische Untersuchung und Laborwerte: Entzündungsparameter: BKS, CRP, Rheumafaktor) auch die (Familien-) Anamnese eine wichtige Rolle.

Erklärungsmodell: F. Alexander ging davon aus, dass es Rheumakranke in ihrer Kindheit mit **gefühlskalten** und zurückweisenden Eltern zu tun hatten, die das Kind **in seiner Motorik eingeschränkt** oder stark kontrolliert haben. Dadurch haben die Patienten frühzeitig gelernt, ihre Affekte (Aggressionen) zu unterdrücken. Im späteren Leben sind die Patienten **übergewissenhaft** und **moralisierend**. Ein weitere Form der Abwehr ist nach Alexander die liebevolle, **aufopfernde Tyrannei** über die Angehörigen und die Übernahme einer Märtyrerrolle. Alexander vermutete, dass sich die An- und Entspannung der Muskulatur parallel mit dem Gefühlsleben verändere. Experimentell lässt sich eine erhöhte Muskelanspannung unter Stress nur als akutes, nicht als chronisches Geschehen nachweisen.

Heute gilt die **Wechselbeziehung** zwischen Schmerz und Rheuma als entscheidend. Dabei ist das subjektive Leiden nicht an das Ausmaß der Gelenkveränderungen gekoppelt. **Sozial aktive und zufriedene Patienten haben nachweislich weniger Schmerzen** als solche mit starken körperbezogenen Ängsten. Im Fokus der Therapie steht darum die Vermittlung von Strategien zur Krankheitsbewältigung (Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, soziale Abhängigkeit).

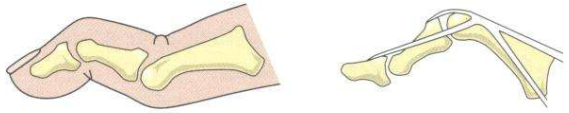
Internistische Behandlung mit entzündungshemmenden und schmerzlindernden Medikamenten. Schmerzbewältigung mit psychosomatischer Therapie / VT.

Rheumatoide Arthritis (RA) (früher: chronische Polyarthritis) ist eine chronische, systemische Erkrankung, die den gesamten Körper des Patienten betrifft. Im Gegensatz zur Arthrose (Gelenkverschleiß) sind meist die **Gelenke beider Körperseiten** betroffen. Epidemiologie: 1% (800.000 in D), davon sind 2/3 Frauen.

Ursachen: Neben genetischen Faktoren werden **Infektionen**, **Umweltbedingungen** und die **Lebensweise** diskutiert. Vermutet wird, dass der RA ein **autoimmunologisches** Geschehen zugrunde liegt, d.h. das Immunsystem greift körpereigenes Gewebe an (Rheumafaktoren = gegen den Körper gerichtete **Antikörper** nachweisbar). Belastende Lebenssituationen spielen bei der Auslösung der Immunreaktion eine wichtige Rolle.

Symptome: Die RA beginnt schleichend an der **Gelenkinnenhaut**. Dort verursacht ein immunologischer Prozess eine **Entzündung** der Gelenke. Die Gelenke schwellen an und werden druckempfindlich. Betroffen sind vor allem Finger, Hände, Knie- und Fußgelenke. Die Entzündung verursacht die typischen Anzeichen der RA: **Wärme, Rötung, Schwellung, Schmerz und Funktionseinschränkung**.

Gänslein-Zeichen, Knopfloch-Deformität und **Schwanenhals-Deformität** (Abbildung) sind Begriffe, die die typische Verformung der Finger durch die Gelenkzerstörung beschreiben. Die ulnare Deviation stellt die Abweichung der Hand in der Achse zur Kleinfingerseite hin dar.



Langfristig verursacht die RA eine bleibende Schädigung oder Zerstörung der Gelenke mit körperlicher Behinderung. Von den Gelenken aus kann sich die RA auch auf andere innere Organe ausbreiten. Damit verbunden sind in vielen Fällen **Fieber, Müdigkeit, Gewichtsverlust, Hautknötchen** als Zeichen der chronischen Entzündung sowie Veränderungen der Blutwerte.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (5) – Neurodermitis (atopische Dermatitis)

Neurodermitis atopica ist eine Erkrankung des atopischen (*griech.* seltsamen) Formenkreises, zu dem auch das **allergische Asthma bronchiale**, der **Heuschnupfen** (Rhinitis allergica) und die **allergische Bindehautentzündung** (Konjunktivitis) gehören. Der Begriff Atopie beschreibt die Veranlagung, auf eigentlich harmlose Einflüsse der Umwelt mit der Haut, Nasenschleimhaut, Bindehaut oder Lungenschleimhaut überempfindlich zu reagieren. Über 3 Mio. Patienten in Deutschland leiden an Neurodermitis. Darunter 10% aller Kinder und Jugendlichen.

Ursachen: Die genaue Entstehung ist ungeklärt. Meist leiden die **Eltern** ebenfalls an Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma, so dass eine **genetische Komponente** bei der Entstehung der Neurodermitis diskutiert wird. Weitere Faktoren wie **psychische Stressoren**, Raumklima, regionales Klima, **Luftverschmutzung** und **Infekte** können **Auslöser** einer Neurodermitis sein bzw. deren **Verlauf verschlimmern**.

Bekannte Auslöser: **Nahrungsmittel**(-zusätze), **Tierhaare/Federn**, (bakterielle) **Infekte** und Mandelentzündungen, **mechanische Hautreizungen** (Kleidung, Kratzen, Reiben), **Umwelt- und Klimafaktoren** (Schimmelpilze, Pollen, trockene Raumluft, Schwitzen, starke Temperaturschwankungen), **psychische Faktoren** (Wechsel von Bezugspersonen, Krisen in der Familie, Spannungen in Freundschaften, Probleme in der Schule / am Arbeitsplatz).

Symptome: Neurodermitis kann die gesamte Körperoberfläche befallen (häufig Gesicht, Ellenbeugen, Kniekehlen, Hände). Die wichtigsten Symptome sind **Schwellung und Rötung**, **Juckreiz und Brennen** der Hautstellen. Hinzu kommen **Nässen** oder **Bläschenbildung** im akuten Entzündungsstadium, **trockene Schuppen** im chronischen Entzündungsstadium sowie **kleine erhabene Pickel**. Im späteren Verlauf sieht man infolge des ständigen Kratzens und Reibens oft eine Hautverdickung. Das größte Problem ist der **Juckreiz**. Er tritt meist sporadisch auf und zwingt die Betroffenen dazu, ständig die Haut zu kratzen oder zu reiben.

Säuglingsekzem / Milchschorf: Nässende Rötungen im Gesicht, Milchschorf im Bereich der Kopfbehaarung. Ab dem 2. Lebensjahr kommt es typischerweise zu juckenden, schuppenden Rötungen, Knötchen und Hautvergröberungen an den Ellenbeugen, den Kniekehlen und am Hals. Das feuchte Säuglingsekzem wird zur trockenen Neurodermitis.

Neurodermitis im Kindesalter: Bei 80% der Patienten tritt die Neurodermitis erstmalig vor dem 5. Lebensjahr auf. Meist verschwinden die Symptome bis zur Einschulung oder dem Ende der Pubertät von selbst oder werden schwächer. In schweren Fällen kann die gesamte Haut betroffen sein.

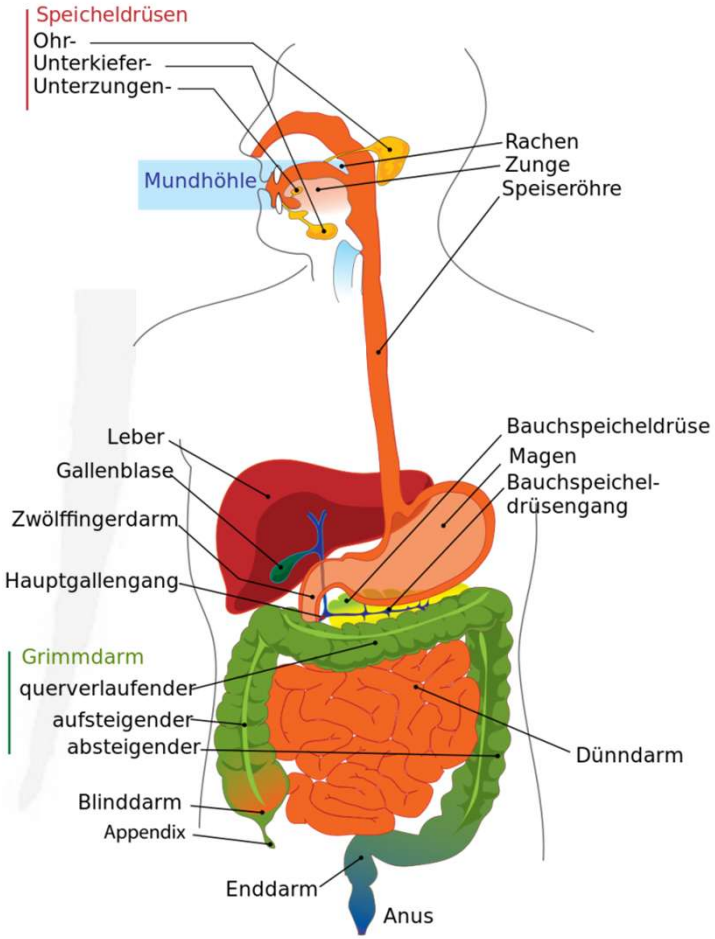
Die Behandlung erfolgt mittels (halb-) fetter (ggf. cortisonhaltiger) Salben und Cremes, Hydrotherapie (Öl- und Teerbäder), Klimatherapie (Meer und Gebirge), **dosierter UV-Bestrahlung** und mit **Diät** bei Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel(-zusätze). Begleitende **Psychotherapie** zur Krankheitsbewältigung (Aussehen, Juckreiz) und Selbstwertsteigerung.

Psychoanalytische Erklärung: Bei fehlender mütterlicher Zuwendung wird der Körper / **die Haut zur Schau gestellt**, um Aufmerksamkeit zu erregen. Gleichzeitig werden **Schuldgefühle mit autoaggressivem Verhalten** (exzessivem Kratzen) **beantwortet**. Die verkürzte Annahme, intakte Haut entspricht einer intakten Mutter-Kind-Beziehung, ist nicht haltbar.

Psychoimmunologie: Bei Beziehungsdefiziten darf eine Schwächung des Immunsystems angenommen werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

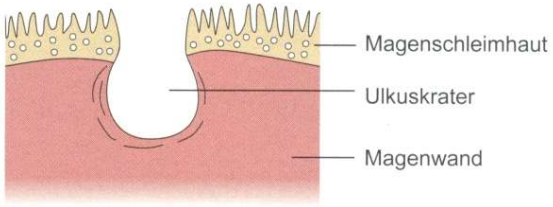
Psychosomatik (6a) – Ulcus duodeni / Ulcus ventriculi



An den Magen (*lat.* ventriculus) schließt sich direkt der Zwölffingerdarm (lat. Intestinum duodenum) an, ein 25 cm langer erster Abschnitt des Dünndarms. Ein **Ulkus** (Geschwür) ist ein umschriebener **Gewebedefekt** der Magen- bzw. Darmschleimhaut. Die Aufgabe des Magens und des Zwölffingerdarms ist vorrangig die Aufspaltung der Nahrung.

Die **Muskeltätigkeit** des Magens und des Zwölffingerdarms wird durch das vegetative Nervensystem gesteuert. Eine erhöhte Sympathikus-Erregung (Kampf, Flucht) hemmt die Magentätigkeit, eine Aktivierung des Parasympathikus (Entspannung) fördert die Magenmotilität. Die Verdauung wird ebenfalls über das autonome Nervensystem geregelt. Bei **Stress** oder **falscher Ernährung** wird verstärkt **Histamin** ausgeschüttet.

Dies führt zu einer Überproduktion von Magensäure, die dann den (gegen Säure sehr empfindlichen) Zwölffingerdarm reizen kann. Hierbei entsteht ein säureinduziertes (= peptisches) Ulkus.



Für die Produktion des Magensaftes und den Schutz der Schleimhaut sind folgende Zellen der Schleimhaut verantwortlich: **Belegzellen** sezernieren **Protonen**, die sich extrazellulär mit Chloridionen zu Salzsäure verbinden, und den für die Vitamin B12-Resorption notwendigen **intrinsischen Faktor**; **Hauptzellen** erzeugen **Pepsinogene** (Vorstufen mehrerer Verdauungsenzyme), die unter Salzsäurekontakt in die verdauungsaktiven Pepsine übergehen; **Nebenzellen** sondern den **Schleim** ab, der Magen / Duodenum überzieht und diese vor der Wirkung der Magensäure schützt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (6b) – Ulcus duodeni / Ulcus ventriculi



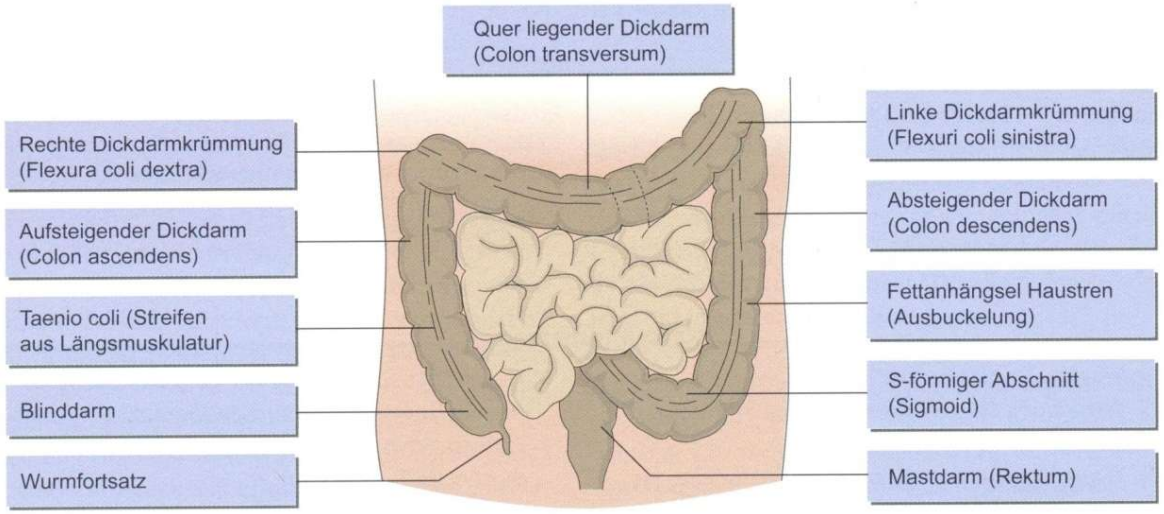
Ursachen: (a) Vermehrte oder verminderte **Motilität** des Magens / Duodenums durch ein Ungleichgewicht im vegetativen Nervensystem; (b) **Überproduktion von Magensaft** (Pepsin, Magensäure), verursacht durch eine erhöhte Histamin-Ausschüttung (Stress!); (c) **Schädigung der Schleimhautbarriere** durch Alkohol, ASS, Antibiotika, Rheumamittel oder durch eine mangelhafte Durchblutung der Schleimhaut (Folge: Magensäure dringt in die Schleimhaut ein, verursacht Entzündungen, und der Schutz gegen bakterielle Infekte ist reduziert); (d) **Bakterielle Erkrankung** (bei 70-90% der Erkrankungen Nachweis einer Besiedelung der Schleimhaut mit Helicobacter pylori (eine bakteriell verursachte Entzündung ist aber nur möglich bei Vorschädigung der Schleimhaut, z.B. durch Nikotin); (e) **Psychische Belastungen** (z.B. Geborgenheitsverlust, Zuwachs an Verantwortung, chronische Konflikte).

Symptome: **Krampfartige Schmerzen**, die sich innerhalb von 15 Minuten steigern; **Schmerzen klar lokalisierbar** (im Epigastrium in der Mittellinie); Auftreten innerhalb von 2-3 Stunden nach einer Mahlzeit; vorübergehende Schmerzlinderung durch Essen oder Säurehemmer; Nachtschmerz (Nüchternsekretion 1 - 3 Uhr); Appetit häufig vorhanden.
Therapie: Medikamente / Gesteinsmehl zur Drosselung der Produktion der Magensäure, Medikamente zur Stärkung des Schleimhautschutzes, Antibiotika zur Hemmung der bakteriellen Besiedelung der Schleimhaut. Kritisch ist zu sehen, dass die eingesetzten Medikamente selbst die Schleimhaut beeinträchtigen können.

Psychoanalytische Erklärung: F. Alexander postuliert für den Ulkus-Patienten folgenden Konflikt als krankmachend: **Infantile Abhängigkeitswünsche** (Wunsch nach Nähe) **stehen dem Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Erfolg** (die Welt erobern) **entgegen**. Diese Ambivalenz soll sich in der dauerhaften Hypermotilität und **vermehrten Säureproduktion** des Magens widerspiegeln. **Zwei Ulkus-Typen** werden aus psychoanalytischer Sicht unterschieden: Der **passiv-abhängige** Typ, der seine oralen Wünsche nach Abhängigkeit bewusst zu leben versucht, aber an der Realität scheitert. Der **pseudo-unabhängige** (aktive) Typ, der seine Wünsche nach Abhängigkeit dadurch kompensiert, dass er sie ins Gegenteil verkehrt und z.B. andere dominiert.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychosomatik (7) – Colitis ulcerosa



Kolitis bezeichnet eine Entzündung des Dickdarms (Kolon). Colitis ulcerosa ist eine in Schüben verlaufende, **chronisch- entzündliche Erkrankung** des Dickdarms, die oft mit Geschwüren einhergeht. In 90% der Fälle greift sie auf das Rektum über.

Die Genese der Colitis ist multifaktoriell. Oft ist eine **Autoimmunerkrankung** nachweisbar. **Infektionen**, **Ernährungsgewohnheiten** und **seelische Einflüsse** sind meist am Ausbruch der Krankheit beteiligt.

Leitsymptom sind **massive blutig-schleimige Stuhlentleerungen unter Krämpfen**. Bei schweren entzündlichen Verläufen kommen Fieber und Gewichtsverlust hinzu. Darmperforationen und maligne Entartungen sind gefürchtete Komplikationen.

Internistische Therapie während der akuten Entzündungsschübe. Begleitende Psychotherapie.

Psychoanalytische Erklärung: **Symbiotische Abhängigkeit von einer Bezugsperson** (meist der leiblichen Mutter). Diese wird von den Patienten oft als **dominant** und **kontrollierend** beschrieben. Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühle werden im Sinne einer Pseudounabhängigkeit (Auszug ohne Ablösung) verarbeitet. Um die **Symbiose mit der Bezugsperson** nicht zu gefährden, müssen sich die Betroffenen **ständig um Harmonie bemühen**. **Aggressive Regungen gegenüber der Bezugsperson** werden deshalb abgewehrt und als Autoaggression gegen die eigene Person (den Darm) gerichtet. Auslösefaktoren sind oft Erlebnisse, die im Sinne eines Geborgenheitsverlustes gedeutet werden können (Eintritt ins Berufsleben, Auszug ins Studium). Die **Familiensituation** wird oft als **emotional einengend** beschrieben. Die sozialen Kontakte beschränken sich häufig auf die engste Familie. Freunde sind kaum vorhanden.

DD Morbus Crohn: Entzündliche Darmerkrankung (nicht nur der Schleimhaut, sondern **häufig aller Darmschichten**), umfasst vor allem das **terminale Ileum**. In ¾ der Fälle ist das Kolon mitbeteiligt. Symptomatik, Ätiologie, Auslöser und psychologische Erklärungsversuche ähneln denen der Colitis ulcerosa. Beim Morbus Crohn ist die **Fistelbildung** gefürchtet. Akute Symptome: Koliken, abdominelle Schmerzen und Durchfälle. Chronische Symptome: Oft **walzenartige schmerzhafte Verdickung** in der Ileozäkalregion; **langandauernde Durchfälle**, **Gewichtsverlust**, **Fieberschübe**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (1) – Gängige Definitionen



Der israelische Modefotograf Adi Barkan kämpft mit Plakaten gegen Magersucht bei jungen Frauen. In seiner Modelagentur werden keine untergewichtigen Models aufgenommen.

Das französische Hunger-Model Isabelle Caro ist im November 2010 gestorben (Tipp: Dokumentation „Seht mich verschwinden“ aus dem Jahre 2014).

Essstörung = **Krankhaft verändertes Essverhalten**, das durch eine **Störung der Körperwahrnehmung** (Körperschemastörung) und ein **vermindertes Selbstwertgefühl** gekennzeichnet ist. Die Betroffenen leiden unter der Sorge, zu dick zu sein. Die **verzerrte subjektive Wahrnehmung** des eigenen Körpergewichts ist eine wesentliche Bedingung für die Auslösung einer Essstörung. Essstörungen können mit einem erniedrigten, normalen oder erhöhten Körpergewicht einhergehen.

Zur Bewertung des Körpergewichts wird meist der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen: BMI [kg/m²] = Körpergewicht [kg] : Körpergröße [m]²

Folgende Eckwerte wurden definiert:
- BMI >40: Hochgradiges Übergewicht (BMI >40: Adipositas Grad III)
- BMI 30-40: Mittelgradiges Übergewicht (30-34: Grad I; 35-39 Grad II)
- BMI 26-29: Leichtes Übergewicht
- BMI 19-25: Normalgewicht
- BMI 16-18: Leichtes Untergewicht
- BMI 14-15: Mittleres Untergewicht
- BMI <14: Ausgeprägtes Untergewicht

Essstörungen nach der ICD-10:
- Anorexia nervosa (F50.0); Atypische Anorexia nervosa (F50.1)
- Bulimia nervosa (F50.2); Atypische Bulimia nervosa (F50.3)
- Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4), z.B. als Reaktion auf Traumata (Partnerverlust, Arbeitsplatzverlust, Mobbing)
- Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen (F50.5), dto.
- Sonstige (F50.8) und nicht näher bezeichnete Essstörungen (F50.9)
- Adipositas (E: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (2a) – Anorexia nervosa



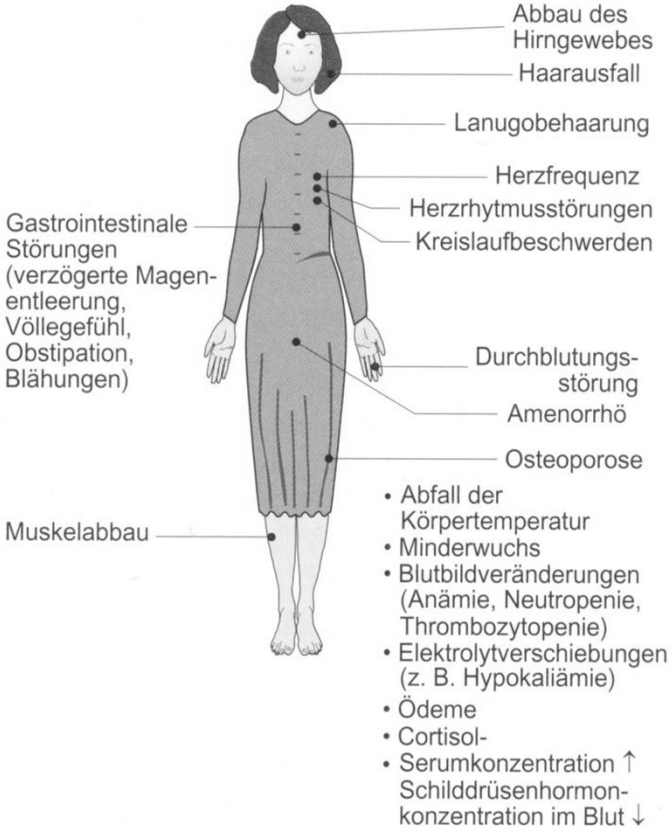
Anorexia bedeutet wörtlich Appetitverlust oder -verminderung. Der Zusatz „nervosa“ weist auf eine seelischen Ursache hin. Die Anorexie ist gekennzeichnet durch ein diszipliniertes, stark restriktives Essverhalten, mit dem die Patientinnen (95% weiblich) ihren Wunsch nach Selbstbestimmung und absoluter Schlankheit zum Ausdruck bringen.

- Meist ist das Essverhalten verbunden mit einem erhöhten **Bewegungsdrang**, einer Überaktivität mit extrem sportlichen Betätigungen.
- Die Patientinnen sind meist überdurchschnittlich **intelligent** (aber oft ohne Krankheitseinsicht) und fühlen sich zu dick, obwohl sie meist untergewichtig sind.
- Verbunden mit der Anorexie sind häufig **depressive Verstimmungen** sowie Angst- und Zwangsstörungen.
- Der durch Hungern und Nahrungsverweigerung herbeigeführte extreme Gewichtsverlust (15 – 45% unter dem zu erwartenden Gewicht) kann zu **lebensbedrohlicher** Unterernährung führen.
- Zur Erreichung / Erhaltung des niedrigen Gewichts kommen neben Sport und Hungern **Appetitzügler**, **Abführmittel** und selbst verursachtes **Erbrechen** zum Einsatz.
- Die **Aufmerksamkeit** auf das Körpergewicht bestimmt das gesamte Fühlen, Denken und Handeln der Betroffenen.

Ohne rechtzeitige Behandlung kann bei extremer Ausprägung der Anorexie ein **lebensbedrohliches Untergewicht** entstehen, das eine Zwangseinweisung in eine Klinik mit **Zwangsernährung** nötig macht.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (2b) – Anorexia nervosa



Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10:

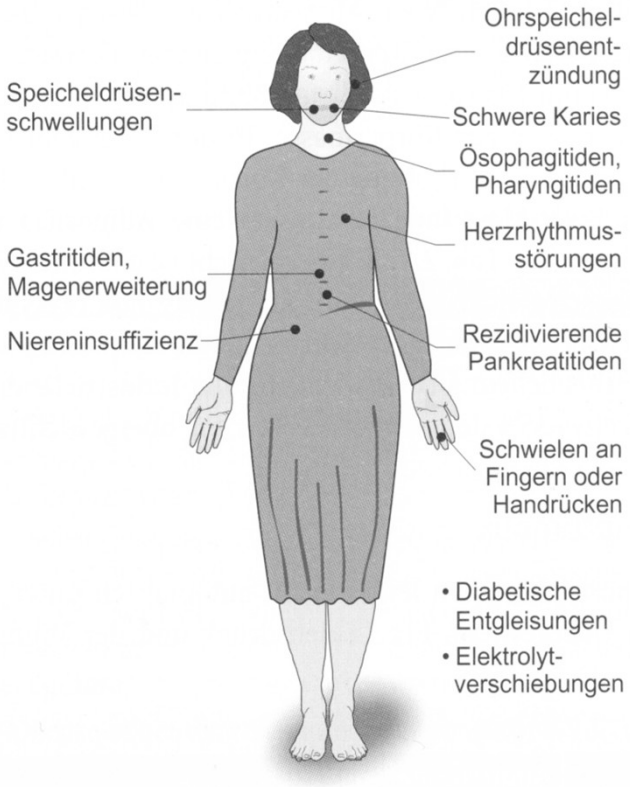
- Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Normalgewicht (Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI < 17,5.
- Gewichtsverlust wird herbeigeführt durch Vermeiden **hochkalorischer Speisen**, selbst induziertes **Erbrechen**, selbst induziertes **Abführen**, übertriebene körperliche **Aktivitäten**, Gebrauch von **Appetitzüglern**.
- Körperschemastörung: Die Angst dick zu werden, besteht als tief verwurzelte, den Alltag bestimmende Idee.
- Endokrine Störungen: Hyperthyreose, Verzögerung der Pubertät, Amenorrhö (mind. 2x Ausbleiben der Regelblutung).

Über die Ursachen der Anorexie streiten sich die Fachdisziplinen.

- Soziologen machen das Schönheitsideal, Werbung und Model-Wettbewerbe in der westlichen Gesellschaft verantwortlich.
- Familientherapeuten halten ein gestörtes Verhältnis zwischen den Eltern für maßgeblich, das die Patientin durch ihre Essstörung unbewusst auszugleichen versucht. Diskutiert werden Trennungswünsche des Vaters und Gefühle der Ablehnung gegenüber einer dominanten Mutter.
- Sexualwissenschaftler argumentieren, dass die Magersucht mit einer Ablehnung der weiblichen Körperlichkeit verbunden ist.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (3) – Bulimia nervosa



DD: Binge Eating Disorder (binge = Sauf- und Fressgelage) ohne anschließendes Erbrechen ist evtl. ein eigenständiges Störungsbild. Es findet sich bislang nur im DSM-IV verankert.

Bulimia (griech. Ochsenhunger) nervosa ist gekennzeichnet durch Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen der hastig herunter geschlungenen großen Nahrungsmengen. Auch hier besteht die Angst, dick zu werden. Obwohl das Körpergewicht meist der Norm entspricht, sind die Betroffenen unzufrieden und versuchen durch Diäten, den Gebrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln ihr Gewicht zu regulieren. Kriterien der ICD-10:

- Andauernde Beschäftigung mit Essen; Heißhunger über mehr als 3 Monate (mind. 2x wöchentlich); Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.
- Gedankliche Einengung auf die Essensbeschaffung, Nahrungsaufnahme und das anschließende Erbrechen.
- Den Alltag bestimmende Furcht, zu dick zu sein.
- Selbst induziertes Erbrechen, Diäten / Fasten, Einnahme von Appetitzüglern, Abführmitteln, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika (zur vermehrten Wasserausscheidung).

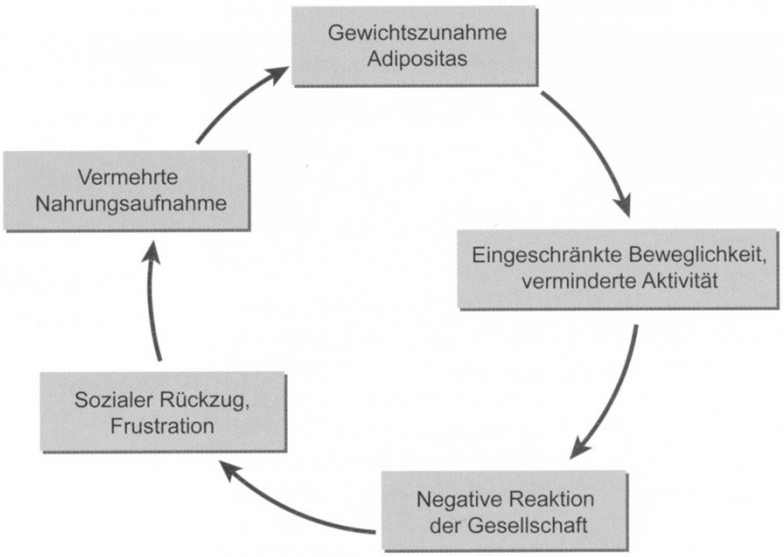
Die Bulimie wird als Versuch verstanden, eine **Balance** zwischen den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen sowie den Moral- und Wertvorstellungen der Familie / des Arbeitgebers herzustellen.

Viele bulimische Patienten kommen zunächst wegen **depressiver Symptome** zum Arzt / Therapeuten. Deswegen sollte bei der Anamnese das Erfragen des Essverhaltens nicht fehlen.

Eine durch regelmäßiges Erbrechen verursachte **Hypokaliämie** kann zu kardialen Problemen und Nierenfunktionsstörungen führen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (4a) – Adipositas



Adipositas ist die übermäßige Zunahme von Fettgewebe. Der Anteil des Fettgewebes liegt bei Männern bei 20%, bei Frauen bei 25-30% des Körpergewichts. Bei Menschen, die zur Fettleibigkeit neigen, besteht ein Missverhältnis zwischen zugeführter Nahrung und deren energetischer Verwertung. Übergewicht ist jedoch nicht automatisch gleichzusetzen mit Adipositas. Erst bei einem BMI von >30 spricht man von Adipositas. In den westlichen Industrieländern gelten rund 35% der Gesamtbevölkerung als übergewichtig.

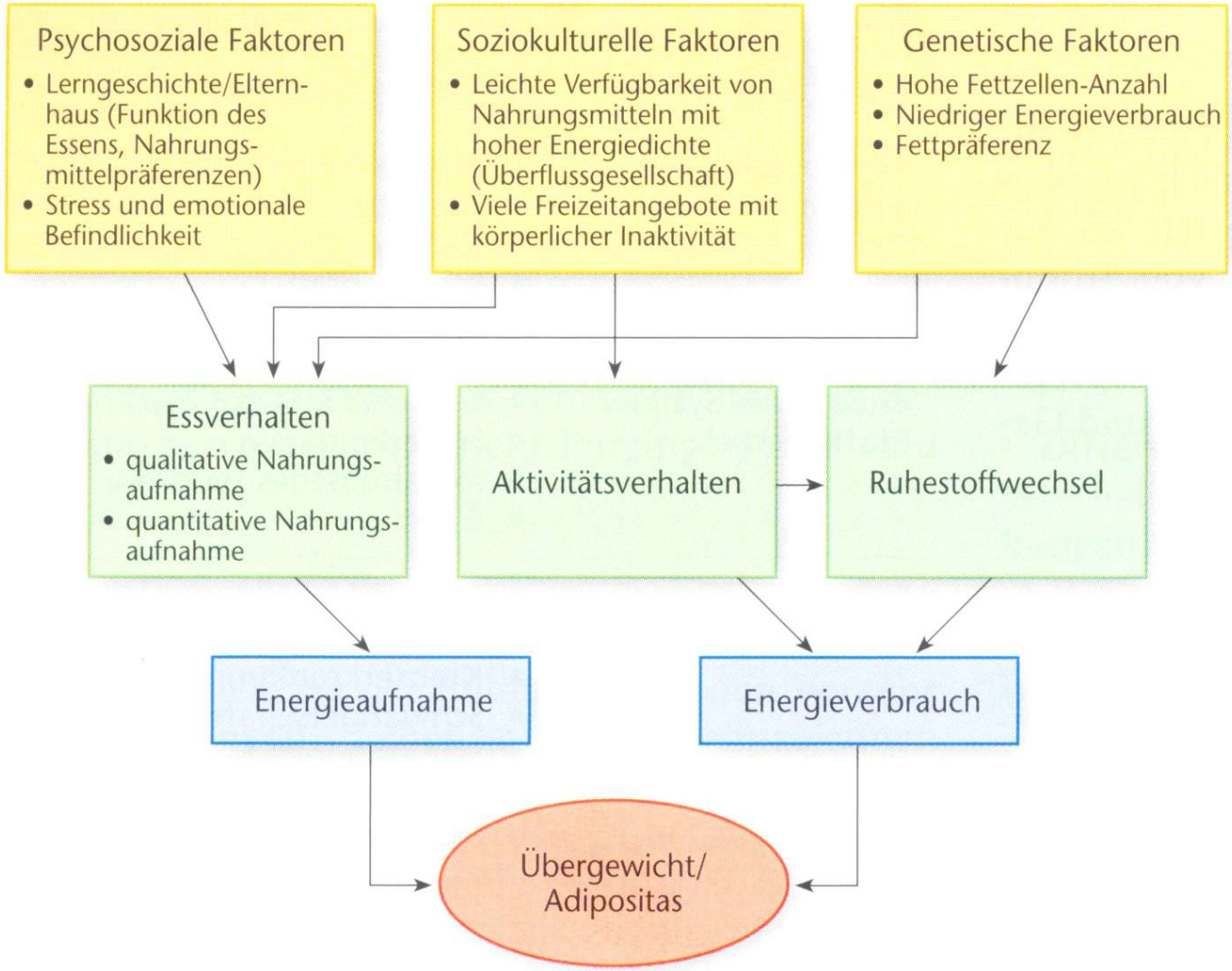
Adipöse Menschen leiden nicht zwangsläufig unter ihrem Übergewicht. Ein Leidensdruck und der Wunsch abzunehmen entstehen oft erst durch den **gesellschaftlichen Druck** des Schönheits- und Schlankheitsideals. In einigen Kulturen ist Übergewicht sogar ein **Statussymbol** für Wohlstand. In westlichen Ländern finden sich einerseits Vorurteile gegenüber adipösen Menschen (z.B. Maßlosigkeit, Willensschwäche), andererseits werden sie als **warmherzig und intuitiv** geschätzt. Symptome sind:

- **Psychosoziale Folgeerscheinungen:** Ausgrenzung (gesellschaftliche Stigmatisierung), reduziertes Selbstwertgefühl, negative Einstellung zum eigenen Körper, Verlust an Lebensfreude).
- **Körperliche Folgeerkrankungen:** Kardiovaskulär (erhöhtes Risiko für Herzinfarkt, Hypertonie, Schlaganfall), Stoffwechselstörungen (Diabetes Typ 2, Hyperlipidämie, Gicht), Arthrose. Adipositas senkt die Lebenserwartung.

Bei der Adipositas entwickelt sich häufig ein **Teufelskreis** (links).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (4b) – Genese der Adipositas



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (5a) – Diagnostik der Essstörungen

Alarmzeichen für eine Essstörung sind:
- Ständige Sorgen um Figur und Gewicht
- Ablehnung des eigenen Körpers als zu dick
- Ständige Beschäftigung mit Nahrung und Kalorien
- Fixierung der Gedanken auf Essen bzw. Nicht-Essen
- Kontrollversuche beim Essen
- Einteilung in „erlaubte“ und „verbotene“ Lebensmittel
- Gedankliche Fixierung auf Gewichtsabnahme
- Verleugnung / Verlust von Hunger- und Sättigungsgefühl
- Heimlichkeit im Essverhalten
- Depressive Verstimmung
- Mangelndes Selbstwertgefühl
- Soziale Rückzug / Interessenverlust.

* Häufige Symptome des M. Cushing: „Mondgesicht“, Stammfettsucht mit „Stiernacken“, Gewichtszunahme, verringerte Muskelmasse, Osteoporose, arterielle Hypertonie, Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (erhöhter Durst und häufiges Wasserlassen), Impotenz. Bei Kindern eine Kombination aus Wachstumsstörung und Fettleibigkeit.

Eine gründliche **Diagnostik** der Essstörungen umfasst folgende Aspekte:
- Genaue Erfassung des **täglichen Essverhaltens** und der **individuellen Aktivitäten** (z.B. per Fragebögen, Fremdanamnese),
- Exploration zusätzlicher **psychischer Beschwerden**,
- **Erfassen des körperlichen Zustands** (Gewicht, Körpergröße, Blutdruck, Blutzucker usw.) und möglicher körperlicher Folgeerkrankungen oder Komplikationen,
- Abklärung anderer **körperlicher Ursachen** der Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme (insb. Hypo- bzw. Hyperthyreose).

DD bei **Untergewicht**:
- Körperliche Erkrankungen / Störungen: Tumoren, Leukämie, Infektionen (HIV, TBC), Stoffwechselstörungen (Hyperthyreose, Diabetes Typ 1), Magen-Darm-Erkrankungen (M. Krohn, Zöliakie).
- Psychische Störungen: Anorexie, depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, schizophrene Störungen (Vergiftungswahn).

DD bei **Übergewicht**:
- Körperliche Erkrankungen / Störungen: Hirntumoren, Stoffwechselstörungen (Hypothyreose, M. Cushing* durch Tumor in den ACTH-produzierenden Zellen der Hypophyse = Hyperkortisolismus), Medikamenteneinnahme.
- Psychische Störungen: Bulimie, affektive Störungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (5b) – Diagnostik der Essstörungen



In der Krankheitsvorgeschichte bulimischer Patienten lassen sich *häufig anorektische Episoden* ausmachen. 50-60% der Anorexie-Patienten entwickeln bulimische Phasen. Nach der ICD-10 leiden die Betroffenen in dieser Phase unter Bulimie und nicht mehr unter Anorexie. Zur Abgrenzung:

Anorexia nervosa	**Bulimia nervosa**
Übertriebenes Hungern aus Angst vor Gewichtszunahme, dadurch extremer, selbst herbeigeführter Gewichtsverlust.	Typisches Ess-Brech-Ritual: Heißhungerattacken mit anschließendem heimlichem Erbrechen.
Oft extremer Gewichtsverlust um bis zu / mehr als 10% unter Idealgewicht. Bei 40% unter Idealgewicht besteht Lebensgefahr.	Weniger starker Gewichtsverlust, oft eher normales oder leicht erhöhtes Körpergewicht. Dennoch Orientierung am Idealgewicht und häufige Gewichtsschwankungen.
Körperschemastörung.	Keine ausgeprägte Körperschemastörung.
Lange Zeit kein Krankheitsgefühl.	Ausgeprägtes Krankheitsgefühl (Ekel vor der eigenen Gier und dem Erbrechen).
Kein Leidensdruck, stattdessen Verleugnung der Krankheit und Idealisierung der Disziplin.	Stärkerer Leidensdruck, keine Tendenz zur Verleugnung.
Sekundäre Amenorrhö (Störung des Hormonhaushaltes bewirkt ein Ausbleiben der bereits vorhandenen Regelblutung für > 6 Monate).	Nur vorübergehende Menstruationsstörungen.
Dauer-Hungern als innerer Zwang ohne spezifische Auslöser.	Spezifische Auslöser für das Ess-Brech-Ritual: Familiäre / berufliche Konflikte, innere Leere.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (6) – Verlauf und Epidemiologie



Essstörungen haben einen hohen Anteil an **chronischen** Verläufen. Sie sind mit einer erhöhten Mortalität belastet. Einen Therapieerfolg mit langfristiger Besserung findet man bei rund 50% der Patienten mit Anorexie. Von einem guten Therapieerfolg spricht man, wenn die Patienten ein beständiges Körpergewicht von 85 – 115% ihres Normalgewichts halten können. In 20% der Fälle ist der Verlauf jedoch chronisch mit einer Mortalität von bis zu 20%. Therapierte Patienten mit Bulimie weisen eine leicht bessere Prognose und eine geringere Mortalitätsrate als Patienten mit Anorexie auf. Aussagekräftige Langzeitstudien fehlen aber. Nur 20% der adipösen Patienten können langfristig ein reduziertes Gewicht halten. Zur Epidemiologie der Essstörungen:

	Anorexia nervosa	**Bulimia nervosa**	**Adipositas**
Prävalenz	1-2% aller Frauen	2-4% insgesamt	Frauen: 9-25% Männer: 10-16%
Geschlecht	95% weiblich	90% weiblich	Geringfügig häufiger bei Frauen
Alter / Erkrankungsgipfel	15-23 Jahre	20-30 Jahre	40-65 Jahre
Soziale Schicht	Vor allem höhere Mittelschicht	Eher Mittelschicht	Unterschicht / Oberschicht: 6/1
Komorbiditäten	Depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen	Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen	Angststörungen, depressive Störungen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (7a) – Ätiologie



Für Essstörungen gibt es kein einheitliches, empirisch gesichertes Entstehungsmodell. Es werden verschiedene Ursachen für das Zustandekommen der Störung diskutiert. Als wahrscheinlich gilt ein multifaktorielles Geschehen nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, bei dem biologische, psychologische, genetische und soziokulturelle Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörungen verantwortlich gemacht werden.

Genetische Faktoren: Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien haben bei allen Essstörungen genetische Einflüsse bei der Entstehung der Erkrankungen nachgewiesen.

Soziokulturelle Faktoren: Schlankheit als Schönheitsideal. Schlankheit verheißt **Attraktivität** und **Erfolg**. Diäten als Einstieg in ein „kontrolliertes“ Essverhalten. Mehr als 50% aller minderjährigen Mädchen ab 11 Jahren haben bereits eine Diät gemacht. Hinzu kommen geringe körperliche Anforderungen in vielen Berufen. Gleichzeitig ein Nahrungsmittelüberangebot.

Biologische Faktoren: Fehlernährungen können den hormonell gesteuerten Stoffwechsel auf niedrigere Sollwerte einstellen.

Psychologische Faktoren: **Familiäre Konflikte** und **emotionale Rigidität** im Elternhaus können zu einer Fehlentwicklung von Selbstwertgefühl und Körperwahrnehmung führen. **Essen unter Stress** kann Nahrung zum aversiven Stimulus machen. **Soziale Anerkennung** für Schlanksein als positiver Verstärker, weiter zu hungern. Extreme **Denkmuster** („nur wer gertenschlank ist, ist auch attraktiv“) beschleunigen die Abnehmspirale. **Belastende Lebensereignisse** (Umzug, Jobwechsel, Familien- / Partnerverlust) können zu Appetitlosigkeit oder vermehrtem Essen (orale Ersatzhandlung) führen. **Übergewicht** als Schutzschicht oder Machtdemonstration.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (7b) – Ätiologie



Mögliche psychodynamische Ursachen der Anorexia nervosa	Mögliche psychodynamische Ursachen der Bulimia nervosa
Verbotenes Streben nach eigener Identität und stabilem Selbstwertgefühl	Unreflektierte Anpassung an vorgegebene Ideale (Schönheit, Partnerschaft, Rollen-erwartungen) mangels Selbstwertgefühl und eigener Identität
Unterdrücktes Autonomiebedürfnis	**Idealisieren der vermeintlich harmonischen Familienstruktur**
Kontrolle über den eigenen Körper als Abwehr der Wünsche nach Liebe, Anerkennung und Geborgenheit	Essen als Möglichkeit der Selbstwahrnehmung, ohne dass individuelle Bedürfnisse zählen
Verklärung der Verbundenheit in den Familienstrukturen	**Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien zum Ertragen alltäglicher Frustrationen (Ärger, Enttäuschung, Langeweile)**
Vermeintlicher Schutz vor den Anforderungen des Erwachsenwerdens	

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Essstörungen (8) – Therapie der Essstörungen



Psychologische Gemeinsamkeiten der Anorexie und Bulimie:

- Bedürfnis nach **Kontrolle** und Disziplin wird über die Nahrung ausgelebt.
- Hungern als **Protest** gegen die Autorität der Eltern oder die Welt allgemein.
- Weigerung, so zu werden wie die Mutter (**Abgrenzung**).
- Leugnung des eigenen (weiblichen) Geschlechts (**Geschlechtsrollenidentität**).
- Weigerung, **erwachsen** zu werden.

Cave: Geringe Krankheitseinsicht bei hoher Komplikationsrate.

Essstörungen sind in ihrer Entstehung multifaktoriell bedingt. Darum haben sich Behandlungsverfahren bewährt, die mehrere Bereiche umfassen:

- **Motivationsaufbau**: Anorektische Patienten erleben ihr Essverhalten als **kontrolliert und stark**, nicht als Erkrankung. Bulimische Patienten stellen sich eher wegen körperlicher oder psychischer Folgeerscheinungen (**Depression**) beim Arzt / HP vor. Viele Patienten werden von **besorgten Angehörigen** in eine Therapie gedrängt. Im Vordergrund der ersten Behandlungsphase stehen darum Strategien zum **Motivationsaufbau**.
- **Normalisierung und Stabilisierung der Ernährungssituation**: Lebensbedrohliche Folgeerscheinungen der Essstörung (**extremes Untergewicht**, **Elektrolytmangel**, ggf. **Niereninsuffizienz**, **Suizidalität**) müssen sofort behandelt werden. Für eine Psychotherapie ist ein akzeptables Körpergewicht Grundbedingung. Ansonsten ist die Patientin der **Anforderungen der Psychotherapie** körperlich und seelisch nicht gewachsen.
- Anschließend sind **Behandlungsverträge** zur schrittweisen Gewichtszunahme (0,5 kg pro Woche) sowie **Sport- und Ernährungsprotokolle** sinnvoll. Langfristiges Ziel ist die dauerhafte Ernährungsumstellung und das Einüben normalen Essverhaltens, um ein **gesundes Hunger- und Sättigungsgefühl** zu entwickeln. Sporteinheiten steigern den Grundumsatz, verbessern die Stimmungslage und lassen den Patienten Therapieerfolge erleben.
- **Psychotherapie**: Gruppentherapien haben sich bei anorektischen und adipösen Patienten bewährt (**gegenseitige Unterstützung**, **soziale Wahrnehmung von Therapieerfolgen**, **Ansprechen gefährdender Verhaltensmuster**). Bestandteile der **kognitiven VT**: Training der Gefühls- und Körperwahrnehmung, Analyse und Veränderung von Essgewohnheiten (mit Ernährungsprotokollen, Belohnungssystemen), Problemlösetraining, Kontrolltechniken bei Adipositas, Gedankenmuster analysieren / korrigieren, Training sozialer Kompetenzen. Bestandteile der **Psychoanalyse**: Analyse des **Autonomie-Abhängigkeits-Konfliktes**, Analyse und Akzeptanz der **Geschlechterrolle**, Verbesserung der **Beziehungsfähigkeit**. + Bewährt: Familientherapie, Kunsttherapie, Entspannungsverfahren, Selbsthilfegruppen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schlafstörungen (1) – Begriffe



Der Begriff ***Schlafstörung*** (*synonym: Agrypnie, Insomnie, Dyssomnie*) bezeichnet verschiedene Beeinträchtigungen des Schlafes. Ursachen können äußere Faktoren (wie nächtlicher Lärm, zu helle Straßenbeleuchtung), Verhaltensfaktoren (z.B. Fernsehen am Abend) oder auch biologische Faktoren sein. Neben den ***Einschlaf- und Durchschlafstörungen*** sowie dem ***Früherwachen*** zählt auch die ***Hypersomnie*** (Schlaf- oder Bettsucht) zu den Schlafstörungen. Das Schlafbedürfnis kann dabei auch tagsüber oder anfallsweise auftreten *(**Katalepsie**)*. Die *subjektive* oder *paradoxe* Insomnie bezeichnet eine subjektiv erlebte Schlafstörung ohne objektivierbaren Befund.

Ist der Schlaf nicht erholsam, beeinträchtigt dies kurzfristig die Leistungsfähigkeit und kann mittel- oder langfristig auch zur Verschlechterung oder zum Neuauftreten von Krankheiten führen. Schlafstörungen haben Krankheitswert, wenn sie Ursache körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen sind und auch subjektiv von den Betroffenen als krankhaft empfunden werden.

Im ICD-10 werden Schlafstörungen je nach vermuteter Ursache (psychogen versus organisch) klassifiziert unter

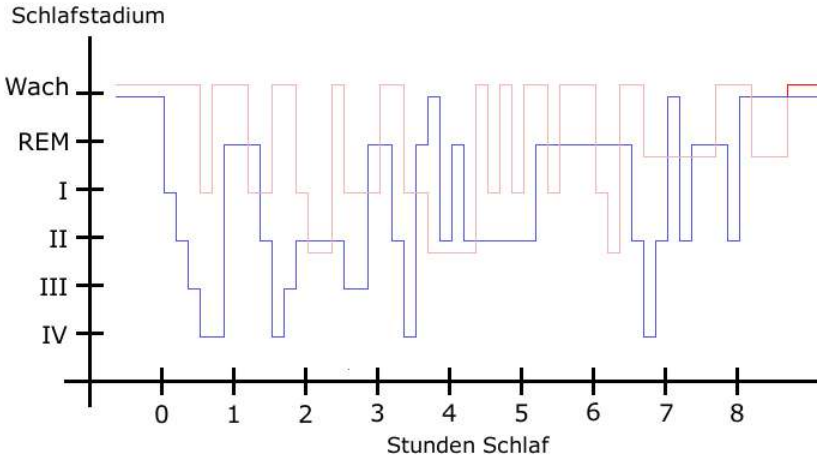
- *F51 nichtorganische Schlafstörungen* (ICD-Kapitel *Psychische und Verhaltensstörungen*) oder
- G47 *(organische) Schlafstörungen* (ICD-Kapitel *Krankheiten des Nervensystems*).

Nichtorganische *Dyssomnien* sind primär ***psychogene Störungen der Dauer, Qualität oder des Zeitpunktes des Schlafs aufgrund emotionaler Ursachen***, die in erheblichem Ausmaß (mindestens dreimal in der Woche über einen Zeitraum von mindestens einem Monat) vorliegen, einen deutlichen Leidensdruck verursachen und/oder sich störend auf die alltägliche Funktionsfähigkeit auswirken (Tagesmüdigkeit):

- *nichtorganische Insomnie* (F51.0): Hauptmerkmal sind Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine schlechte Schlafqualität (nicht erholsamer Schlaf).
- nichtorganische *Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus* (F51.2): das Schlaf-Wach-Muster weicht vom gewünschten Schlaf-Wach-Rhythmus ab (der durch die gesellschaftlichen Anforderungen bestimmt ist und von den meisten Personen im Umfeld des Betroffenen geteilt wird), infolgedessen Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schlafstörungen (2) – Begriffe



Blau: Schlaftiefe eines gesunden Menschen mit Tiefschlaf- und REM-Phasen. Deutlich zu erkennen ist, dass bei einem normalen Ablauf mehrfach sowohl die tiefste Schlafphase (IV) als auch der Wachzustand (-) erreicht werden.

Rot: Schlaftiefe eines Menschen mit Restless-Legs-Syndrom. Im Vergleich zum gesunden Schlaf werden die Tiefschlaf-Stadien III und IV nicht oder nur sehr selten erreicht, die Betroffenen wachen deutlich häufiger auf.

Nichtorganische ***Parasomnien*** sind abnorme Episoden, die während des Schlafs auftreten:

- ***Schlafwandeln*** (F51.3): wiederholte Episoden (zwei oder mehr), in denen die Betroffenen das Bett während des Schlafs verlassen und mehrere Minuten bis zu einer Stunde umhergehen, meist während des ersten Nachtschlaf-Drittels. Während dieser Episode haben die Betroffenen meist einen leeren, starren Gesichtsausdruck, reagieren kaum auf andere Personen und sind nur unter großen Mühen aufzuwecken. Nach dem Erwachen erinnern sich die Betroffenen nicht an die Episode (Amnesie), ansonsten besteht nach dem Aufwachen (außer einer kurzen Phase von Verwirrung oder Desorientiertheit) keine Beeinträchtigung der geistigen Aktivität oder des Verhaltens.
- ***Nachtangst*** (Pavor nocturnus) (F51.4): wiederholte Episoden (zwei oder mehr), in denen die Betroffenen (meist im ersten Schlafdrittel) aus dem Schlaf mit einem Panikschrei aufwachen, einhergehend mit heftiger Angst, Körperbewegungen und Stress (Tachykardie, schneller Atmung, Schweißausbruch). Bemühungen anderer Personen, während der Episode auf den Betroffenen einzuwirken, bleiben ohne Erfolg bzw. haben Desorientiertheit und Bewegungsstereotypien zur Folge. Eine Episode dauert bis zu 10 Minuten.
- ***Albträume*** (F51.5.): Das Aufwachen aus dem Nachtschlaf oder dem Nachmittagsschlaf mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an heftige Angstträume. Diese haben meistens Bedrohungen des eigenen Lebens, der Sicherheit oder des Selbstwertgefühls zum Inhalt und verursachen bei den Betroffenen einen erheblichen Leidensdruck. Nach dem Aufwachen aus dem Angsttraum sind die Betroffenen rasch orientiert und wach.

Als organisch bedingte Schlafstörungen werden ***Ein- und Durchschlafstörungen*** (G47.0), ***Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus*** (G47.2) und ***Schlafapnoe*** (G47.3) aufgeführt.

Physiologie: Der Schlaf ist ein durch das Schlafzentrum kontrollierter aktiver Erholungsprozess der Stoffwechselvorgänge im Gehirn. Er ist gekennzeichnet durch Bewusstseinsminderung bei jederzeitiger Erweckbarkeit durch Reize und eine Umstellung des Vegetativums (Bradykardie, Hypotonie, Muskelentspannung, langsame Atmung). EEG: Der Wachzustand ist vorwiegend durch Alpha- und Betawellen gekennzeichnet, während im Schlaf Deltawellen mit hohen Amplituden vorherrschen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schlafstörungen (3) – Symptomatik



Leitsymptom der Schlafstörung ist die ***fehlende Erholsamkeit*** des Schlafes. Unter diesem Begriff werden verzögertes Einschlafen, gestörtes Durchschlafen und zu frühes Erwachen subsumiert. Bei einem unerquicklichen Schlaf kann auch tagsüber eine mehr oder minder intensive Schläfrigkeit auftreten, in deren Rahmen ***Wachheit*** und die Fähigkeit zu ausdauernder ***Aufmerksamkeit*** (Vigilanz) herabgesetzt sind. Zusätzlich können die Betroffenen auch tagsüber einem nicht immer gleich stark ausgeprägten Drang ausgesetzt sein einzuschlafen. Als weitere typische Symptome gelten ***Reizbarkeit***, ***Ruhelosigkeit***, ***Angst*** und andere mit Müdigkeit zusammenhängende Symptome vom Leistungsknick bis hin zu Wesensänderung. In schweren Fällen kommt es insbesondere durch diese Symptome auch zu Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Situation der Patienten.

Die Erscheinungen müssen mindestens einen Monat lang an drei Tagen einer Woche auftreten, um ihnen einen Krankheitswert zumessen zu können. Ist der Schlaf dabei nicht erholsam, kommt es tagsüber zu Beeinträchtigungen von Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit und sie werden als ***schwer*** bezeichnet. Konkret sollte ein gesunder Mensch mindestens 30 Minuten nach dem Bettgang einschlafen, nicht früher als 30 Minuten nach dem Einschlafen wach sein (bei älteren Personen bis zu 2 Std.) und nicht vor 5:00 Uhr morgens aufwachen (ohne wieder einschlafen zu können). Sehr ähnlich zeigen sich klinisch die ***idiopathische***, die ***gelernte*** und manchmal auch die ***Pseudo-***Insomnie, weshalb beide oft nur schwer zu unterscheiden sind.

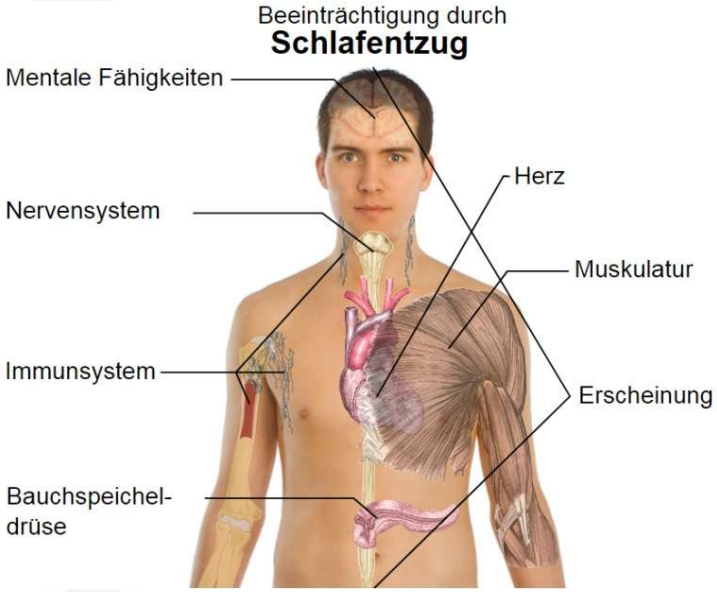
Konkrete Maße, ab wann ein Schlaf nicht mehr erholsam ist, existieren nicht. Bezüglich der Schlafdauer formuliert die ***Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin*** in der AWMF-Leitlinie: „Es gibt keine verbindliche zeitliche Norm für die Menge an Schlaf, die erforderlich ist, eine Erholsamkeit zu gewährleisten. Die meisten Menschen kennen aus eigener Erfahrung die benötigte Schlafmenge“.

Typisch für ***Atemstörungen*** während des Schlafes (Schlafapnoe-Syndrom) sind zusätzlich nächtliche Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Fettleibigkeit, lautes und unregelmäßiges Schnarchen mit Atempausen, unruhiger Schlaf sowie Beeinträchtigungen von Libido und Potenz.

Bei der ***Pseudo-****Insomnie* korrelieren die klinischen Befunde wie etwa die Leistungsminderung nicht mit der vom Patienten erlebten Störung des Schlafes. Die Betroffenen leiden jedoch vermehrt unter Angst, insbesondere um die eigene Gesundheit und Depressionen. Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko für den Missbrauch von Arzneimitteln oder anderen Substanzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Schlafstörungen (4) – Folgen, Häufigkeit, Behandlung



© PaterMcFly und Mikael Häggström: Häggström diagrams.
https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=7435258

Es existieren viele Studien zu den psychologischen und physischen Auswirkungen von Schlafmangel. In einer bedeutenden Studie der American Cancer Society wurde über eine Million Teilnehmer lediglich nach ihrer durchschnittlichen Schlafdauer befragt. Sie zeigte, dass Teilnehmer die weniger als 6 Stunden oder mehr als 9 Stunden pro Nacht schliefen, eine ***höhere Sterblichkeitsrate*** aufweisen, als für ihr Alter erwartet worden war.

Andere Untersuchungen konnten die psychologischen und physischen Konsequenzen von Schlafmangel genauer dokumentieren: ***Schläfrigkeit***, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite, Irritation, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen, fehlendes Selbstwertgefühl, Impulsivität und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen. Gut untersuchte physische ***Konsequenzen von Schlafmangel*** sind ***Fettleibigkeit***, ***beeinträchtigte Glukosetoleranz*** und höhere Werte von ***Diabetes***, ***Bluthochdruck***, ***Herzinfarkt*** und ***Schlaganfall***.

Epidemiologie: 20% der Bevölkerung klagt über Schlafstörungen. 5% der Insomnien sind behandlungsbedürftig. Die Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Insomnien sind primär psychogener Ursache. Insomnien werden häufiger im höheren Alter, sie überwiegen bei Frauen.

Schlafhygiene: Regelmäßige Zeiten des Zubettgehens; leicht verdauliches Abendessen; Abendspaziergang; abends kein Alkohol, kein Koffein, kein Nikotin; Ruhe und Kühle im Schlafzimmer; den Tag ausklingen lassen; Belastungsfaktoren und Konflikte vor dem Schlafengehen durchsprechen.

Psychotherapie: ***Entspannungsverfahren***, ***paradoxe Intervention*** (Patient soll mit offenen Augen im Bett liegen, wach bleiben und sich nicht ablenken); ***Gedankenstopp*** bei Grübeln; Konzentration auf Bilder / Klänge; ***Hypnotherapie***.

Hypnotika: Benzodiazepine (nicht bei Schlafapnoe), Zopiclon, Chloralhydrat, Melatonin.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (1a) – Freuds Phasenmodell



Sexualität ist der persönlichste Bereich im Leben eines jeden Menschen. Jeder Mensch ist mit seiner ganzen Persönlichkeit individuell und einzigartig. So auch in der Sexualität, die sich in unterschiedlichen Präferenzen und Phantasien ausdrückt. Diese sind Bestandteil der normalen sexuellen Funktionsfähigkeit. Wenn allerdings unsere Phantasien und Wünsche beginnen, uns oder andere Menschen emotional / körperlich zu belästigen oder zu beeinträchtigen, wird die Grenze zur Störung überschritten. Eine Abgrenzung zwischen gesundem und gestörtem sexuellen Verhalten ist jedoch schwierig und abhängig von Erziehung, Kultur und Epoche.

Sigmund Freud zeigte auf, dass der Sexualtrieb (Libido) bereits im Säuglingsalter ausgeprägt ist. Hier handelt es sich zunächst um ein ganz körperliches Verlangen nach Wohlbefinden, hervorgerufen durch innigen Körperkontakt und den saugenden / nährenden Kontakt mit der mütterlichen Brust. Freud entwickelte eine Phasenmodell der kindlichen Entwicklung:

- **Orale Phase (0 – 1,5 Jahre)**: Lustvolles Empfinden beim Saugen an der Brust und der Nahrungsaufnahme.
- **Anale Phase (1,5 – 3 Jahre)**: Lustvolles Erleben der Ausscheidungsfunktionen und der eigenen Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen sowie Lust an der Selbstbestimmung.
- **Phallische (ödipale) Phase (4 – 6 Jahre)**: Lustvolles Erleben der eigenen Geschlechtsorgane, Wahrnehmung der Geschlechtsunterschiede, Werben und Konkurrenzverhalten.
- **Latenzphase (6 – 12 Jahre)**: Das lustvolle Interesse am Geschlechtlichen nimmt zugunsten der Aufmerksamkeit für die soziale Umwelt und die Entwicklung intellektueller Fähigkeiten ab.

Daran schließt sich die **Pubertät** an. Diese ist an die psychosexuelle Entwicklung und Identitätsfindung des Jugendlichen gekoppelt und bringt starke körperliche Veränderungen mit sich. Störungen können in jeder der genannten Phasen auftreten. Ob sich ein Kind gut entwickelt, hängt u.a. davon ab, welche Einstellung die Eltern zur eigenen **geschlechtlichen Identität und Sexualität** haben, welche **Qualität der Paarbeziehung** die Eltern leben (Modelllernen) und wie viel **emotionale / körperliche Nähe** sowie **Autonomie** die Eltern dem Kind gegenüber zulassen. Beziehungserfahrungen sind lebenslang eng mit der Sexualität verknüpft.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (1b) – Eriksons Phasenmodell

Psychosoziale Krisen	Beziehungs-personen	Elemente der Sozialordnung	Psychosoziale Modalitäten	Psychosexuelle Phasen
Vertrauen vs. Misstrauen	Mutter	Kosmische Ordnung	Gegeben bekommen und selbst geben	Oral-respiratorisch
Autonomie vs. Scham, Zweifel	Eltern	Gesetz und Ordnung	Festhalten und loslassen	Anal-urethral
Initiative vs. Schuldgefühl	Familie	Ideale Leitbilder	Spielen und real handeln	Infantil-genital
Werkssinn vs. Minder-wertigkeitsgefühl	Wohngegend, Schule	Technologische Elemente	Real handeln (mit anderen)	Latenz
Identität und Ablehnung vs. Diffusion	Peergroup, Vorbilder	Ideologische Perspektiven	Wer bin ich (nicht) in der Gemeinschaft	Pubertät
Intimität und Solidarität vs. Isolierung	Freunde, sexuelle Partner, Rivalen, Mitarbeiter	Arbeits- und Rivalitätsordnungen	Sich im anderen verlieren und finden	Genitalität
Generativität vs. Selbstabsorption	Gemeinsame Arbeit, Gemeinschaft in der Ehe	Zeitströmungen in Erziehung und Tradition	Schaffen und versorgen	
Integrität vs. Verzweiflung	Menschheit, Geburt und Tod	Weisheit	Sein, was man geworden; wissen, dass man einmal nicht mehr sein wird	

Erik H. Erikson (1966/1994): Identität und Lebenszyklus.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (2) – Sexuelles Begehren / Erregung / ICD-10

Der Ursprung der Ehe liegt in der Sehnsucht nach dem tiefen, tiefen Frieden des Doppelbetts, der dem Getümmel auf der Chaiselongue folgt.

Mrs. Patrick Campbell, engl. Schauspielerin (1865-1940)

Wenn ein Mädchen heiratet, tauscht sie die Aufmerksamkeiten vieler Männer gegen die Unaufmerksamkeit eines einzelnen ein.

Helen Rowland, Sängerin

Das **sexuelle Begehren** des Menschen ist **Teil der zwischenmenschlichen Kommunikation**. Es ist Ausdruck unserer **Sehnsucht nach Bindung**. Über das Medium Sexualität tauschen wir **komplexe Signale und Botschaften** aus (Ich- und Du-Botschaften). Das sexuelle Begehren umfasst auch die Intensität und Tiefe unserer **inneren Beteiligung** an der sexuellen Begegnung (Geilheit oder Leidenschaft). Sexuelles Begehren wird **genährt von Erotik** und das Erfahren des Partners mit allen Sinnen. Es hängt stark von der jeweiligen **Kultur** ab (Westeuropa, Afrika, China, Südsee). Und weil unser Neokortex in der Lage ist, sexuelle Sinnesreize zu **modulieren**, reicht ein rein biologisches „Triebmodell“ zum Verständnis unseres sexuellen Begehrens nicht aus.

Bei der **sexuellen Erregung** lassen sich vier Phasen unterscheiden:

- **Erregungsphase**: Zunehmendes Lustgefühl und Gefäßverengung im Bereich der primären Geschlechtsorgane, Puls- und Blutdruckanstieg, erhöhte Atemfrequenz, Muskelanspannung, Schleimsekretion (Lubrikation) der Vagina.
- **Plateauphase**: Weiter zunehmendes Lustgefühl mit den o.g. körperlichen Reaktionen.
- **Orgasmusphase**: Intensives Lustgefühl, rhythmische Kontraktion der Beckenmuskulatur bzw. Ejakulation.
- **Entspannungsphase**: Gefühl der Befriedigung und Entspannung plus Erregungsabfall. In der Entspannungsphase ist bei Männern eine erneute sexuelle Erregung für eine bestimmte Zeit (Refraktärzeit) nicht möglich. Die Länge der Refraktärzeit variiert individuell / altersabhängig.

Unter Sexualstörungen verstehen wir Störungen im Bereich des sexuellen Verhaltens **sexuelle Funktionsstörungen** (F52), **Störungen der Geschlechtsidentität** (F64) **und Störungen der Sexualpräferenz** (F65). Die Sexualstörungen werden in der ICD-10 aufgeteilt und den Kapiteln F5 **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen** und F6 **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** zugeordnet.

Die sexuelle Orientierung (homo- / hetero- / bisexuell) beschreibt die Variationsbreite normalen sexuellen Verhaltens. **Homosexualität** gehört darum nicht (mehr) zu den sexuellen Störungen, gleichwohl Menschen unter ihrer Homosexualität leiden können.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (3a) – Einteilung der sexuellen Funktionsstörungen (F52)



Störungen der sexuellen Appetenz (Anhedonie):

- **Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen**: Der Mangel an Verlangen ist das Grundproblem. Er beruht nicht auf anderen sexuellen Schwierigkeiten, z.B. Erektionsstörungen oder Scheidenkrampf (Vaginismus). Mangel an sexuellem Verlangen schließt sexuelle Erregung und Befriedigung nicht aus, sondern bedeutet, dass **sexuelle Aktivitäten** (z.B. stressbedingt) **seltener begonnen** werden.
- **Sexuelle Aversion** (Sexualphobie): Sexualfeindliche Erziehung oder Traumata.
- **Gesteigertes sexuelles Verlangen**: Jugendliche und junge Erwachsene berichten gelegentlich über ein gesteigertes sexuelles Verlangen als eigenständiges Problem. Handelt es sich um ein **sekundär gesteigertes Verlangen** wie bei einer **Manie** oder **Demenz**, ist die zugrunde liegende Störung zu kodieren.

Störungen der sexuellen Erregung:

- **Versagen genitaler Reaktionen: Erektionsstörung** (psychisch, funktional oder hormonell bedingt) bzw. Mangel / Ausfall der **vaginalen Schleimproduktion** (Lubrikation) (psychisch, funktional oder durch Östrogenmangel bedingt).
- **Orgasmusstörung:** Der Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein. Dies kann situativ (z.B. bei Stress) oder überdauernd auftreten.
- **Vorzeitige Ejakulation:** Unfähigkeit, die Ejakulation so zu kontrollieren, dass der Geschlechtsverkehr für beide Partner befriedigend ist. In schwerwiegenden Fällen kann die Ejakulation vor der Einführung des erigierten Penis in die Vagina (oder sogar ohne Erektion) erfolgen.

Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen:

- **Nicht organisch bedingter Scheidenkrampf** (Vaginismus): Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Eingang verschlossen wird. Die Einführung des Penis in die Vagina ist unmöglich oder schmerzhaft.
- **Nicht organisch bedingte Schmerzen bei der sexuellen Vereinigung** (Dyspareunie). [Anmerkung: Meist findet sich jedoch eine lokale funktionelle Ursache.]

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (3b) – Ein kleiner Exkurs: Love Shyness



Love Shyness (*Liebesschüchternheit*) wurde vom US-amerikanischen Psychologen Brian G. Gilmartin erforscht. Der Begriff beschreibt eine Form von chronischer Schüchternheit. Für betroffene Personen ist es schwierig, gegenüber potentiellen Sexualpartnern positiv zur Geltung zu kommen. Insbesondere ist es für Betroffene aufgrund starker Angstgefühle oft unmöglich, mit als attraktiv empfundenen Menschen eine Konversation zu starten.

Gilmartin hat das Phänomen bei heterosexuellen Männern untersucht und ist zum Schluss gekommen, dass **Love Shyness** rund 1,5 Prozent aller US-amerikanischen Männer betrifft und damit ungefähr 1,7 Millionen US-Männer von Heirat und Erleben von Intimkontakt zu Frauen abhält. Die soziale Rollenverteilung weist heterosexuellen Männern die aktive Rolle bei der Beziehungsanbahnung zu. Gilmartin hat sechs Kriterien für den „liebesschüchternen“ Mann definiert:

- Er ist jungfräulich, das heißt, er hat noch keinen Geschlechtsverkehr erlebt.
- Er ist ein Mann, der sehr selten mit Frauen ausgeht.
- Er ist ohne Erfahrung mit Liebesbeziehungen.
- Er leidet unter seinem Mangel an amourösen Erfahrungen.
- Er leidet unter Ängsten, die ihn davon abhalten, sich Frauen zu nähern. Dies ist der essentielle Punkt von **Love Shyness**.
- Er ist heterosexuell.

Gilmartin hat die Existenz von weiblichen oder homosexuellen Betroffenen nicht ausgeschlossen, zweifelt aber, dass diese aufgrund der sozialen Rollenverteilung dieselben negativen Effekte wie ihre heterosexuellen, männlichen Leidensgenossen erleben. Nach Gilmartin können Personen aller Altersgruppen, Ethnien, Geschlechter und sexueller Orientierungen liebesschüchtern sein. Gilmartin studierte 200 liebesschüchterne College-Studenten (Alter 19-24 Jahre), 100 ältere liebesschüchterne Männer (Alter 35-50 Jahre) und eine Vergleichsgruppe von 200 „nichtschüchternen“ Studenten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (4) – Störungen der Geschlechtsidentität (F64)



Im ICD-10 zählt **Transsexualismus** (F64.0) als Geschlechtsidentitäts-störung zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Im ICD-11 wurde diese Klassifikation (2018 von der WHO verabschiedet) gestrichen.

Stattdessen ist im ICD-11 der Begriff ***gender incongruence*** („geschlechtliche Nichtübereinstim-mung“) aufgeführt, der **wertfrei** als Zustand gesehen wird, der medizinisch von Belang ist.

Störungen in der **Annahme des eigenen biologischen Geschlechts** und der **Wunsch, die Identität des anderen Geschlechts anzunehmen**, werden als Störungen der Geschlechtsidentität bezeichnet. Im ICD-10 sind sie dem Kapitel **F6** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet.

- **Transsexualität** (F64.0): Es besteht der **dauerhafte** Wunsch, als Angehöriger des anderen biologischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Gegenüber dem eigenen Geschlecht besteht ein Gefühl des Unbehagens, der Nichtzugehörigkeit. Der betroffene Mensch hat das Gefühl, im „falschen“ Körper zu leben. Es besteht der **Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung**, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzupassen. Dieser Wunsch ist unabhängig von der sexuellen Orientierung.
- **Transvestitismus** unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1): Die Betroffenen wollen **zeitweilig** die Erfahrung der **Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht** erleben. Dabei wird auch gegengeschlechtliche Kleidung getragen. Der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung oder chirurgische Korrektur besteht **nicht**.

Im Transsexuellen-Gesetz von 1980 werden die Namensänderung und die Personenstandsänderung von Transsexuellen geregelt. Zwei unabhängige Sachgutachter müssen bestätigen:

- Für die Namensänderung: Ablehnung des biologischen Geschlechts seit mehr als 3 Jahren, eine Änderung der subjektiven Geschlechtszugehörigkeit (Rollenidentität) ist unwahrscheinlich.
- Für die Personenstandsänderung: Vollzogene operative Geschlechtsumwandlung, dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit.

Fetischismus – Eine Geschichte aus dem Jahr 1886

Eine Dame berichtet von ihrer Hochzeitsnacht: „Mein Mann kam zu mir, begnügte sich allerdings damit, mich zu küssen und in meinem kurzen, nicht gerade fülligen Haar zu wühlen. Dann legte er sich zur Seite und schlief ein. In der dritten Nacht zauberte er plötzlich eine Langhaarperücke hervor und bat mich, sie aufzusetzen. Ich tat ihm den Gefallen. Kaum war dies geschehen, holte er mehr als reichlich seine eheliche Pflicht nach. Auch am nächsten Morgen begann er wieder zärtlich zu werden, allerdings erst, nachdem er die Perücke liebkost hatte. Als ich die Perücke absetzte, weil sie mir allmählich unbequem wurde, hatte ich für ihn jeden Reiz verloren.“ Aus: Comer: Klinische Psychologie, Heidelberg / Berlin 2001.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (5) – Störungen der Sexualpräferenz (F65)

Paraphilie ist die Sammelbezeichnung für alle Formen sexueller Befriedigung, die an ungewöhnliche Bedingungen geknüpft sind. Früher sprach man von **Perversionen** oder **sexueller Deviation**. Der sexuelle Impuls richtet sich entweder auf nicht-menschliche Objekte (Fetischismus, Sodomie), auf Leiden oder Demütigung der eigenen Person (Masochismus), des Sexualpartner (Sadismus) oder Kinder (Pädophilie, Päderastie) bzw. Personen, die mit der sexuellen Interaktion nicht einverstanden sind (z.B. Exhibitionismus). Es handelt sich i.d.R. um **zwanghafte sexuelle Verhaltensweisen** von oft in sich selbst unsicheren Personen, die zu „normalem" sexuellen Kontakt nicht fähig sind. Als Ursachen müssen auch **organische Störungen** (z.B. Hirntumoren, psychotische Residuen) in die Diagnosefindung einbezogen werden. Die Störungen im Einzelnen:

- **Fetischismus** (F65.0): Gebrauch toter Objekte als Stimuli für die sexuelle Erregung und zur sexuellen Befriedigung. F65.0 wird diagnostiziert, wenn der Fetisch die wichtigste Quelle sexueller Erregung darstellt oder für die sexuelle Erregung unerlässlich ist.
- **Fetischistischer Transvestitismus** (F65.1): Kleidung des anderen Geschlechts wird i.d.R. zur sexuellen Erregung getragen.
- **Exhibitionismus** (F65.2): Wiederholte oder ständige Neigung, die eigenen Genitalien vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit zu entblößen, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen. Meist geht das Zeigen mit sexueller Erregung einher, oft kommt es zur Masturbation.§
- **Voyeurismus** (F65.3): Wiederholt auftretender oder ständiger Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder Intimitäten (z.B. Entkleiden) zuzusehen. Dies passiert i.d.R. heimlich und führt zu sexueller Erregung und Masturbation.§
- **Pädophilie** (F65.4): Sexuelle Präferenz für Kinder, die sich meist in der Vorpubertät bzw. frühen Pubertät befinden.§
- **Sadomasochismus** (F65.5): Es werden sexuelle Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen und Erniedrigung durch gewaltsame Praktiken bevorzugt. Ist das Erleiden der Erniedrigung mit sexueller Stimulation verbunden, handelt es sich um Masochismus. Wenn die sexuelle Erregung durch das Zufügen von Qualen und Erniedrigung erreicht wird, spricht man von Sadismus.§
- **Multiple Störungen der Sexualpräferenz** (F65.6): Eine häufige Kombination ist Fetischismus, Transvestitismus und Sadomasochismus.
- **Sonstige Störungen der Sexualpräferenz** (F65.8): Obszöne Telefonanrufe§, Frotteurismus, sexuelle Handlungen an Tieren (Sodomie), Strangulieren und Nutzung der Luftnot zur Steigerung der sexuellen Erregung.

§ Strafrechtlich relevant

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (6) – Diagnostik und Epidemiologie sexueller Störungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind die häufigsten Sexualstörungen. Bei Frauen überwiegen **Appetenz-störungen**, bei Männern ist die **vorzeitige Ejakulation** am häufigsten.

Mann-zu-Frau-Transsexualität tritt bei 1 : 40.000 und Frau-zu-Mann-Transsexualität bei 1 : 100.000 Einwohnern auf. Während Trans-sexualität somit auch Frauen betreffen kann, kommen **Transvestitismus** und **Fetischismus** fast nur bei Männern vor. **Sadismus** ist auch häufiger bei Männern anzutreffen.
20% der **Sexualstrafdelikte** werden von Exhibitionisten und 15% von Pädophilen begangen (Dunkelziffer!).

Sexuelle Funktionsstörungen bessern sich zu 50 – 70% unter Therapie. Die besten Erfolge werden bei **Vaginismus**, **ausbleibendem Orgasmus**, **vorzeitiger Ejakulation** und **Erektionsstörungen** erzielt. Die Behandlung der Appetenzstörung ist weniger erfolgreich. Störungen der Sexualpräferenz haben häufig einen **zwanghaften Charakter** und sind daher schwer zu beeinflussen.

Voraussetzung für die Diagnosestellung einer sexuellen Störung sind eine tragfähige und **vertrauensvolle Beziehung** zwischen dem Patienten und Therapeuten, eine ausführliche Sexualanamnese, eine **Einbeziehung des Partners**, der **Ausschluss einer weiteren psychischen Störung** (Depression, Persönlichkeitsstörung, Abhängigkeitserkrankung) sowie ggf. die **körperliche Untersuchung** und organische Abklärung.

Ein höheres Lebensalter kann das Sexualleben verändern. Sexuelle Bedürfnisse älterer Menschen sollten nicht tabuisiert werden. Wichtig ist es, die Veränderungen durch das Alter von organischen Grunderkrankungen, die im Alter zunehmen, abzugrenzen.

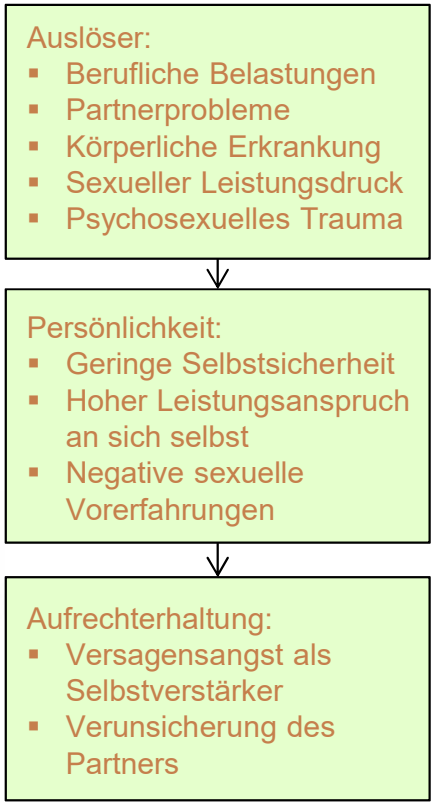
Bestandteile der Sexualanamnese:

- **Sexuelle Problematik**: Häufigkeit, Dauer, Auslöser, Auftreten während bzw. nach dem sexuellen Reaktionszyklus.
- **Frühkindliche Entwicklung**: Umgang der Eltern mit dem „Tabuthema“ Sexualität.
- **Masturbationserfahrungen**: Häufigkeit, Beginn, Schuldgefühle.
- **Erste sexuelle Kontakte**: Positive / negative Bewertung der Emotionen und Erfahrungen, homo-/heterosexuelle Erfahrungen, erster Geschlechtsverkehr.
- **Partnerschaften**: Partnertyp, Partnerwechsel, Häufigkeit sexueller Kontakte, Auftreten sexueller Probleme, aktuelle Partnerschaft.
- **Sexuelle Orientierung und Sexualpraktiken**: Homo-/hetero-/bisexuell, Vorlieben, ungewöhnliche Sexualpraktiken.
- **Krankheitswert** für den Patienten und **Entwicklungswunsch**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (7) – Ätiologie sexueller Störungen

Sexuelle Funktionsstörungen können durch Versagensängste und Verunsicherungen des Partners erklärt werden:



Unter den sexuellen Funktionsstörungen werden alle die Störungen umfasst, die sich nicht durch eine organische Ursache erklären lassen. Die **organisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen** werden als sexuelle Dysfunktionen beschrieben:

- **Kardiovaskuläre Erkrankungen** (koronare Herzerkrankungen, Arteriosklerose, Gefäßverengungen im Genital-/Beckenbereich) verursachen Erektionsstörungen.
- **Stoffwechsel- bzw. Hormonstörungen** (Diabetes mellitus, Hypophysentumoren, Hyperthyreose, Östrogenmangel) verursachen Erektions- bzw. Lubrikationsstörungen.
- **Tumoren** (im Becken) verursachen Dyspareunie bzw. Erektionsstörungen.
- **Entzündungen** (z.B. Vaginose) verursachen Dyspareunie.
- **Neurologische Erkrankungen** (Bandscheibenvorfall, Polyneuropathie, Multiple Sklerose) verursachen Erektions- bzw. Lubrikationsstörungen.
- **Prostata-Operationen** verursachen Erektionsstörungen.
- **Alkohol**, andere **Drogen** und **Medikamente** verursachen Erektionsstörungen.

Psychische Ursachen der sexuellen Funktionsstörungen können sein:

- **Partnerschaftsprobleme**, **Probleme der Persönlichkeit** (Selbstwert, soziale Unreife).
- **Sexueller Leistungsdruck**, **berufliche Belastungen**.
- **Negative sexuelle Vorerfahrungen** (insb. Missbrauch).
- **Frühkindliche Sexualentwicklung** (z.B. emotional kaltes bzw. restriktives Elternhaus (**klassische Konditionierung**), Tabuthema Sexualität und gelebtes Beziehungsverhalten der Eltern (**Modelllernen**)).

Pädophilie / Pädosexualität entwickelt sich gewöhnlich in der Adoleszenz. Viele Pädophile wurden als Kinder **sexuell missbraucht**. Es besteht die Vermutung, dass die Hauptursache für Pädophilie oft in sozialer / sexueller **Unreife** und im Erleben negativer **Machtstrukturen** zu suchen ist (in der Folge z.B. Angst vor Sex mit einem erwachsenen Sexualpartner).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Sexuelle Störungen (8) – Therapie sexueller Störungen



Sexuelle Störungen erfordern nicht immer eine gezielte Therapie. Ein vertrauensvolles und offenes Gespräch, bei dem die Sexualität nicht tabuisiert wird, kann für ein Paar entscheidende Informationen enthalten, die zur Entspannung und zum Verständnis beim sexuellen Umgang miteinander beitragen können. Die Beratung durch den Therapeuten füllt Wissenslücken, klärt Missverständnisse, entkräftet Mythen und lenkt den Blick auf partnerschaftliche Konflikte, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Bewährt hat sich das gestufte Beratungsmodell **PLISSIT** (Jack Annon), bei dem als letzte Stufe dem Patienten eine psychotherapeutische Intervention angeboten werden kann:

- **Stufe 1 (P = Permission)**: Die Haltung des Therapeuten erlaubt es dem Patienten und seinem Partner offen über Bedürfnisse und Probleme zu sprechen. Ängste und Tabus werden so abgebaut und das Gespräch erhält Modellcharakter für den Patienten und seinen Partner.
- **Stufe 2 (LI = Limited Information)**: Der Therapeut gibt gezielte Informationen zum sexuellen Problem des Patienten bzw. Paares. Zurückhaltung des Therapeuten bei der Deutung und Interpretation der Störung, um den Patienten nicht zu überfordern.
- **Stufe 3 (SS = Specific Suggestion)**: Entsprechend der vermuteten Entstehung der Störung gibt der Therapeut spezifische Ratschläge und Empfehlungen.
- **Stufe 4 (IT = Intensive Therapy)**: Psychotherapeutische Intervention entsprechend dem Störungsbild, seiner Entstehung und Aufrechterhaltung.

Übungsprogramme bei sexuellen Funktionsstörungen (siehe z.B. Masters & Johnson, 1973):

- **Sensualitätstraining** bei Erektionsstörungen bzw. Vaginismus: Das Paar wird angeleitet, Zärtlichkeiten auszutauschen, die erogenen Zonen des Partners zu erspüren und eine Atmosphäre entstehen zu lassen, in der Sexualität nicht als Leistung verstanden wird, die erbracht werden muss. Direkte Stimulierung und sexuelle Vereinigung werden ausgespart.
- **Tease (Stimulation) & Squeeze** bei vorzeitiger Ejakulation: Der Mann lernt mit Hilfe seiner Partnerin, seine Reflexe besser zu kontrollieren.
- **Genuss- und Entspannungstraining** sowie **TCM** bei Vaginismus.
- **Sexuelle Neuorientierung** bei Pädophilie: Zunehmende Einstreuung „erwachsener“ Pornografie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (1) – Begriffe



Persönlichkeit beschreibt die **psychophysischen Eigenschaften** einer Person. Diese Eigenschaften bestimmen ihr **individuelles Erleben und Verhalten**. Störungen der Persönlichkeit sind tief verwurzelte und weitgehend stabile Verhaltensmuster bzw. Charaktereigenschaften, die in ihrer Intensität, Dauer und inhaltlichen Ausprägung deutlich von denen anderer Personen abweichen und sich auf viele Bereiche des täglichen Lebens (z.B. Partnerschaft, Berufstätigkeit) auswirken können.

Bei leichter Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung (PS) spricht man von einer **akzentuierten Persönlichkeit**. Meist zeigt sich eine PS in einer unflexiblen bzw. starren Haltung in verschiedenen Lebenssituationen.

Starre Gefühls-, Denk- und Verhaltensmuster reichen oft bis in die **Jugendzeit** zurück und sind über Jahre hinweg stabil. Dabei haben sich die Betroffenen mit ihren Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen identifiziert und empfinden dies nicht als Störung, sondern als zu ihrer Persönlichkeit gehörend (**ich-synton**). Darum fehlt in vielen Fällen der persönliche Leidensdruck. Die Betroffenen reagieren oft erst dann irritiert, wenn das soziale Umfeld ihr Verhalten nicht mehr toleriert und es zunehmend zu Problemen im zwischenmenschlichen Bereich kommt.

PS wurden im triadischen System (Schneider) den **psychogenen Krankheiten** zugeordnet und als „abnorme Persönlichkeiten“ oder „Psychopathien“ bezeichnet. Der Begriff der **Charakterneurose** entstammt der psychoanalytischen Tradition. Er basiert auf dem Konzept der Neurosen und beschreibt die Akzentuierung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale.

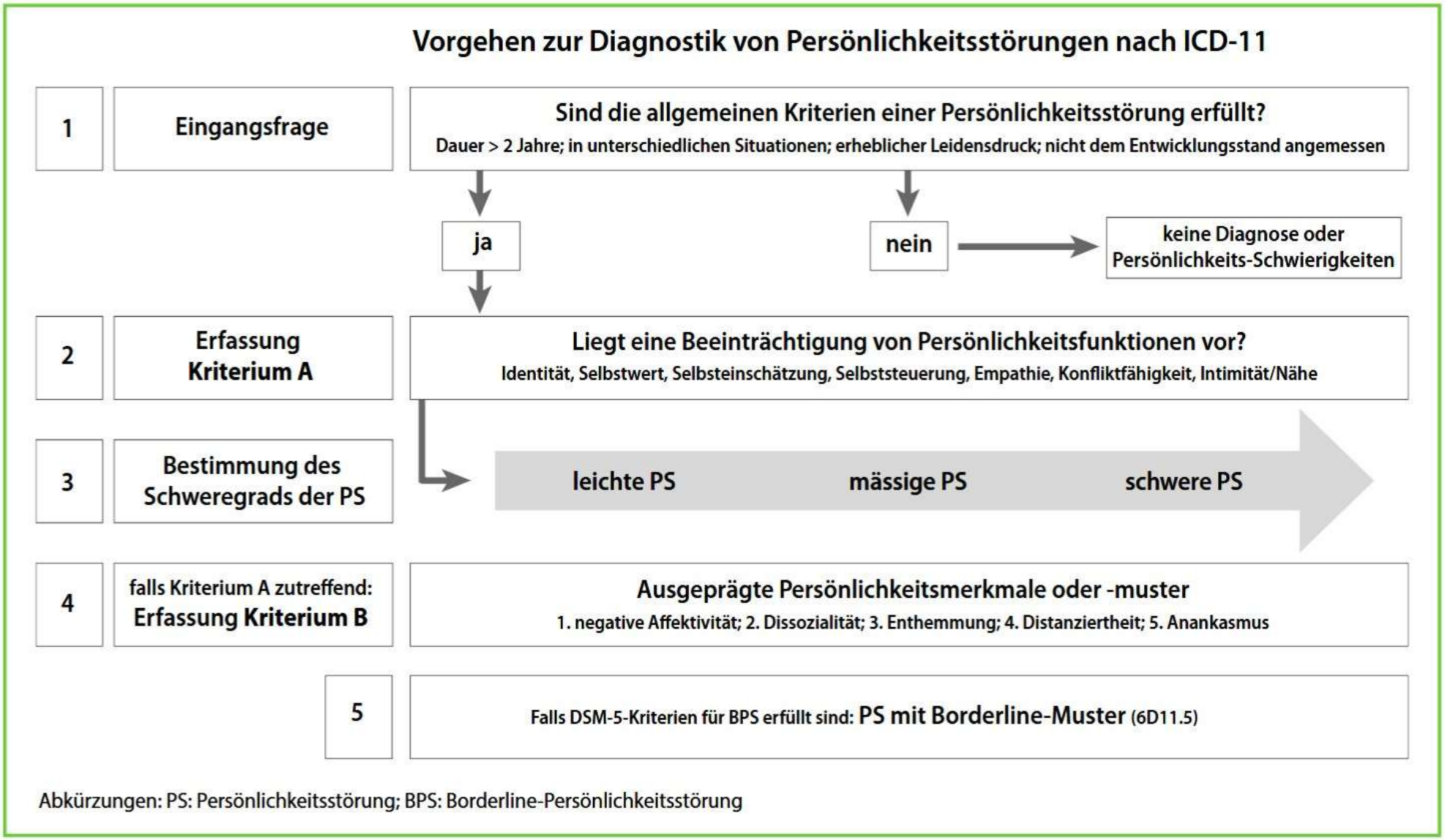
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (2) – Übersicht der Persönlichkeitsstörungen (ICD-10)

Persönlichkeitsstörung (PS)	Differenzialdiagnosen	Komorbidität
Paranoide PS (F60.0) (2%) (m > w)	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie; wahnhafte Störung; organische Erkrankungen; Drogenabhängigkeit	Depressive Störung, Angststörung, Zwangsstörung, **Drogenabhängigkeit**, weitere PS
Schizoide PS (F60.1) (< 2%) (m > w)	Schizotype Störung, paranoide und anankastische Persönlichkeitsstörung; autistische Störung; Drogenabhängigkeit; organische Erkrankungen	Weitere PS, depressive Störung, Angststörung, somatoforme Störung
Dissoziale PS (F60.2) (bis 5%) (m > w)	Narzisstische Persönlichkeitsstörung	**> 30% Drogenabhängigkeit**; **ADHS**; weitere PS
Emotional instabile PS – impulsiv oder Borderline-Störung (F60.3) (2%) (w > m)	Depressive Störungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, andere Persönlichkeitsstörungen	Depressive Störung, Angststörung, **Drogenabhängigkeit**, Schlafstörung, Essstörung, Zwangsstörung, weitere PS
Histrionische PS (F60.4) (2-3%) (w > m)	Narzisstische und abhängige Persönlichkeitsstörung	Depressive Störung, Angststörung, Zwangsstörung, **Drogenabhängigkeit**, somatoforme Störung
Anankastische PS (F60.5) (2%) (m > w)	Zwangsstörung, depressive Störungen, organische psychische Störungen	Depressive Störung, Angststörung, somatoforme Störung
Ängstliche (vermeidende) PS (F60.6) (1%) (w > m)	Soziale Phobie, schizoide und abhängige Persönlichkeitsstörung	Angststörung, Zwangsstörung, depressive Störung, somatoforme Störung
Abhängige (asthenische) PS (F60.7) (1%) (w > m)	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	Angststörung, depressive Störung, **Drogenabhängigkeit**, Zwangsstörung, weitere PS
Narzisstische PS (F60.8) (< 1%) (m > w) (75% Männer)	Histrionische Persönlichkeitsstörung, organische psychische Störungen, Manie	Depressive Störung, **Drogenabhängigkeit**, soziale Phobie, somatoforme Störung, Essstörung, weitere PS

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (2a) – Diagnose-Algorithmus zur Bestimmung einer PS



Quelle: Klaus Schmeck (2024): Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11. *Psychiatrie + Neurologie 2/2024*, S. 10-13.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (3) – Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)



Die paranoide PS ist durch ein **ausgeprägtes Misstrauen** und eine **tiefe Argwohn** gegenüber anderen Menschgen gekennzeichnet. Harmlose Handlungen oder unbedeutende Ereignisse werden als **Angriff auf die eigene Person** oder als **Verschwörung** erlebt. Auch findet sich häufig ein ausgeprägtes **Misstrauen**, eine übertriebene Empfindlichkeit und ein starres, streitsüchtiges Beharren auf den eigenen Rechten. Oft besteht die Neigung zur pathologischen **Eifersucht**. Typisch sind:

ICD-10: 4 müssen gelten:

- **Misstrauen** und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich fehlgedeutet werden.
- Übertriebene **Empfindlichkeit** gegenüber Kritik, Beleidigungen, Rückschlägen und Zurücksetzungen.
- Tendenz zu **überhöhtem Selbstwertgefühl**, ständige **Selbstbezogenheit**.
- Empfindliche, unbelehrbar **rechthaberische** Haltung.
- Gegenüber der sexuellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners entsteht häufiges ungerechtfertigtes **Misstrauen** und **Eifersucht**.
- **Streitsüchtiges** und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf den eigenen Rechten (Querulantentum).
- Ungerechtfertigte Gedanken an **Verschwörungen** als Erklärungen für die Ereignisse in der näheren Umgebung und in der Welt.

Sozialer Rückzug und Vereinsamung als häufige Folge des paranoiden Denkens.

Typische Denkinhalte sind: „Traue nur dir selbst, anderen kann man nicht vertrauen“ und „alle wollen mich hintergehen, ich muss wachsam sein“. Das von paranoiden Menschen erlebte Misstrauen führt nicht selten zu **starken Ängsten** vor den vermeintlich wahrgenommenen Bedrohungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (4) – Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)



Schizoide Persönlichkeiten weisen einige Wesensmerkmale einer **schizophrenen Psychose** auf, eine Nähe zur Schizophrenie wird aber nicht gesehen. Typisch ist die **Zwiespältigkeit der Empfindungen**. So können die Betroffenen z.B. den Wunsch nach Nähe und Geborgenheit haben. Sie erhalten und vermitteln diese Nähe jedoch nicht, weil ihnen die nötige Empathie fehlt. Die schizoide PS ist geprägt von einer **Distanziertheit** im zwischenmenschlichen Kontakt bei gleichzeitiger **emotionaler Kälte**. Typisch sind:

ICD-10: 4 müssen gelten:

- Unvermögen zum Erleben von Freude (**Anhedonie**).
- Introvertiertheit, Verschlossenheit, Distanziertheit.
- Reduzierte Fähigkeit, **Gefühle auszudrücken** oder adäquat **auf die Gefühle anderer zu reagieren**.
- Schwache Reaktion auf Lob und Kritik.
- Mangelndes Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen.
- Übermäßige Inanspruchnahme durch **Phantasiewelten** und **Introvertiertheit**.
- **Einzelgängerische** Aktivitäten.
- Deutlicher Mangel im **Erkennen und Befolgen gesellschaftlicher Regeln** – mit der Folge, dass sich exzentrisches Verhalten entwickelt.
- Mangel an engen, vertrauensvollen Beziehungen.

Fazit: Neigung zu **Isolation und Vereinsamung** infolge mangelhafter soziale Anpassungsfähigkeit.

Typische Denkinhalte sind: „Beziehungen zu anderen schränken mich nur ein und stören“ und „am liebsten bin ich allein, dann komme ich besser zurecht“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (5) – Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)



Menschen mit einer dissozialen (antisozialen, soziopathischen) PS **missachten** soziale und gesellschaftliche **Verpflichtungen und Normen**, neigen wiederholt zu **strafbaren Handlungen** und zeigen eine niedrige Schwelle für **gewalttätiges Verhalten**, auch in der Partnerschaft. Häufig besteht eine Unfähigkeit, das Unrecht oder die eigene **Schuld einzusehen**. Aus Erfahrung wird nicht oder wenig gelernt. „Beim nächsten Mal muss man sich halt geschickter anstellen." Typisch sind:

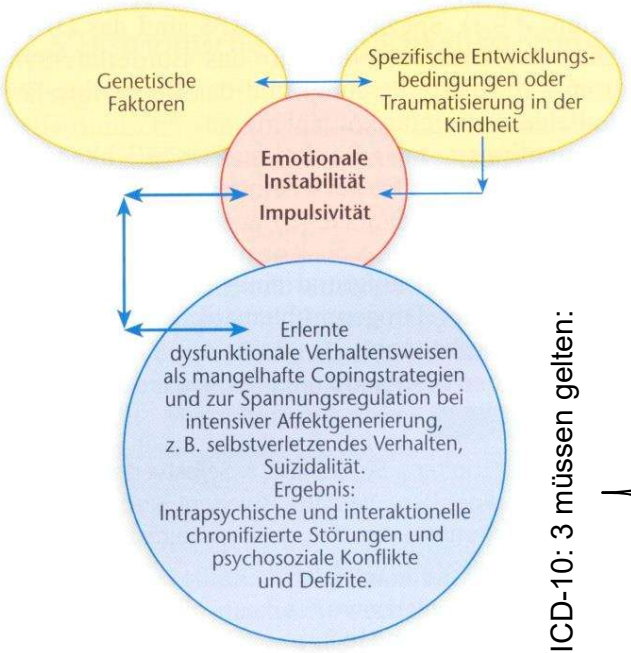
ICD-10: 3 müssen gelten:

- Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer sowie **Mangel an eigenen Gefühlen**.
- Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen; deutliche und andauernde **Verantwortungslosigkeit**.
- Keine Schwierigkeit, Beziehungen einzugehen, aber Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen.
- **Sehr geringe Frustrationstoleranz** und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten.
- **Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein** und zum Lernen aus Erfahrung (insbesondere aus Bestrafung).
- **Neigung, andere zu beschuldigen**. Fadenscheinige Rationalisierungen für das eigene Verhalten, durch das die Person in Konflikt mit dem Gesetz bzw. der Gesellschaft geraten ist.

Erste Anzeichen in der Kindheit sind gehäuftes Lügen, Stehlen, Schulschwänzen, Fortlaufen von zu Hause, früher Drogenkonsum. Typische Denkinhalte sind: „Ich muss mir holen, was mir zusteht", „ich kann mir nur selber helfen" und „ich muss sehen, wo ich bleibe, das machen doch alle".

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (6) – Emotional instabile PS – Borderline (BPS) (F60.3)



Genese einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Borderline drückt aus, dass die Erkrankung im **Grenzbereich** zwischen Neurose und Psychose angesiedelt ist. Die emotional instabile PS vom **Borderline-Typ** zeigt eine gestörte Regulation der Emotionen. Es besteht ein **chronisches Gefühl der inneren Leere**, zwischenmenschliche **Beziehungen sind unbeständig, wechselnd, aber sehr intensiv** (Verschmelzung) und lösen **häufige emotionale Krisen** aus. Es besteht **extreme Angst vor Einsamkeit** und das starke Bestreben, nicht verlassen zu werden (Suizidandrohungen, Ritzen). Typisch sind:

ICD-10: 3 müssen gelten:

- Gestörte Regulation der Emotionen mit **niedriger Reizschwelle** (Gefühlsausbrüche), langdauernde **Spannungszustände** und schnellem **Wechsel intensiver Stimmungen**.
- Unvermögen, einzelne Gefühle differenziert auszuloten.
- **Impulsives und selbstschädigendes Verhalten** (Substanzmissbrauch; Risikoverhalten wie Balancieren auf Brückengeländern, zu schnelles Autofahren; Fressattacken).
- **Wiederkehrende Suiziddrohungen oder Suizidversuche**.
- **Unfähigkeit, Situationen oder Reaktionen vorauszusehen** und das eigene Handeln entsprechend zu steuern.
- **Identitätsstörungen** in Bezug auf das Selbstbild, das Selbstwertgefühl, die Geschlechtsidentität und die Sexualität.
- Vorübergehendes paranoides Erleben, Albträume und Trauma-Flashbacks, Derealisation und Depersonalisation in Krisen.
- Mangelndes Durchhaltevermögen, Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen oder Aufgaben, die nicht unmittelbar belohnt werden. Darum **häufiger Schul- und Arbeitsplatzwechsel**. Dissoziative Verhaltensanteile sind möglich.

Im Vordergrund des **impulsiven Typus** der emotional instabilen PS steht die **mangelnde Impulskontrolle** mit bedrohlichem und gewaltsamem Verhalten. Schwere Borderline-Störungen sollten nur in enger Abstimmung mit einem Psychiater behandelt werden. **Suiziddrohungen** müssen konsequent beantwortet werden, damit sie vom Patienten nicht als **Druckmittel** eingesetzt werden. Typische Denkinhalte: „Meine Gefühle überrollen mich, ich kann sie nicht kontrollieren“ und „alleine komme ich nicht zurecht, ich brauche jemanden, der mich beschützt“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (7) – Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)



Der Begriff **histrionisch** (*lat. histrio:* Schauspieler, Gaukler) beschreibt die **Theatralik und Dramatik**, mit der die Betroffenen agieren. Neben dem übertriebenen Ausdruck der Gefühle kommt ein **Streben nach Anerkennung und Aufmerksamkeit** hinzu. Eine **sexuelle Komponente** ist ebenfalls enthalten. Durch die starke Präsenz der Erotik im öffentlichen Alltag ist dieser Anteil im Krankheitsbild weniger markant als noch vor 100 Jahren. Damals sprach man von hysterischer Persönlichkeit (*lat. hystera:* Gebärmutter). Als typische Prädiktoren für eine hysterische Entwicklung sah **Freud** geistig leistungsfähige junge Menschen, die in einem anregungs- und bildungsarmen Familienklima aufwachsen und die einen **Hang zur Tagträumerei** (Breuer) aufweisen. Typisch für das **Histrionische** sind:

ICD-10: 4 müssen gelten:

- **Dramatische Selbstdarstellung**, Theatralik, übertriebener Ausdruck von Gefühlen.
- Leichte Beeinflussbarkeit durch Personen oder Ereignisse (**Suggestibilität**).
- Rasch wechselnde, oberflächliche Emotionen. Kleinigkeiten bewirken eine starke emotionale Erregung (**Affektlabilität**).
- **Bedürfnis nach aufregenden Erlebnissen und Aktivitäten**, in denen die betroffene Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
- Oft übertrieben **besorgt um Äußeres** (Kleidung, Frisur, Schminke).
- Sexuell verführerisches Verhalten (**Darbietungsposen**).

Zusatzsymptome:

- **Andauernd manipulatives Verhalten** zur Befriedigung eigener Bedürfnisse.
- **Egozentrik** (Selbstbezogenheit, fehlendes Eingehen auf andere).
- Starker Gegensatz zwischen einem äußerlich sicher wirkenden Auftreten und **leichter Verletzbarkeit der Gefühle**.
- **Konversionssymptome** wie Atemnot, Herzschmerzen, Lähmungen.

Suizidäußerungen sollten auf jeden Fall ernst genommen werden. Aufgrund der **Impulsivität** kann aus einer Suiziddrohung schnell ein Suizidversuch werden. Typische Denkinhalte: „Ich bin unattraktiv, billig und nichts wert“ und „alleine könnte ich mein Leben nicht meistern“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (8) – Anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5)



Bei der anankastischen (zwanghaften) PS finden sich äußerste **Gewissenhaftigkeit**, Streben nach Perfektion, übermäßige **Vorsicht** und **Unentschlossenheit**, Neigung zu **Pedanterie** und **Eigensinn**. Zusätzlich besteht ein Mangel an **Flexibilität** (z.B. frühzeitiges Planen aller Aktivitäten, an deren Durchführung starr festgehalten wird). Typisch sind:

- Unentschlossenheit, Zweifel und übermäßige Vorsicht als Ausdruck einer tiefen **persönlichen Unsicherheit**.
- Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige **Leistungsbezogenheit** unter **Vernachlässigung von Vergnügen** und zwischenmenschlichen Beziehungen.
- **Pedanterie** und Konventionalität mit eingeschränkter Fähigkeit zum Ausdruck wahrer Gefühle.
- **Rigidität und Eigensinn**, wobei anderen gegenüber auf einer Unterordnung eigener Gewohnheiten bestanden wird.
- Bedürfnis zu frühzeitigem, detailliertem und unveränderbarem **Planen aller Aktivitäten**.

Typische Denkinhalte: „Entweder ich mache eine Sache richtig oder gar nicht“ und „wenn ich kein System habe, wird alles im Chaos versinken“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (9) – Ängstliche Persönlichkeitsstörung (F60.6)



Patienten mit einer ängstlichen-vermeidenden (selbstunsicheren) PS sind übermäßig besorgte Menschen mit einem **Mangel an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit**. Sie haben große **Angst vor negativer Bewertung oder Ablehnung** in sozialen Kontakten. Gleichzeitig besteht ein **großes Bedürfnis nach Lob und Anerkennung**, insb. von Autoritätspersonen. Typisch sind:

- Häufige, **länger andauernde Gefühle von Angst**, Anspannung und Besorgtheit.
- Häufige **Gefühle von Unsicherheit oder Minderwertigkeit**.
- **Vermeiden von sozialen Kontakten**.
- Andauernde **Sehnsucht nach Anerkennung und Zuneigung**.
- Minderwertigkeitsgefühle.
- Neigung zur **Überbetonung potentieller Gefahren** und Risiken alltäglicher Situationen.
- Tendenz zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten (ohne das Ausmaß einer Phobie).
- Eingeschränkter Lebensstil wegen des vermehrten Bedürfnisses nach Gewissheit und Sicherheit.

Typische Denkinhalte: „Ich bin nicht liebenswert“ und „wenn andere wüssten, wie ich eigentlich bin, würden sie sich von mir abwenden“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (10) – Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7)



Menschen mit einer abhängigen (asthenischen, dependenten) PS sind wenig selbständig. Ihre größte **Befürchtung** ist es, **von anderen verlassen zu werden**. Dabei sind sie gegen Ratschläge von Dritten unempfänglich und investieren viel Geld und Kraft darauf, einen – von außen betrachtet – kaum erträglichen Zustand aufrecht zu erhalten. Typisch sind:

- Vor dem Hintergrund der Selbsteinschätzung „ich bin hilflos und schwach“ wird in allen Lebenssituationen **Unterstützung durch andere** – insbesondere den Partner – **benötigt**.
- **Unterordnung der eigenen Bedürfnisse** unter die Bedürfnisse anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht; übertriebene **Nachgiebigkeit** gegenüber den Wünschen anderer.
- Neigung, bei Missgeschicken die **Verantwortung anderen zuzuschieben** (um nicht abgelehnt zu werden).
- Wenig Bereitschaft zur Übernahme von **Verantwortung für sich selbst**.
- Wichtige Entscheidungen werden meist anderen überlassen.
- Bereitschaft, **materielle und psychische Opfer** (Kränkungen) **auf sich zu nehmen**, um eine Beziehung zu „retten“.
- Ausgeprägte Ängste vor dem **Verlassenwerden**.
- Erleben von **innerer Zerstörtheit** und **Hilflosigkeit** (Martin Seligman) bei Beendigung einer engen Beziehung.

Typische Denkinhalte: „Alleine bin ich völlig hilflos“ und „ich kann nur leben, wenn ich eine starke und lebenstüchtige Person an mich binde“.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (10) – Narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS) (F60.8)

Aus der griechischen Mythologie: Narziss, der schöne Sohn des Flussgottes Kephisos, verliebt sich in sein eigenes Spiegelbild, das er im Wasser erblickt hat. Er ist so in sich verliebt, dass er die Liebe der Nymphe Echo zurückweist. Als Strafe dafür wird er von den Göttern in eine Narzisse verwandelt.

„Auf einer Party ... wurde er erstmals aufgefordert, eine „Linie" Kokain zu schnupfen. Dabei machte er eine für sich überwältigende Erfahrung: Die Droge verhalf ihm dazu, sich ganz leicht und ohne Anstrengung so zu fühlen, wie er das nur ansatzweise kannte, wenn er in seine grandiosen Phantasiewelten flüchtete: Er war selbstbewusst, charmant, fühlte sich sexy, erzählte ohne Scham von seinen beruflichen Erfolgen – mit einem Wort: Er fühlte sich großartig" (Sprenger, 2005, S. 122).

Beispielaussagen aus dem ADP-4:

- Zu meiner Überraschung halten mich andere für selbstgefällig, obwohl ich doch über hervorragende Fähigkeiten verfüge und Außergewöhnliches leiste.
- Häufig vereinnahmen mich Traumvorstellungen, in denen ich sehr erfolgreich, mächtig, großartig, schön oder beliebt bin.
- Ich bin überzeugt davon, dass ich jemand bin, dem Vorrang gebührt und der Anspruch auf bevorzugte Behandlung hat.
- Ich finde es lästig, Verständnis oder Interesse für die Gefühle und Bedürfnisse anderer aufzubringen oder zu zeigen.

Die narzisstische PS ist in der ICD-10 den sonstigen spezifischen PS zugeordnet. Sie ist geprägt von Gefühlen der eigenen **Großartigkeit** und **Außergewöhnlichkeit**. Die Betroffenen erwarten von ihrer Umgebung, dass sie **bewundert** und ihre Besonderheit entsprechend gewürdigt wird. Gleichzeitig **fehlt** ihnen für die Gefühle anderer häufig das nötige **Einfühlungsvermögen**. Ihr instabiles Selbstwerterleben wird leicht durch **Kritik** sowie bei persönlichen oder beruflichen **Niederlagen erschüttert**. Dann geraden sie schnell in eine narzisstische Krise mit der Gefahr von Suizidalität. Typisch sind:

- Übermäßige **Bedürftigkeit von Anerkennung und Bewunderung**, jeder Misserfolg wird als narzisstische Kränkung außergewöhnlich stark erlebt.
- **Neid** auf andere (oder die Überzeugung, andere seien neidisch auf den Betroffenen).
- Ständiges Bedürfnis, die eigene Größe und Bedeutung darzustellen. Dies äußert sich durch: **Übertreibung der eigenen Leistungen und Talente**, übersteigerte Anspruchshaltung („Das wird man mir doch nicht verwehren") und Identifikation mit außergewöhnlichen Menschen („Schaut her, wer mich besucht").
- Tendenz zur **Schwarz-Weiß-Malerei**: Einerseits Neigung zur Idealisierung, andererseits sehr schnelle Abwertung.

Typische Denkinhalte: „Ich bin etwas Besonderes und habe einen VIP-Status verdient" und „in Beziehungen werde ich abgewertet und verliere meine Unabhängigkeit".

Probleme bei der Diagnose der NPS:

- Hohe Ich-Syntonie der narzisstischen Persönlichkeitszüge (geringes Störungsbewusstsein).
- Externale Attribution bestehender Probleme.
- Manipulatives Antwortverhalten.
- Misstrauen in die und Entwertung der diagnostischen Prozedur.
- Ausweg: Diagnostik als kollaborative Konstruktion und nicht als diagnostische Exploration konzipieren.
- Die **dunkle Triade** von Narzissmus, Machiavellismus und Psychopathie ist ein „hochwirksames Gift, das Beziehungen und Unternehmen stark gefährdet" (Csef 2016).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (11) – Andauernde Persönlichkeitsänderung (F62)



Die andauernden Persönlichkeitsänderungen werden in der ICD-10 unterteilt in solche (a) **nach Extrembelastung**, solche (b) **nach psychischer Krankheit** und (c) sonstige, nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsänderungen. Wir behandeln den Fall (a): Tief greifende, meist lebenslang andauernde Veränderung der Persönlichkeit nach lang andauernden **extremen Belastungen mit permanenter Todesfurcht und einer Entwürdigung der persönlichen Existenz** (z.B. wiederholte (sexuelle) Gewalt in der Familie, Geiselhaft, Folter, KZ-Aufenthalt) führen zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung. F62 wird klassifiziert, wenn sie über mindestens 2 Jahre andauert. Typisch sind:

- **Feindliche oder misstrauische Haltung** gegenüber der Umwelt.
- **Ständige Angst**.
- **Sozialer Rückzug**.
- Gefühl der **Leere und Hoffnungslosigkeit**.
- Chronisches Gefühl von Nervosität, **ständiges Gefühl der Bedrohung**.
- **Entfremdung**.

Auch **chronische Angst vor dem Tod**, **vegetative Störungen** (z.B. Schlafstörungen), **Depressionen** und soziale wie berufliche **Leistungsschwäche** sowie ein **prägendes Gefühl von Minderwertigkeit** oder der **Entwürdigung der Person** sind Kennzeichen. Das **KZ-Syndrom** zeigt sich in einer Schuld der Überlebenden. Sie haben das Gefühl, allein dadurch Schuld auf sich geladen zu haben, dass sie überlebt haben.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (12) – Ergänzende Krankheitsbilder



Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) besteht aus **10 Primärskalen** (Lebenszufriedenheit, Soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, Körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit) und **2 Sekundärskalen** (Extraversion, Emotionalität), die jeweils verschiedene Persönlichkeitsmerkmale erfassen. Jede Skala wird aus spezifischen Items gebildet, die mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantwortet werden. Insgesamt kommen 138 Items zum Einsatz. Die Normierung des FPI-R (9. Auflage, 2020) erfolgte auf Basis von 3.450 erwachsenen Personen.

Der Vollständigkeit halber sind nachfolgend einige Krankheitsbilder aufgeführt, die nach Schneider ebenfalls zu den Persönlichkeitsstörungen (PS) gezählt werden, aber in der ICD-10 unter dieser Bezeichnung nicht mehr existent sind bzw. anderen Kapiteln zugeordnet wurden:

- Die **Depressive PS** heißt in der ICD-10 **Dysthymia**. Im Gegensatz zu den klassischen PS kann die Dysthymia auch erst im späteren Alter (z.B. als Folge einer affektiven Störung) auftreten, so dass die Bezeichnung PS hier nicht mehr zutrifft.
- **Hyperthyme** Persönlichkeiten sind **übertrieben fröhlich und überaktiv**. Bei starker Ausprägung führt dies zu **Distanzlosigkeit**, **ständiger Unruhe** und rücksichtslosem, **wenig einfühlsamem Verhalten**. Auch leichte depressive Verstimmungen können im Wechsel zur Fröhlichkeit auftreten. Dieses Beschwerdebild geht heutzutage weitgehend im Konzept der **Zyklothymia** auf. Diese kann auch in späten Lebensjahren auftreten. [Tod eines Handlungsreisenden]
- **Asthenische** Persönlichkeiten empfinden **körperlich und seelisch ein Gefühl der Schwäche**, ohne dass körperliche Ursachen nachzuweisen wären. Das damit verbundene Gefühl der **Hilflosigkeit** mit der **Unfähigkeit, eigenen Entscheidungen zu treffen und Selbstverantwortung zu übernehmen**, hat Eingang in die **abhängige PS** gefunden.
- Die früher oft beschriebene **sensitive PS** ist durch ein **Mangel an Selbstvertrauen**, eine **Störung des Selbstwertgefühls** und eine abnorme **Neigung zur Kränkbarkeit** gekennzeichnet. Typisch ist eine ausgeprägte **Aggressionshemmung**. Sensitive (selbstunsichere) Persönlichkeiten tragen Ärger und Kummer mit sich herum, ohne in der Lage zu sein, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Die sensitive PS umfasst **Züge der vermeidenden und der abhängigen PS**.
- In der ICD-10 zählt die **schizotype Störung** nicht mehr zu den PS, sondern zu den **schizophrenen und paranoiden Störungen**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (13) – Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen



Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit

- **Extraversion** (vs. Introversion) beschreibt das Sozialverhalten als *kontaktfreudig* bis *verschlossen*.
- **Soziale Verträglichkeit** beschreibt das Maß an sozialer Integration von *friedfertig* bis *streitsüchtig*.
- **Offenheit** beschreibt die Fähigkeit einer Person, sich neue Erfahrungen zu stellen, aus ihnen zu lernen und sich neuen Situationen anzupassen, von *kreativ* bis *phantasielos*.
- **Gewissenhaftigkeit** beschreibt, wie eine Person mit Aufgaben und Anforderungen umgeht, von *gründlich* bis *nachlässig*.
- **Neurotizismus** beschreibt das Maß der emotionalen Stabilität von *entspannt* bis *überempfindlich*.

Die Narzisstische PS zeichnet sich aus durch geringe Verträglichkeit, hohe Extraversion und hohen Neurotizismus.

Nach der ICD-10 werden folgende Diagnosekriterien unterschieden:

- Deutliche **Unausgeglichenheit** in den Einstellungen und im Verhalten. Betroffen sind: Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, soziale Wahrnehmung, Denken, Beziehungen zu anderen.
- Das abnorme Verhaltensmuster ist **durchgängig vorhanden**, also nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
- Das abnorme Verhalten ist **tiefgreifend** und in vielen Situationen **eindeutig unpassend**.
- Die Störung **beginnt immer in der Kindheit oder Jugend** und manifestiert sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
- Die Störung führt zu deutlichem **subjektiven Leiden**, manchmal erst im späteren Verlauf.
- Die Störung ist meistens mit deutlichen **Einschränkungen** der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Persönlichkeitsstörungen (PS) sind keine leichten oder „verwässerten“ Formen einer Psychose. Sie sind **eigenständige Krankheitsbilder** mit entsprechenden Kriterien. Die Diagnose gestaltet sich als schwierig, weil die abnormen Erlebens- und Verhaltensweisen vom Betroffenen **häufig nicht als krankhaft empfunden** werden (Fremdanamnese!) und weil die PS **von einer akuten Symptomatik** (z.B. Depression) **überlagert** sein kann. Eine PS kann erst dann diagnostiziert werden, wenn eine akute Störung abgeklungen ist. Auch muss eine organische Störung vor Diagnosestellung ausgeschlossen werden.

Zur Diagnosefindung können **standardisierte Interviews** (z.B. SKID-II = Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnose der Persönlichkeitsstörungen) oder **Fragebögen** (z.B. Freiburger Persönlichkeitsinventar; Personality Research Form; Fragebogen zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (14) – Krankheitsverlauf und Ätiologie



Im Vergleich zu Patienten mit BPS waren Patienten mit einer NPS 14 Jahre nach ihrer Therapie durch einen schlechteren Verlauf gekennzeichnet (mehr Suizidversuche, geringeres soziales Funktionsniveau u.a.).

In einer 3 Jahres-Katamnese ergab sich für 60% der narzisstischen Patienten eine signifikante Besserung bezüglich ihrer Symptomatik. Als korrigierende Lebensereignisse erwiesen sich hierbei:

- Leistungsbezogene (schulische oder berufliche) Erfolge,
- positive Beziehungs- bzw. Bindungserfahrungen sowie
- desillusionierende Erfahrungen.

Persönlichkeitsstörungen (PS) **beginnen** per Definition **in der Kindheit oder Jugend**. Sie sind von **starren Erlebnis- und Verhaltensweisen** geprägt. Der Leidensdruck wird meist dann besonders hoch, wenn **Lebensveränderungen** anstehen (z.B. Hochzeit, Beförderung, private oder berufliche Trennung), die ein gewisses Maß an Flexibilität erfordern. Diese Veränderungen führen bei den Betroffenen zu **Überforderung und Hilflosigkeit**, die sie mit nachteiligen Verhaltensmustern beantworten. Im Alter tendieren die PS in ihrer Ausprägung abzunehmen. Es gilt die Drittelregel: Bei 1/3 der Patienten ist der **Krankheitsverlauf ungünstig** (starke berufliche und private Leistungseinbußen), bei 1/3 **bleibt die Berufsfähigkeit erhalten** und bei 1/3 die **Krankheit bewältigt**. Psychotherapie kann bei bis zu 50% der Fälle Verbesserungen bringen. PS bergen aber ein erhöhtes Suizidrisiko (2-6%). **8-10% der BPS, 8-14% der NPS sterben durch Suizid**.

Auch bei den PS geht die Forschung von einer multifaktoriellen Genese aus:

- Neurobiologische Aspekte: Hirnorganische Veränderungen (Minimal Brain Dysfunction) und der Mangel an Neurotransmittern werden als Ursache für Verhaltensauffälligkeiten diskutiert.
- Psychoanalytische Aspekte: Überidealisierung und Entwertung spielen eine Rolle bei narzisstischen PS und Borderline-Patienten. Wenn ein Kind spürt, dass es von seinen Eltern abgelehnt wird, kann sich kein gesundes Selbstvertrauen entwickeln. Als Folge eines Minderwertigkeitsgefühls kann sich eine narzisstische Störung entwickeln, die sich durch Übertreibung der eigenen Leistungen und gleichzeitiges Abwerten der Leistungen anderer äußert. Auch eine Identifikation mit VIPs dient dazu, ein gestörtes Selbstvertrauen nach außen hin zu festigen. Wenn die idealisierte Person die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt, muss diese massiv abgewertet werden, um sich selbst aufzuwerten.
- Kognitive und lerntheoretische Aspekte: Hier kommen vor allem Modelllernen und dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster zum Tragen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Persönlichkeitsstörungen (14) – Therapie



Erschwert wird die Behandlung durch:

- Wenig Leidensdruck, Patient ist geschickt worden.
- Festgefahrene Denk- und Verhaltensmuster.
- Rascher Therapieabbruch, wenn Erwartungen enttäuscht werden.

Erfolgversprechend sind:

- Klare Therapievereinbarung.
- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Balance zwischen Akzeptanz und Veränderungsimpulsen).
- Herausarbeiten von Konfliktsituationen ohne Schuldzuweisung.
- Korrektur dysfunktionaler Denkmuster (Reframing, Ersetzen von Antreibern).
- Verbesserung der Wahrnehmung eigener Gefühlen und Bedürfnissen sowie der Empathiefähigkeit.
- Entwicklung von sozialen Fertigkeiten, Strategien zur Angstbewältigung und Konfliktlösung.
- Selbstsicherheitstraining (also Ressourcenaufbau) plus Transfersicherung.
- Hierarchisierung der Problemfelder (z.B. erst Suizidalität, dann Alkoholmissbrauch, dann berufliche Eingliederung).
- Beratung der Angehörigen, Anbahnung juristischer Hilfen (z.B. Schutz vor Übergriffen).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (1a) – Kognitive Entwicklung (Piaget)



Im Zentrum der Piaget'schen Theorie stehen zwei komplementäre funktionale Prozesse: **Assimilation** auf der einen und **Akkommodation** auf der anderen Seite. Beide sind Aspekte der kognitiven Anpassung (Adaptation) des Individuums an seine Umwelt: Die **Anpassung des eigenen Verhaltens an die Außenwelt** (z.B.: das Kind ahmt die Eltern nach) und die **Anpassung der Außenwelt an das eigene Verhalten** (z.B. im symbolischen Kinderspiel „Ich bin jetzt die Mutter und du das Baby" oder bei der Herstellung einer Speise).

Stadium der kognitiven Entwicklung	Beispiele
Stadium der **sensomotorischen Intelligenz** (0–2 Jahre)	Erwerb von **sensomotorischer Koordination**, praktischer Intelligenz und Objektpermanenz (noch ohne interne Repräsentation)
Stadium der **präoperationalen Intelligenz** (2–7 Jahre)	Erwerb des Vorstellungs- und Sprechvermögens; gekennzeichnet durch **Realismus**, **Animismus** und **Artifizialismus** (zusammen: **Egozentrismus**); das Kind kann nun zwischen belebten und unbelebten Objekten unterscheiden
Stadium der **konkret-operationalen Intelligenz** (7–12 Jahre)	Erwerb von **Dezentrierung**, **Reversibilität**, **Invarianz**, **Seriation** (nach Größe oder zeitlicher Abfolge), **Klasseninklusion** und **Transitivität** (z.B. Metamorphose Raupe – Schmetterling)
Stadium der **formal-operationalen Intelligenz** (ab 12 Jahre)	Erwerb der Fähigkeit zum **logischen Denken** und der Fähigkeit, Operationen auf Objekte anzuwenden

Die vier Stadien **folgen aufeinander**. Ein Stadium muss durchlaufen sein, bevor das nächste folgen kann. Die Stadien sind **universell**, d.h. sie kommen in allen Kulturen vor. Die Stadien sind durch **qualitative**, nicht nur durch quantitative **Unterschiede** voneinander abgegrenzt. In den Stadien wird durch die Prozesse Assimilation und Akkommodation eine bessere Anpassung der Person an die durch die Umwelt bedingten Gegebenheiten (Adaptation) angestrebt.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (1b) – Kognitive Entwicklung (Piaget)

Unterstadium der sensomotorischen Intelligenz	Beispiel
0–1 Monat	Bei Geburt ist das Kind in einem Zustand des absoluten Egozentrismus eingeschlossen, es nimmt außer sich selbst nichts wahr. Die Bewegungen des Kindes sind einfache Spontanbewegungen und Reflexe wie das Saugen, das Folgen von bewegten Objekten mit den Augen, das Schließen der Hand bei Berührung, unwillkürliches Strampeln usw.; aus diesen Reflexen werden später willkürliche Aktionen
1–4 Monate	Neue Reaktionsmuster bilden sich durch zufällige Kombination primitiver Reflexe. Das Kind vereinigt getrennte Aktionen, z.B. mit der Hand zappeln und daran saugen.
4–8 Monate	Das Kind reagiert auf äußere Reize, aber Sehen und Greifen sind noch nicht koordiniert. Erste Versuche werden unternommen, um auf die Umgebung einzuwirken, z.B. durch das Erzeugen der Geräusche einer Rassel.
8–12 Monate	Zielgerichtetes Verhalten entsteht. Ein Hindernis wird zur Seite geschoben, um einen Gegenstand zu greifen. Jetzt entsteht die Objektpermanenz. Neu tritt in diesem Alter auch die Acht-Monat-Angst („fremdeln“) auf: das Kind kann nun unterscheiden, welche Personen ihm vertraut sind und welche Personen ihm fremd sind. Während es früher alle menschlichen Gesichter angelächelt hat, schenkt es jetzt nur noch den ihm vertrauten Personen ein Lächeln. Auf Gesichter, die ihm fremd sind, reagiert es abweisend.
12–18 Monate	Gerichtetes Tasten, Hilfsmittel werden gebraucht, das Versuch-und-Irrtum-Verhalten ist auf ein Ziel gerichtet.
18–24 Monate	Das Kind beginnt, sich geistig zu entwickeln. Bewegungen und ihre Auswirkungen können zunehmend symbolisch repräsentiert, also in der Vorstellung bedacht werden. Es gibt seinen egozentrischen Standpunkt auf der physischen, noch nicht auf der geistigen, Ebene auf.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (2a) – Körperliche Entwicklung

Aspekt	Beispiele
Körperliche Entwicklung	Im ersten Lebensjahr gibt es typische Entwicklungsphasen, deren zeitliche Streuung mit zunehmendem Alter größer wird. Entwicklungsdefizite können kurzfristig durchaus aufgeholt werden. Auffällige oder langfristige Abweichungen sind Gegenstand der Pädiatrie. Um Entwicklungsverzögerungen frühzeitig zu erkennen, gibt es in Deutschland die Kindervorsorgeuntersuchungen. Nach 3-5 Monaten hat ein gesunder Säugling sein Geburtsgewicht verdoppelt und ist um etwa 15 Zentimeter gewachsen. Am Ende des 1. Lebensjahres wiegt das Kind etwa 10 Kilogramm, was rund dem dreifachen Geburtsgewicht entspricht, und ist circa 75 Zentimeter groß. Je älter ein Kind ist, desto größer ist die Streubreite für das Normalgewicht beziehungsweise die Normalgröße. Das Verhältnis von Kopf zu Rumpf beträgt beim Säugling etwa 1:4, während beim Erwachsenen ein Verhältnis von 1:8 vorliegt (Wachstums, das eine Proportionsänderung einschließt = allometrisches Wachstum).
Zahnentwicklung	Der Ablauf des Zahndurchbruchs unterliegt einer breiten Streuung. Während einige Kinder schon früh *zahnen*, kann sich der Ablauf auch um mehrere Monate nach hinten verschieben. In der Regel brechen zuerst die unteren und dann die oberen Schneidezähne durch. Es folgen die seitlichen Schneidezähne, die Mahlzähne und schließlich die Eckzähne.
Sensomotorische Entwicklung	Hierunter wird die dynamische Wechselwirkung von Wahrnehmungen (über Sinnesreize) und reaktiver Bewegung (über das neuromuskuläre Zusammenspiel) verstanden. Die aktuelle Forschung geht davon aus, dass der Mensch in seinem ersten Lebensjahr auf ein angeborenes Lernprogramm zurückgreift, welches ihm ermöglicht, eine kontinuierliche Entwicklung von der Geburt bis zum aufrechten Stand zu vollziehen. Schon Säuglinge sind Individuen. Sie sind verschieden und haben bereits Charaktereigenschaften. Es gibt eine sehr große Bandbreite an gesunden Entwicklungen und die Reihenfolge der erlernten Fähigkeiten kann verschieden sein.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (2b) – Körperliche Entwicklung

Aspekt	Beispiele
Reflexe	Alle frühkindlichen Reflexe und Reaktionen sind einem bestimmten Bereich oder Niveau im ZNS zugeordnet. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sind sie physiologisch oder werden erwartet. Sie begleiten die sensomotorische Entwicklung des Kindes. Reflexe sind unwillkürliche, regelhaft ablaufende Vorgänge als Antwort auf äußere Reize (hauptsächlich über die Haut- und Propriorezeptoren und das Labyrinth). Sie werden zentral über das Zwischenhirn (Thalamus und Pallidum) vermittelt, die Antwort ist kaum variabel. Reaktionen sind Antworten auf äußere Reize, die in einem bestimmten Muster erfolgen. Die Muster können unterbrochen und verändert werden. Nachfolgend werden einige für die Diagnose und Behandlung wichtige Primitivreflexe erläutert (Wo. = Woche, LM = Lebensmonat, LJ = Lebensjahr). Ausgangsstellung ist meist die Rückenlage:
Palmarer Greifreflex	Bestreichen der Handinnenflächen mit dem Daumen ⇒ Greifen, Faustschluss physiologisch: 0–6. LM, danach verhindert er den Handstütz und koordiniertes Greifen
Plantarer Greifreflex	Bestreichen der Zehenballen mit dem Daumen ⇒ Zehenkrallen physiologisch: 0–11. LM, ab Laufbeginn stört bzw. verhindert er das Gehen
Moro-Reflex	Laute Geräusche oder Erschütterungen ⇒ 1. Abstreckphase (Anspannung der Streckmuskulatur und Kopfstreckung), 2. Umklammerungsphase (Anspannung der Beugemuskulatur und Kopfbeugung) physiologisch: ab 6. Woche nur noch Abstreckphase, baut ab mit der Fixierung des Kopfes
Galant-Reflex	Kind wird in Bauchlage in der Schwebe gehalten, 2 cm neben der Wirbelsäule (WS) mit den Fingern vom Schulterblatt bis zum Beckenkamm entlang streichen ⇒ WS-Seitbeugung und Kopfdrehung zur gleichen Seite physiologisch: 0–2. LM, Abschwächung bis 5. LM
Schreitreflex (automatisches Gehen)	Man trägt das Kind mit beiden Händen seitlich am Brustkorb und lässt die Füße wechselseitig geringes Gewicht übernehmen ⇒ das Kind schreitet voran. physiologisch: 0–3. LM, die Beine müssen dabei gebeugt bleiben.
Extensorstoß	Man trägt das Kind mit beiden Händen seitlich am Brustkorb und lässt die Füße gleichzeitig geringes Gewicht übernehmen ⇒ das Kind antwortet mit einer raschen Streckung der Beine und des Rumpfes. physiologisch: 0–3. LM

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (3a) – Sprachliche Entwicklung

Alter	Beispiele
Pränatal	Schon vor der Geburt macht der Fötus Spracherfahrungen, da ungefähr ab der 25. Schwangerschaftswoche die Hörwerkzeuge ausgebildet sind. Wegen der intrauterinen Bedingungen (Uterus und Fruchtwasser wirken wie ein Tiefpassfilter) ist die Wahrnehmung vor allem auf prosodische Aspekte, die Sprachmelodie, beschränkt. Es werden tiefe Frequenzen bis 500-700 Hz übertragen, der Druckpegel sinkt signifikant bei steigender Frequenz. Viele Außengeräusche werden nicht von biologischen Geräuschen überdeckt. Der Pegel von sehr niedrigen Frequenzen (< 300Hz) erreicht ähnliche Werte wie ex utero. Die mütterliche Stimme und Stimmen in der Nähe der Mutter treten deutlich gegenüber den Hintergrundgeräuschen hervor (sofern sie über 100Hz liegen) und neben prosodischen Eigenschaften sind auch einige Phoneme verständlich. Die Dämpfung der mütterlichen Stimme ist sehr gering bis hin zu Verstärkung durch die Knochenleitung. Darum können Kinder schon direkt nach der Geburt die Stimme ihrer Mutter erkennen, genauso wie ihre Muttersprache und Geschichten oder Melodien, die sie oft während der Schwangerschaft präsentiert bekamen. Diese Erkennung beruht auf den prosodischen Faktoren, Lautfolgen ohne prosodische Informationen können sie nicht unterscheiden. Aktuelle Studien lassen vermuten, dass Kinder im Mutterleib bereits verschiedene Stimmen unterscheiden und Silben voneinander trennen können.
Geburt bis 20. Monat	Grundsätzlich bewegen sich Neugeborene oder machen große Augen als Reaktion auf ein lautes Geräusch. Sie drücken außerdem Wohlgefallen oder Unwohlsein durch Lachen, Kichern, Weinen und Lächeln aus. 6 bis 8 Wo.: Babys verfeinern ihre Hörfähigkeiten und suchen nach den Quellen von Klängen in ihrer Umgebung, die bestimmte prosodische Merkmale aufweisen. Neugeborene erzeugen Laute reflektorisch, z.B. bei der Nahrungsaufnahme. Von einem bewussten Nachahmen von Lauten kann in dieser Phase noch nicht gesprochen werden. Schreien dient als Ausdruck des Missbehagens und Wunsch nach Versorgung. Durch Reaktionen der Bezugsperson wird die kommunikative Funktion der Sprache kennen gelernt und das Schreien wird differenzierter. 2 bis 4 Mon.: Die neuronalen Strukturen des Babys haben sich soweit entwickelt, dass es inzwischen lacht und erste Laute, zumeist Vokale, und kurze Zeit später auch Silben produzieren kann. Es gibt Urlaute von sich (gurgeln, lallen). Bevor das Baby redet, kann es die Bedeutung von Gebärden erfassen und sich damit ausdrücken. 5 bis 9 Mon.: Das kanonische Lallen tritt auf (Verdoppelung von bekannten Silben = Vorstufe zur Wortbildung darstellt). Störungen beim Auftreten des Lallens sind ein guter Prädiktor für spätere Sprachstörungen. Diese Wortbildungsversuche sind außerdem auch oft für die euphorische Stimmung bei Eltern verantwortlich, wenn das Kind beispielsweise „Mama“ oder „Papa“ sagt, die ihrerseits dem Kind die Absicht unterstellen, diese Wörter bewusst zu bilden. Tatsächlich kann eine Reflexion über Wortsemantik erst stattfinden, sobald phonologische Komponenten der Sprache gefestigt sind. Ferner kommt es zum Einüben von Satzmelodien und Sprechrhythmen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (3b) – Sprachliche Entwicklung

Alter	Beispiele
Geburt bis 20. Monat	10 bis 14 Mon.: Das Kleinkind bildet erstmals einfache Worte, die für gewöhnlich sehr spezifische „soziale“ Wörter sind und nur kontextgebunden eingesetzt werden, wie „essen“ und „schlafen“. Andere Wörter sind anfangs noch objektkonstant und werden nur bei Augenkontakt des Genannten artikuliert. Vorläufer sind die Protowörter, bei denen das Kind erstmals Lautäußerungen mit bestimmten Situationen, Gegenständen, Personen und Tätigkeiten verbindet. Das Kleinkind bildet Ein-Wort-Sätze. Es ist kognitiv in der Lage, über Abwesendes zu sprechen. 18 Mon.: Einige Kinder haben hier die 50-Wort-Marke (expressives Lexikon) erreicht. Dies wird deshalb als wichtig angesehen, da von hier an der Worterwerb deutlich schneller erfolgt, die Wortschatzexplosion findet statt, welche auf der Erkenntnis fußt, dass alle Wörter einen semantischen Gehalt haben und somit alle Dinge benannt werden können. Das Kind befolgt einfache Doppelaufträge. Das 1. Fragealter tritt ein, es werden Was-Fragen (Bezeichnung) und Wo-Fragen gestellt.
2 Jahre	Bis zu diesem Alter haben Kinder die „magische 50“ an gesprochenen Wörtern erreicht, ansonsten werden sie als *late talker* bezeichnet. Sie verwenden Alltagswörter, die sie zu Hause gehört haben und sprechen einfache 2-Wort-Sätze. Außerdem lernen sie in diesem Alter ihre ersten Lieder. Wortschöpfungen treten auf und das Kind versteht mehr Aussagen aus dem vertrauten Alltagsleben als zuvor. Mit 2,5 Jahren wird Gebrauch vom Wort "Ich" gemacht. Es bildet Echolalien von Sätzen / Satzteilen.
3 Jahre	Jetzt werden einfache Verben, Präpositionen, Adjektive und Pronomina verwendet und verstanden. Kinder können jetzt häufiger vollständige Sätze bilden und sind in der Lage, die Quelle eines Klanges zu erkennen.
4-5 Jahre	Die Sprache ist jetzt verständlich, aber bei längeren oder komplexeren Wörtern kann weiterhin eine abweichende Aussprache auftreten. So können bei Konsonanten-Clustern einzelne Konsonanten ausgelassen werden wie z.B. bei der Ersetzung von "spritzen" durch "spitzen" (Deletion-Prozess). Auch das Weglassen unbetonter Silben (Silbenreduktion) wie z.B. die Ersetzung von "Lokomotive" durch "Lokotive" kommt vor. Das aktive Vokabular steigt rasch an und die meisten Kinder in diesem Alter können einer Unterhaltung folgen. Sie sprechen im kontextgebundenen Stil.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (4a) – Moralische Entwicklung (Kohlberg)

Stadium	Erläuterung und Differenzierung
Präkonventionelles Stadium	Wenn Menschen geboren werden, dann kennen sie die Regeln dieser Welt noch nicht. Sie lernen erst mit der Zeit, welche Gesetze und welche Gesetzmäßigkeiten bzw. gesellschaftlichen Regeln in der Gesellschaft vorhanden sind. Wenn Kinder geboren werden, gilt die Mutter als hauptsächliche Bezugsperson, die das Kind durch Belohnen und Bestrafen darauf hinweist, welches Verhalten gut und schlecht ist. Auf dieser Stufe erfahren die Kinder über Belohnen und Bestrafen, was gut und schlecht ist. ***Stufe 1:*** Die Orientierung an Bestrafung und Gehorsam. Ob eine Handlung gut oder böse ist, hängt ab von ihren physischen Konsequenzen und nicht von der sozialen Bedeutung bzw. Bewertung dieser Konsequenzen. Vermeidung von Strafe und nicht hinterfragte Unterordnung unter Macht gelten als Werte an sich, nicht vermittelt durch eine tiefer liegende, durch Strafe und Autorität gestützte Moralordnung.“ Kinder entwickeln zwar im zweiten Stadium Grundzüge von Fairness, Sinn für gerechte Verteilung, aber sie sehen dabei immer ihren eigenen Vorteil als wesentlich an. Im Unterschied zum ersten Stadium treten Kinder mit ihrer Umwelt viel stärker in Beziehung. ***Stufe 2:*** Die instrumentell-relativistische Orientierung. Eine richtige Handlung zeichnet sich dadurch aus, dass sie die eigenen Bedürfnisse – bisweilen auch die Bedürfnisse anderer – instrumentell befriedigt. Zwischenmenschliche Beziehungen erscheinen als Markt-Beziehungen. Grundzüge von Fairness, Gegenseitigkeit, Sinn für gerechte Verteilung sind zwar vorhanden, (sie) werden aber stets physisch oder pragmatisch interpretiert. Gegenseitigkeit ist eine Frage von „eine Hand wäscht die andere“, nicht von Loyalität oder Gerechtigkeit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (4b) – Moralische Entwicklung (Kohlberg)

Stadium	Erläuterung und Differenzierung
Konventionelles Stadium	Auf dieser Stufe befinden sich die meisten Jugendlichen und Erwachsenen. Menschen auf dieser Stufe richten ihr Verhalten ausschließlich nach den Regeln ihrer Umwelt. Anerkennung erfahren diese Gesellschaftsmitglieder, wenn sie „nett“ sind, weil sie die Verhaltensregeln einhalten. Während der Bezugsrahmen in den ersten beiden Stadien das unmittelbare Umfeld in unterschiedlicher Ausprägung ist, welches den Rahmen für Verhaltensweisen auf der körperlichen Ebene vorgibt, werden in dieser Stufe die gesellschaftlichen Regeln verinnerlicht und gelebt. Viele Jugendliche und Erwachsene, die sich überwiegend im 3. Stadium befinden, nehmen häufig bewusst gar nicht wahr, dass sie die Regeln der Gesellschaft leben, ohne sich jemals ein eigenes Urteil gebildet zu haben. Die Zustimmung der Umwelt stellt Dreh- und Angelpunkt der persönlichen Verhaltensweisen dar. Ein bewusstes Hinterfragen von Sinn und Zweck wird nicht angestrebt. ***Stufe 3:*** Orientierung an personengebundener Zustimmung oder „guter Junge/ nettes Mädchen“-Modell. Richtiges Verhalten ist, was anderen gefällt oder hilft und ihre Zustimmung findet. Diese Stufe ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Konformität gegenüber stereotypen Vorstellungen von mehrheitlich für richtig befundenem oder „natürlichem“ Verhalten. Häufig wird Verhalten nach der Absicht beurteilt: „Er meint es gut“ wird zum ersten Mal wichtig. Man findet Zustimmung, wenn man „nett“ ist.“ Der Orientierungsrahmen wird schrittweise erweitert, so dass nicht mehr das persönliche Umfeld als Gradmesser des Verhaltens gilt, sondern die gesellschaftliche Ordnung. Demzufolge bedeutet richtiges Verhalten, seine Pflicht in diesem Rahmen zu tun. Es gilt die Denkmuster insofern zu fördern, als Fragestellungen als Untersuchungsgegenstand gelten, welche ein vernetztes Denken zwangsläufig voraussetzen. Sobald der Übergang von dem dritten zum vierten Stadium geschafft wird, kann politisches Denken nachhaltig entwickelt werden. Erst ab dem vierten Stadium sind Menschen in der Lage, andere Interessen und Lebenswelten zu erkennen und sie gedanklich im Sinne eines Interessenausgleichs zu bearbeiten. ***Stufe 4:*** Orientierung an Recht und Ordnung. Autorität, festgelegte Regeln und die Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung bilden den Orientierungsrahmen. Richtiges Verhalten heißt, seine Pflicht (zu) tun, Autorität (zu) respektieren und für die gegebene Ordnung um ihrer selbst willen ein(zu)treten.“

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Entwicklung im Kindes-/Jugendalter (4c) – Moralische Entwicklung (Kohlberg)

Stadium	Erläuterung und Differenzierung
Postkonventionelles Stadium	Gesellschaftliche Regeln werden infrage gestellt, d.h. dass Regeln erst nach einer kritischen Prüfung teilweise und ganz akzeptiert werden. Die Umsetzung des Beutelsbacher Konsens, nach dem Schüler an der Entwicklung von Urteilsfähigkeit keineswegs gehindert werden dürfen, sondern ebendiese entwickeln müssen, um die vorhandenen Kontroversen in Wissenschaft und Gesellschaft entsprechend einordnen zu können, ist wesentlich. ***Stufe 5:*** Die legalistische oder Sozialvertragsorientierung. Im Allgemeinen mit utilitaristischen Zügen verbunden. Die Richtigkeit einer Handlung bemisst sich tendenziell nach allgemeinen individuellen Rechten und Standards, die nach kritischer Prüfung von der gesamten Gesellschaft getragen werden. Menschen erkennen, dass ihre persönliche Sichtweise von anderen Sichtweisen abweicht. Gleichzeitig gelangen sie zu dem Urteil, dass andere Sichtweisen auch richtig sein können. Der Standpunkt ist für die Einschätzung eines Sachverhaltes wichtig. Auf dieser Grundlage werden eigene Einstellungen verändert und eigenes Erfahrungswissen nachhaltig erweitert. Menschen auf dieser Stufe verfügen über ein umfangreiches Maß an Bildung, welches sich sowohl auf Fachwissen als auch auf allgemeine Grundsätze des Lebens beziehen. Solche Menschen sind am ehesten in der Lage, sich politisch für das Allgemeinwohl einzusetzen, da sie verschiedene moralische Prinzipien abzuwägen wissen. Sie können auf dieser Grundlage einen guten gesamtgesellschaftlichen Austausch erreichen. Man ist sich der Relativität persönlicher Werthaltungen und Meinungen deutlich bewusst und legt dementsprechend Wert auf Verfahrensregeln zur Konsensfindung. Abgesehen von konstitutionellen und demokratischen Übereinkünften ist Recht eine Frage persönlicher Wertsetzungen. Das Ergebnis ist eine Betonung des legalistischen Standpunktes, wobei die Möglichkeit von Gesetzesänderung aufgrund rationaler Reflexion sozialen Nutzens nicht ausgeschlossen ist. Außerhalb des gesetzlich festgelegten Bereichs basieren Verpflichtungen auf freier Übereinkunft und Verträgen. ***Stufe 6:*** Orientierung an allgemeingültigen ethischen Prinzipien. Das Recht wird definiert durch eine bewusste Entscheidung in Übereinstimmung mit selbstgewählten ethischen Prinzipien unter Berufung auf umfassende logische Extension, Universalität und Konsistenz. Diese Prinzipien sind abstrakt und ethischer Natur (der Kategorische Imperativ), nicht konkrete Moralregeln wie etwa die Zehn Gebote. Im Kern handelt es sich um universelle Prinzipien der Gerechtigkeit, der Gegenseitigkeit und Gleichheit der Menschenrechte und des Respekts vor der Würde des Menschen als individuelle Person. Die Entwicklung dieses letzten Stadiums setzt die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und zur Urteilsfähigkeit voraus, wobei anzumerken ist, dass sich die beiden erwähnten Fähigkeiten entwickeln, wenn Menschen sich mit schwierigen moralischen Fragen (Dilemmata) auseinandersetzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (1) – Übersicht der Störungen



Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (bis 18). Dabei wird die „normale“ Entwicklung der emotionalen, kognitiven und psychomotorischen Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen als Vergleichsmaßstab herangezogen. Genetischen, familiären und schulischen Faktoren, die zu einer Störung beitragen bzw. diese verschärfen können, gilt unser besonderes Augenmerk.

ICD-Kategorie	Wichtige Störungen
Intelligenzminderung (F7)	Leichte, mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung
Entwicklungsstörungen (F8)	Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens: ▪ Artikulationsstörungen ▪ Expressive Sprachstörung ▪ Rezeptive Sprachstörung ▪ Erworbene Aphasie bei Epilepsie Umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten: ▪ LRS ▪ Rechenstörung Tief greifende Entwicklungsstörungen: ▪ Frühkindlicher Autismus (Kanner) ▪ Asperger-Syndrom ▪ Rett-Syndrom
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	▪ Hyperkinetisches Syndrom (ADHS) ▪ Störungen des Sozialverhaltens ▪ Emotionale Störungen ▪ Tic-Störungen ▪ Störungen der Ausscheidungsfunktionen ▪ Kindliche Fütterstörung ▪ Stottern und Poltern

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (2) – Intelligenzminderung (F7)



Die Intelligenzminderung ist eine von Kindesalter an bestehende allgemeine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit unterschiedlicher Genese. Sie ist **angeboren** bzw. **vor oder während der Geburt erworben** (frühkindliche Hirnschädigung; *minimal brain dysfunction*). Gehen ausgebildete intellektuelle Fähigkeiten wieder verloren, spricht man von **Demenz**. Intelligenz-minderungen sind operationalisiert durch niedrige Werte in einem Intelligenztest. Synonyme: Oligophrenie, Minderbegabung, Imbezillität, Schwachsinn.

Intelligenz ist ein komplexes Konstrukt, das sich aus einer Reihe von Fertigkeiten zusammen setzt. **Spearman** begründete 1923 die erste Faktoren-Theorie der Intelligenz in der Psychologie. Er fand durch den Vergleich verschiedener Intelligenztests, durchgeführt an einer Gruppe Probanden heraus, dass fast alle Testmodule innerhalb eines solchen Tests positiv miteinander korrelieren. Die Korrelationen waren nicht hoch, ließen jedoch den Rückschluss zu, es müsse einen allgemeingültigen Faktor geben, der etwas über die Intelligenz eines Menschen aussagt.

Thurstone verwarf die Vorstellung eines generellen, übergeordneten Intelligenzfaktors und betonte die bereichsspezifische Organisation der Intelligenz. Faktorenanalytisch extrahierte er **sieben Primärfaktoren** der Intelligenz:

- **S** (space): Räumlich-visuelle Aufgaben wie z.B. mentales Rotieren von Objekten
- **P** (perceptual speed): Wahrnehmung von Objekten und Relation zwischen ihnen, z.B. Fortsetzung einer Reihe von Objekten
- **N** (numerical ability): Rechnerisch-mathematische Fähigkeiten
- **M** (memory): Gedächtnisleistung, z.B. Fragen zu einer Biografie beantworten
- **R** (reasoning): Logisches Schlussfolgern
- **W** (word fluency): Wortflüssigkeit, z.B. Finden von Synonymen
- **V** (verbal relations): Verbale Beziehungen richtig verstehen und interpretieren.

Auch bei schweren Intelligenzminderungen können – wie beim Autismus – die einzelnen Bereich der Intelligenz unterschiedlich stark betroffen sein. Die Einschätzung der Intelligenz sollte darum so differenziert wie möglich erfolgen und auch emotionale und soziale Kompetenzen einbeziehen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (3) – Intelligenzminderung (F7)

Grad der Intelligenz-minderung	IQ	Sprache	Alltagsbewältigung	Schule und Arbeit
Übergangszone, Lernbehinderung (Lernbehinderung)	89 - 70	Normale Entwicklung, aber Einschränkungen vor allem im math.-techn. Verständnis (abstraktes Denken)	Volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung und normale Entwicklung	Ausbildung kann bewältigt werden, bevorzugt jedoch im nicht-technischen Bereich (z.B. Gärtnerei, Einzelhandel)
Leichte Intelligenz-minderung (80%) (Debilität)	69 - 50	Verzögerte Entwicklung, normale Konversation ist möglich	Meist volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung, aber verzögerte Entwicklung	Schulschwierigkeiten, vor allem beim Lesen und Schreiben, für praktische Arbeit anlernbar
Mittelgradige Intelligenzminderung (12%) (Imbezillität)	49 - 35	Begrenzte Leistungsfähigkeit bei Sprachverständnis und Sprachgebrauch	Verzögerte Entwicklung bei der Selbstversorgung; häufig ist lebenslange Unterstützung erforderlich	Deutlich reduzierte schulische Fähigkeiten; einfache praktische Tätigkeiten können verrichtet werden
Schwere Intelligenz-minderung (7%) (ausgeprägte Imbezillität)	34 - 20	Basales Sprachverständnis und basaler Sprachgebrauch; manche Kinder lernen nicht sprechen	Ausgeprägte psycho-motorische Ausfälle; die Selbständigkeit ist stark eingeschränkt; meist ist eine dauerhafte Betreuung und Pflege erforderlich	Starke Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit
Schwerste Intelligenz-minderung (<1%) (Idiotie)	< 20	Non-verbale Kommunikation ist nur in einfachster Form möglich	Meist immobil, inkontinent und unfähig, Anweisungen zu verstehen und auszuführen; dauerhaft pflegebedürftig	Spezielles Training kann in Einzelfällen zur Verrichtung einfachster Aufgaben unter Beaufsichtigung führen

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (4) – Intelligenzminderung (F7)



Der Anteil der Intelligenzminderung an der Gesamtbevölkerung beträgt ca. 2-3%. Schwerste Formen finden sich in <1% der Fälle. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (im Verhältnis 3:2). In der **sozialen Unterschicht** sind mehr Kinder und Jugendliche von Intelligenzminderung betroffen als in anderen Schichten. **60%** der Nachkommen intelligenzgeminderter Eltern sind **oligophren**, **30%** sind es bei Intelligenzminderung **eines** Elternteils. Das Risiko, bei einer Intelligenzminderung an einer psychischen Störung zu erkranken, ist gegenüber normaler Intelligenz um den Faktor 3 bis 4 erhöht.

In >50% der Fälle lassen sich keine Ursachen finden. Bei ca. 15% liegt ein genetischer Defekt vor. Folgende **Ursachen** kommen für eine Intelligenzminderung in Frage:

- Infektionen des ZNS vor oder nach der Geburt (z.B. HIV, Röteln der Schwangeren)
- Chromosomenschädigung (z.B. Trisomie 21) oder Erbkrankheiten
- Toxische Schädigungen durch Alkohol, andere Drogen und Medikamente, welche die Mutter während der Schwangerschaft eingenommen hat
- Geburtsschäden durch Komplikationen (Sauerstoffmangel, Zangengeburt)
- Frühgeburten mit sehr niedrigem Geburtsgewicht
- Schädigungen durch Blutgruppenunverträglichkeiten
- Stoffwechselerkrankungen
- Hirntumoren, Epilepsien
- Schädel-Hirn-Trauma durch Unfälle (Sturz vom Wickeltisch, Misshandlungen).

Die Behandlung von Intelligenzminderung im heilenden Sinne ist i.d.R. nicht möglich. Ausnahmen sind z.B. früh erkannte Stoffwechselerkrankungen. Ziel einer Therapie ist die **frühkindliche Entwicklungsförderung** (emotional, kognitiv, psychomotorisch) hin zu einer möglichst eigenständigen Lebensführung. Die Betroffenen sollten vor Reizüberflutung, Überforderung und Diskriminierung geschützt werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (5) – Entwicklungsstörungen (F8)



Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen liegen einzelne Leistungsbereiche des Kindes / Jugendlichen unter dem Niveau seiner sonstigen intellektuellen Möglichkeiten. Es handelt sich nicht um eine allgemeine Intelligenzminderung, sondern um **Teilleistungsschwächen**. Die Intelligenz kann normal bis überdurchschnittlich sein.

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache:

- **Artikulationsstörungen** (F80.0) umfassen Fehler in der Bildung bestimmter Laute (**Auslassung, Verzerrung und Ersetzen von Lauten**). Die Störung erschwert die Verständigung. 2-3% der 6-7jährigen weisen eine schwere Artikulationsstörung auf. Mit 4 Jahren sind Fehler bei der Lautbildung („ich tomme“) noch üblich. Erst zum Ende der Grundschulzeit werden alle Sprachlaute fehlerfrei beherrscht. Synonyme: Lallen, Stammeln, Dyslalie.
- **Expressive Sprachstörung** (F80.1): Der aktive Wortschatz, die verwendete Grammatik und die Fähigkeit, sich auszudrücken, liegen deutlich unter der Altersnorm. Hinweise: 3jährige bilden keine Zwei-Wort-Sätze („will trinken“). Synonyme: Entwicklungsbedingte Dysphasie (vom expressiven Typ).
- **Rezeptive Sprachstörung** (F80.2): Das Sprachverständnis ist gestört. Die Kinder sind nicht in der Lage, grammatikalische Strukturen (z.B. Verneinungen, Fragen oder Vergleiche) zu verstehen. Auch fehlt ihnen das Verständnis für die subtileren Aspekte der Sprache (z.B. Einsatz von Stimmlage, Gestik, Ironie). Synonyme: Worttaubheit, Dysphasie vom rezeptiven Typ. Im Ggs. zum Autismus besteht bei rein rezeptiver Sprachstörung eine normale Zuwendung zu anderen Menschen.
- **Erworbene Aphasie mit Epilepsie**: Hier ist der Beginn der rezeptiven und expressiven Sprachstörungen mit Auffälligkeiten im EEG begleitet. Meist entwickeln sich parallel dazu epileptische Anfälle. Die Sprachfertigkeiten können schlagartig verloren gehen oder sich über Monate verschlechtern (leichte Defizite bis hin zum völligen Verstummen). Mögliche Ursache: Meningitis / Enzephalitis.
- **Sonstige Störungen des Sprechens und der Sprache**: Lispeln (Sigmatismus).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (6) – Entwicklungsstörungen (F8)



Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Leistungen werden Defizite in der kognitiven Informationsverarbeitung vermutet. Die Störungen sind also nicht Folge einer erworbenen Hirnschädigung / Krankheit und sie sind auch nicht dadurch verursacht, dass das Kind zu wenig Gelegenheit zum Lernen hat. Die primären biologischen Faktoren (erschwerte Informationsverarbeitung) können aber mit sozialen Faktoren (wenig Gelegenheit zum Lernen, keine adäquate Unterstützung) zusammenwirken. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen:

- **Lese- und Rechtschreibschwäche** (F81.0) zeigt sich durch erschwertes Lesen und verzögertes Lesenlernen sowie durch häufige Rechtschreibfehler bei (über-)durchschnittlicher Intelligenz und sonst normalen Schulleistungen. Synonym: Legasthenie. Symptome: Anfangs Schwierigkeiten beim Aufsagen des Alphabets, Fehler beim Vorlesen (z.B. Auslassungen, Ersetzungen, Verdrehungen von Worten; niedrige Lesegeschwindigkeit), gestörtes Leseverständnis (z.B. Unfähigkeit, Gelesenes wiederzugeben), Rechtschreibschwäche im Jugendalter. Bei Kindern geht eine LRS häufig mit **ADHS** einher. 6% aller Kinder leiden an LRS. Jungen sind um den Faktor 3,5 häufiger betroffen als Mädchen.
- **Rechenstörung** (F81.2): Betroffen sind (bereits) die Grundrechenarten. Rechenoperationen werden schwer verstanden. Synonym: Dyskalkulie. Isoliert tritt sie selten auf (<1%).

Zur Diagnostik werden vor allem Testbatterien wie der **HAWIK** und der **Aachener Aphasietest** eingesetzt. Organische Ursachen werden durch entsprechende neurologische Untersuchungen erfasst. Leichter umschriebene Entwicklungsstörungen haben eine bessere Heilungsprognose als schwere. **5-7%** der Kinder aus allen sozialen Schichten haben Teilleistungsschwächen im verbalen oder nichtverbalen Bereich.

Behandelt werden Teilleistungsschwächen mit **logopädischen** Übungsprogrammen. Zur Stärkung von **Selbstvertrauen** und **Beziehungsfähigkeit** kommen familientherapeutische Settings zum Einsatz. Symptome verstärkende Verhaltensweisen sowie Kritik am Leistungsvermögen sind abzubauen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (7a) – Autismus-Spektrum-Störungen (F84)



Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): Kernkriterien im ICD-10:

1. Störungen der Interaktion (Perspektivübernahme, sozio-emotionale Gegenseitigkeit, Konversation / „Smalltalk“)
2. Störungen der Kommunikation (intuitives Verständnis für nonverbale Signale, Nutzung und Verständnis von Ironie / Metaphern, Blickkontakt) (Veränderung des inneren Erlebens + wenig / kein Verständnis für nonverbale Signale)
3. Repetitive, stereotype Verhaltensweisen (ritualisierte Tagesabläufe und Routinen, nutzlos erscheinende Ordnungsvorlieben, Spezialinteressen).

Sind alle drei Kernkriterien erfüllt, liegt das Vollbild einer autistischen Störung vor (F84). Im Falle einer zusätzlich vorliegenden Intelligenzminderung wird die Diagnose **„frühkindlicher Autismus“** vergeben (F84.0).

Sind unabhängig vom kognitiven Leistungsniveau nur zwei der drei Kernkriterien erfüllt oder ist der Nachweis der Symptome erst nach dem dritten Lebensjahr möglich, wird **„atypischer Autismus“** (F84.1) diagnostiziert.

Liegen alle Kernsymptome ohne Intelligenzminderung und ohne Sprachentwicklungs-verzögerung vor, ist die Diagnose **„Asperger-Syndrom“** (F84.5) zu stellen.

Was macht eine gute therapeutische Beziehung aus?

a. Therapeut als Modell
b. Non-verbale Ausstrahlung von Empathie und Wertschätzung
c. Verstärkung durch Lob
d. Nachbeelterung / Validierung des Patienten und
e. ASS-spezifisch: Therapeut als Experte und Übersetzer insb. nonverbaler Signale.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (7b) – Frühkindlicher Autismus (Kanner) (F84.0)



Der frühkindliche Autismus zählt zu den tief greifenden Entwicklungsstörungen (F84). Darunter versteht man tief in die Persönlichkeit des Kindes eingreifende Beeinträchtigungen, die gleich **mehrere Entwicklungsbereiche** (insb. Kommunikation, Aktivitäten, Interessen) **betreffen**. Die stereotypen, eingeschränkten Verhaltensweisen sowie kognitiven Beeinträchtigungen bestehen i.d.R. seit frühester Kindheit und manifestieren sich in den ersten 3 Lebensjahren. Kennzeichen:

- **Extremes Abkapseln von der Umwelt** (starke Selbstbezogenheit); die Kontaktaufnahme erfolgt ritualisiert; Blickkontakt wird gemieden.
- **Unfähigkeit, soziale und emotionale Signale adäquat zu deuten und zu beantworten**
- **Frühe Störung der Sprachentwicklung** (Sprache bleibt unmoduliert, affektarm)
- **Stereotype Verhaltensmuster, ritualisierte Handlungen, starre Beschäftigung mit Zahlen und Wegrouten sowie motorische Stereotypien** (Riechen und Tasten von harten Objekten)
- **Ausgeprägte Veränderungsangst**; sie flippen aus, wenn sich das Umfeld nur geringfügig verändert
- **Häufig Wutausbrüche, Aggressionen, Selbstverletzungen** (Beißen)
- Unspezifische Symptome wie **Phobien, Schlafstörungen, Essstörungen**
- **Bei 1/3 der frühkindlichen Autisten** besteht zudem eine **Intelligenzminderung.**

Häufigkeit: 3-5 auf 10.000 Kinder. Also eher selten bei hoher Bekanntheit des Bildes. Sie tritt in allen sozialen Schichten auf. Jungen sind häufiger betroffen. Vor allem werden hirnorganische Ursachen vermutet (zahlreiche zerebrale Auffälligkeiten). DD. Asperger-Syndrom, Rett-Syndrom, infantile Demenz- und Degeneration, Aphasien, umschriebene Entwicklungsstörungen, komplexe Zwangsstörungen.

Therapie: Unterstützung der normalen Entwicklung (insb. Fähigkeit der Kontaktaufnahme, selbständige Bewältigung des Alltags) und Förderung der Lernfähigkeit in kleinen Schritten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (7c) – Rett-Syndrom (F84.2)



DD: **Dementia infantilis** (Heller-Syndrom, desintegrative Störung) mit einem Beginn der Demenz im 3.-4. Lebensjahr nach zunächst normaler Entwicklung. Symptome: Zunehmende **Schreckhaftigkeit**, Unruhe, **affektive Verstimmung**, Wahnvorstellungen, **Zwänge mit Wesensänderung**, **„Puppen-gesicht“**; 50% der Betroffenen sind im Endzustand unfähig, sich sprachlich auszudrücken. Der Prozess verläuft über 9-12 Monate mit mittlerer bis schwerer Intelligenzminderung ohne Wiederherstellung.

Das Syndrom wurde erstmals 1966 vom Wiener Jugendpsychiater Andreas Rett beschrieben. Es ist eine angeborene, **x-chromosomal vererbte**, **neurodegenerative** Erkrankung. Sie zeichnet sich durch **stereotype Bewegungsmuster** und **autistisches Verhalten** aus. Die Erkrankung tritt nur bei **Mädchen** auf. Sie lässt sich durch den charakteristischen Beginn, Verlauf und das Symptommuster differenzieren. Eines von 15.000 bis 20.000 Kindern erkrankt.

Typischerweise folgt einer scheinbar normalen frühkindlichen Entwicklung ein teilweiser oder vollständiger Verlust von erworbenen Fähigkeiten im Gebrauch der Hände und der Sprache, zusammen mit einer Verlangsamung des Kopfwachstums zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat. Symptome in dieser Zeit:

- **Vollständiger oder teilweiser Verlust der Sprache**
- **Verlust zielgerichteter Handbewegungen** und feinmotorischer Fähigkeiten.
- Charakteristische stereotype **wringende Handwaschbewegungen** vor dem Oberkörper.
- **Mangelhaftes Kauen**.
- **Hyperventilation**.
- **Verlangsamung des Kopfwachstums, Minderwuchs**.
- **Verlust des sozialen Interesses** (kaum noch Augenkontakt).

Symptome nach dem 2. Lebensjahr:

- **Starre Spastik**, i.d.R. mehr an den unteren als an den oberen Extremitäten.
- **Skoliose**.
- **Spinale Atrophie** mit starken motorischen Einschränkungen.
- **Epileptische Anfälle** (Beginn vor dem 8. Lebensjahr).

Selten sind Selbstbeschädigungen und komplexe stereotype Bewegungen oder Gewohnheiten. Die Erkrankung führt i.d.R. zu einer mehrfachen Behinderung und macht die Unterbringung in einer speziellen Pflegeeinrichtung erforderlich. Eine kausale Therapie gibt es nicht. Die meisten Betroffenen versterben vor dem 40. Lebensjahr.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (7d) – Asperger-Syndrom (F84.5)



Beim Asperger-Autismus (Synonym: autistische Persönlichkeitsstörung) ist die Intelligenz normal entwickelt oder sogar besonders ausgeprägt. Die **Sprachentwicklung** erfolgt früh, oft noch vor dem Laufen, und ist **auffällig differenziert**. Gleichzeitig liegt ein eingeschränktes Repertoire **stereotyper Interessen und Aktivitäten** vor. Die **Beziehungsfähigkeit** ist wie beim frühkindlichen Autismus **gestört**. Intensive **Emotionen** und **sozialer Kontakt** sind **Stressoren**. Es gibt keine genauen epidemiologischen Daten. In der Ursachenforschung werden eine genetische Disposition und hirnorganische Ursachen (Epilepsie als Komorbidität) verfolgt. Die Erkrankung ist im Gegensatz zum frühkindlichen Autismus **milder in Ausprägung und Verlauf**. Heilungschancen bestehen. DD: Kindliche Schizophrenie, Hospitalismus / Deprivation (kein **emotionaler** Kontakt zur Primärperson), Entwicklungs- und Bindungsstörungen, Zwangsstörungen.

Diagnostik bei Kindern: Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS). Revidiertes diagnostisches Interview für Autismus (ADI-R). Diagnostik bei Erwachsenen: Asperger-Syndrom-Diagnostik-Interview (ASDI). Adult Asperger Assessment (AAA).

Unterscheidungskriterium	Kanner-Syndrom	Asperger-Syndrom
Geschlechterverhältnis	Jungen / Mädchen: 3 / 1	Jungen / Mädchen: 8 / 1
Beginn	Meist vor dem 30. Lebensmonat	Kindergarten- und Schulalter; Auftreten der Beziehungsstörungen meist ab dem 3. Lebensjahr
Intelligenz	Oft unterdurchschnittlich	Oft überdurchschnittlich
Sprache	Gestörte und verzögerte Sprachentwicklung; Eigentümlichkeiten im Sprechverhalten	Frühzeitige Sprachentwicklung; großer Wortschatz; kreatives Sprechen; Störungen in der kommunikativen Funktion
Kontaktverhalten	Umgebung ist scheinbar nicht existent	Umgebung wirkt störend, kommunikative Anforderungen stellen eine Überforderung dar

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (8a) – Hyperkinetische Störung / ADHS (F90)



Erstmalig hat der Frankfurter Psychiater **Heinrich Hoffmann** das Störungsbild 1847 im *Struwwelpeter* beschrieben. Die medizinische Erstbeschreibung gelang dem englischen Kinderarzt **George Frederic Still** im Jahre 1902 anhand einer Vorstellung von 20 Fällen von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten ohne erkennbare neurologische Ursache. Still schildert die Kinder als **impulsiv** und **hyperaktiv**, **aggressiv** und **zerstörerisch** in ihrem Verhalten, auf Erziehung bzw. Bestrafung **nicht ansprechend** sowie häufig mit **Lernstörungen** versehen.

Die hyperkinetische Störung / ADHS zählt zu den sog. **Verhaltens- und emotionalen Störungen** mit Beginn in der Kindheit und Jugend **(F9)**. Sie ist gekennzeichnet durch motorische Hyperaktivität, hohe Impulsivität bei niedriger Frustrationstoleranz, mangelnde Aufmerksamkeit und leichte Ablenkbarkeit mit fehlendem Lernerfolg. Hinzu kommen emotional und sozial störende Verhaltensweisen. Die Störung beginnt vor dem 5. Lebensjahr und besteht bis ins Erwachsenenalter weiter. Meist bleibt sie in Form einer Konzentrationsstörung bestehen. Kennzeichen von ADHS im **Kindesalter**:

- **Merkmale der Unaufmerksamkeit:** Die betroffenen Kinder und Jugendliche sind unkonzentriert, vergesslich, haben Mühe dauerhaft aufmerksam zu sein, haben Schwierigkeit zuzuhören, haben Mühe mit Anleitungen und bei alltäglichen Verrichtungen; sie haben Schwierigkeiten sich selbst zu organisieren, haben Mühe bei längeren geistigen Anstrengungen, verlieren und verlegen häufig Dinge im Alltag, sind leicht ablenkbar durch äußere Reize und übermäßig vergesslich.
- **Hyperaktivität und Impulsivität:** Die betroffenen Kinder und Jugendliche erleben eine ständige Unruhe in Händen und Füßen; sie haben Mühe, ruhig sitzen zu bleiben; es fällt ihnen schwer, ruhig und besonnen zu arbeiten; sie fühlen sich innerlich *wie von einem Motor* angetrieben; sie antworten, bevor eine Frage vollständig gestellt wurde; es erscheint ihnen unmöglich, auf etwas/andere zu warten (z.B. im Straßenverkehr); sie zeigen störendes Verhalten gegenüber anderen.

ADHS kommt als Unaufmerksamkeit, als Hyperaktivität oder als **Vollbild** mit Symptomen der **Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität** vor. Epidemiologie: Rund **10%** aller Kinder und Jugendliche zeigen Symptome im Sinne einer ADHS. Die Tendenz ist steigend. Dabei sind Jungen und Mädchen **gleich häufig betroffen**. Die Hauptsymptome der ADHS im Erwachsenenalter entsprechen denen im Kindes- und Jugendalter. **50 – 80%** der ADHS-Kinder leiden auch als Erwachsene unter den Symptomen. Während die Hyperaktivität (die vor allem bei Jungen auftritt) mit den Jahren meist zurückgeht, **bleiben** die **Aufmerksamkeitsdefizite** in der Regel **bestehen**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (8b) – Hyperkinetische Störung / ADHS (F90)



Neurobiologisch wird ADHS vor allem durch eine Fehlregulation in der Nervenübertragung im Gehirn erklärt. Menschen mit ausgeprägter ADHS zeigen im Frontalhirn und im Bereich der Stammganglien eine geringere Hirnaktivität als Menschen ohne ADHS.

In diesen Regionen sind vor allem die Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin aktiv. Neueste Untersuchungen weisen darauf hin, dass bei Menschen mit ausgeprägter ADHS vor allem eine verminderte Dopamin-Aktivität besteht. Diese kann dazu führen, dass der Mensch verstärkt Umgebungsreize aufsucht und aufnimmt, auf diese sehr intensiv reagiert, aber seine Impulsivität schlecht kontrollieren kann.

Kinder und Jugendliche mit ADHS sorgen aufgrund ihrer intensiven Wahrnehmung des Alltags, durch ihren Ideenreichtum und ihre Kreativität, aber auch durch ihre Liebenswürdigkeit immer wieder für Überraschungen. Ihre Ideen beruhen jedoch weniger auf sorgfältiger Analyse, sondern vor allem auf **Intuition** und Assoziationsvermögen (*„Wir funktionieren ähnlich wie ein Radio, das gleichzeitig mehrere Sender empfängt“*). In Gesellschaft können sie ihre **Zuhörer begeistern** und vor Ideen sprühen, bis sie ihre Energie verbraucht haben und sich abrupt zurückziehen müssen (und damit die Menschen um sich herum irritieren). Andererseits sind sie **verletzlicher** als Menschen ohne ADHS und ihren eigenen Gefühlen stärker ausgeliefert. Sie haben weniger Kraft, Misserfolge oder Konflikte wegzustecken. Stattdessen werden **Reizüberflutung und Ärger** impulsiv mit Wut und Zorn oder aber depressiv beantwortet. Das emotionale Ausgeliefertsein führt dazu, dass viele Menschen mit ADHS wenig Selbstachtung / Selbstvertrauen entwickeln.

Zur Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität gesellen sich häufig **emotionale Störungen** (Stimmungsschwankungen, depressive Phasen, Ängste) (**eher bei Frauen**) und **Verhaltensauffälligkeiten** am Arbeitsplatz bzw. im Straßenverkehr (**eher bei Männern**). Unüberlegte Käufe und Investitionen rücken ADHS in die Nähe manischer Erkrankungen. Erwachsene mit ADHS berichten, dass mit zunehmendem Alter ihre Hochgefühle abnehmen und depressive Phasen zunehmen. Hyperaktivität kostet auf lange Sicht viel Energie. Kennzeichen von ADHS im **Erwachsenenalter**:

- **Konzentrationsstörung**, Desorganisation und Zerstreutheit.
- **Fehlendes Durchhaltevermögen**, häufig wechselnde Arbeitsplätze, Arbeitslosigkeit.
- **Häufig wechselnde Beziehungen**, unerwünschte Schwangerschaften.
- Erhöhte Impulsivität, **unüberlegte Entscheidungen**, waghalsige sportliche Unternehmungen, Verschuldung durch unüberlegte finanzielle Transaktionen.
- Probleme mit **Autoritätspersonen**, Kontrollinstanzen; Strafverfahren; keine Einsicht.
- Rasche **Stimmungswechsel** von Euphorie zur Deprimiertheit, von Aggression zur inneren Leere und Langeweile; Substanzmissbrauch.
- **Meiden von ernsthaften Herausforderungen**, keine Entwicklung des eigenen Potenzials, oftmals Suchtgefahr.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (8c) – Hyperkinetische Störung / ADHS (F90)



Eine gezielte Information über die Erkrankung bewirkt häufig, dass ein Kind von den Eltern oder Bezugspersonen erstmals als **hilfebedürftig** erkannt wird, während es bis dahin meist als störend oder sogar böswillig empfunden wurde.

„Lieber ein Kind mit Ritalin© in der Familie als eines ohne Medikation in einem Heim“ (Prof. Dr. W. Felder, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni Bern).

Die grundlegende **Diagnostik** umfasst eine Befragung der Eltern, Verhaltensbeobachtungen beim Kind und testpsychologische Untersuchungen (z.B. HAWIK). Der HAWIK gibt Aufschluss darüber, inwieweit Schulleistungsschwächen auf mangelnde Intelligenz oder andere Faktoren zurückzuführen sind. Ergänzend muss eine **organische Ursache** des ADHS (z.B. Hyperthyreose) ausgeschlossen werden.

Komorbidität: Tic-Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Legasthenie, Sprech- und Sprachstörungen, Angststörungen, Depression. Tritt die Hyperaktivität in Verbindung mit Angst oder Depression auf, haben diese in der Diagnose den Vorrang. Hyperaktivität als normale Phase in der **Persönlichkeitsreifung** darf nicht als ADHS diagnostiziert werden.

Unbehandelt entwickeln viele von ADHS betroffene Kinder soziale Auffälligkeiten bis hin zur **Delinquenz**. Sie sind stärker als andere Kinder gefährdet, **Drogenabhängigkeit** zu entwickeln. Meist bleiben sie in Schule und Beruf hinter ihren Möglichkeiten zurück.

Ätiologie: Diskutiert wird ein multifaktorielles Geschehen. **Genetische Einflüsse** (familiäre Häufung) und **neurobiologische Faktoren** scheinen eine Rolle zu spielen. Aber auch **Geburtstraumata**, **toxische Einflüsse** in der Schwangerschaft (insb. Alkohol) und **allergische Reaktionen** auf bestimmte Nahrungsmittel sind nicht selten.

Die **Therapie** hängt vom Schweregrad der Symptomatik ab. Im Vordergrund steht die **Psychoedukation**, bei der die Eltern, das Kind und die Bezugspersonen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert werden und eine **Entlastung von Schuldgefühlen (z.B. Erziehungsversagen)** erfahren sollen. Psychotherapie und Pharmakotherapie können weitere Behandlungsschritte sein.

Psychopharmaka: Es kommt vor allem **Methylphenidat** (MPH; Ritalin©) zum Einsatz. MPH ist ein stimulierendes Medikament aus der Gruppe der Amphetamine und hat (nur) **bei Patienten mit ADHS eine ausgleichende Wirkung**. Im synaptischen Spalt bewirkt es eine Wiederaufnahmehemmung von Dopamin. Dopamin steht darum vermehrt zur Verfügung, was die **Signalverarbeitung verstärkt** sowie den **Sympathikotonus erhöht**. MPH fällt unter das Betäubungsmittelgesetz. Verschreibung nur unter fachärztlicher Kontrolle! NW: Schlafstörungen, Appetitminderung, Kopfschmerz, Mundtrockenheit, Übelkeit.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (8d) – Hyperkinetische Störung / ADHS (F90)



Psychotherapie

Grundlegende Empfehlungen zum Umgang der Eltern und Bezugspersonen mit ADHS-Kindern und -Jugendlichen:

- **Eindeutige**, unmissverständliche **Kommunikation**.
- **Konsequenz** in der Einhaltung von Regeln und Sanktionen. Kinder lernen aus den Folgen Ihres Handelns.
- **Vermeiden von** lauten oder wiederholenden **Anklagen**.
- Bevor man mit dem Kind spricht, sich seiner **Aufmerksamkeit** versichern (z.B. nur sprechen, wenn es einen anschaut)
- Beziehung zum Kind pflegen, z.B. durch **Spielzeiten**, in denen es nur um die Bedürfnisse des Kindes geht und die das Kind aktiv gestaltet.
- **Loben**, wenn das Kind etwas aktiv gestaltet.

Verhaltenstherapeutische Studien zeigen eine Überlegenheit von VT + Medikation gegenüber einer reinen Medikation. Ziel der VT ist, dass Kinder ihr **problematisches Verhalten erkennen und modifizieren** lernen. Außerdem soll das **Selbstvertrauen** der Kinder **gestärkt** werden. Kinder sollen lernen, ihre **Aufgaben in einer definierten Reihenfolge** und zumutbaren Etappen durchzuführen. Belohnt werden sie mit einem **Punktesystem**, das ihnen nach einiger Zeit eine größere Belohnung ermöglicht. Erworbene Bonuspunkte sollten nicht gestrichen werden. Zudem wird das **Führen von Listen** trainiert, um dem Tag eine klare Struktur zu geben. Es werden Erinnerungssysteme eingeübt, zu denen **Notizbücher und Merkzettel** gehören. Strategien zur **Bewältigung von Konflikten** werden trainiert.

Weitere Therapieverfahren bei ADHS:

- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Familientherapie, um die Belastungen in der Familie zu verbessern
- Ergotherapie und heilpädagogische Verfahren zur Verbesserung der Psychomotorik und sensorischen Integration
- Bowen-Therapie (Bowtech®) zur tiefgreifenden Entspannung und ggf. Atlaskorrektur.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (8e) – Hyperkinetische Störung / ADHS (F90)

Eltern und Lehrer brauchen praktische Unterstützungsangebote, um Kindern und Jugendlichen mit ADHS helfen zu können, angemessen zu kommunizieren, Alltagsprobleme besser zu lösen und Alltagsstress wirksam zu bewältigen. Dazu zählt:

- **Wie kann ich bei Impulsivität helfen?** Menschen mit ADHS müssen lernen, spontane Eingebungen und Kommentare sowie vorschnelle Handlungen zu bremsen und zu überprüfen. Sie müssen lernen, ihre **Gedanken und Handlungsimpulse zu stoppen** und ihr Verhalten aus dem Blickwinkel anderer Personen zu betrachten.
- **Wie kann ich dem Bedürfnis eines Kindes oder Jugendlichen nach Stimulation nachkommen?** Menschen mit ADHS haben gelernt, sich mit dem **Radio** und Gesprächen während der Arbeit zu stimulieren, um der vermeintlichen Reizarmut ihres Alltags entgegen zu wirken. Andererseits können Lehrer eine **anregende Arbeitsumgebung z.B. durch Teamarbeit**, Aufgabenwechsel und Aufgabenvielfalt schaffen, ohne den ADHS-Betroffenen zu überreizen.
- **Wie kann ich das Konfliktverhalten eines Kindes oder Jugendlichen verbessern?** Menschen mit ADHS sind **Konfliktsucher**. Ist ein gewisser Streitpegel erreicht, fühlen sich die Betroffenen innerlich ruhiger. **Die eigene innere Unruhe wird nach außen verlagert** und bewirkt eine Entlastung für den ADHS-Betroffenen. Für Eltern und Lehrer stellt die Streitsucht eine ziemliche Belastung dar. Eltern und Lehrer können mit einem Jugendlichen vereinbaren, **konkrete Konfliktthemen zielgerichtet** und systematisch **unter vier Augen zu bearbeiten** und ihm dabei die **ungeteilte Aufmerksamkeit** zu schenken. Das kann Stimulation und ein Ausweg für beide Seiten sein.
- **Wie kann ich bei Unaufmerksamkeit helfen?** Kinder und Jugendliche mit ADHS sind mit ihrer Aufmerksamkeit nur kurzfristig bei dem erteilten Arbeitsauftrag. Das hat oft zur Folge, dass der **Arbeitsauftrag unvollständig oder fehlerhaft bearbeitet** wird, auch wenn der ADHS-Betroffene rein intellektuell in der Lage sein müsste, eine gute Arbeit zu leisten. Eltern und Lehrer können z.B. **Auftragskarten** nutzen. Sie vereinbaren, dass Rückfragen erlaubt sind, sobald sich eine Aufgabe als unklar herausstellt. Am Ende des Tages verdienen erledigte Aufgaben ein deutliches Lob. Das gibt Sicherheit und stärkt das Selbstvertrauen.
- **Wie kann ich den Kommunikationsstil eines Kindes oder Jugendlichen verbessern?** Die Unaufmerksamen vermitteln anderen Menschen das Gefühl, sie seien nicht wichtig genug, als dass man ihnen zuhören muss. Die **Hyperaktiven** lassen ihre Umgebung nicht zu Wort kommen und **reden ohne Punkt und Komma**. Die **Impulsiven platzen mit unangemessenen Bemerkungen heraus** oder vergreifen sich im Ton und verletzen so ihre Kollegen. Kinder und Jugendliche mit ADHS brauchen ein **gutes Vorbild** (Ansprache anderer Menschen, Übernahme von Verantwortung für den Inhalt und den Verlauf von Gesprächen) sowie **regelmäßig Rückmeldung**, wie sich ihr eigenes Kommunikationsverhalten entwickelt.
- **Wie kann ich bei Desorganisation helfen?** Menschen mit ADHS bringen selten ihre Arbeiten bzw. Projekte zu Ende. Die mangelhafte Arbeitsorganisation kann zu einer Belastung für alle Beteiligten werden, vor allem wenn der ADHS-Betroffene nicht weiß, warum er seine Arbeiten bzw. Projekte nicht bewältigt. Eltern und Lehrer können helfen, **Struktur in den Alltag zu bringen** und die Dinge in den Blick zu rücken, die aufgrund der vielen Ablenkungen gerne übersehen werden. Mancher ADHS-Betroffene entwickelt sich auf diesem Weg zum Perfektionisten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (9) – Störungen des Sozialverhaltens (F91)



Störungen des Sozialverhaltens bezeichnen die **allgemeine Verletzung altersangemessener sozialer Normen**. Sie überschreiten Streiche und jugendliche Aufsässigkeit und machen ein Einschreiten der Polizei / des Jugendamtes erforderlich. Synonyme: Dissozialität, antisoziales Verhalten. Symptomatik:

- **Aggression**, Wutausbrüche, Ungehorsam.
- **Häufiges Stehlen**, Lügen, Brechen von Vereinbarungen.
- **Stimmungslabilität**, dysphorisch-depressiv oder impulsiv-aggressiv.
- **Fehlende Motivation für Schule und Arbeit**, Weglaufen, Schulschwänzen
- **Früher regelmäßiger Alkoholkonsum**.
- **Kriminelle Handlungen** (Eigentums- und Drogendelikte).

Die **Diagnose** wird erst gestellt, wenn die Symptome über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen. Eine organische Ursache der Beschwerden muss vorher ausgeschlossen sein. Betroffen sind meist Persönlichkeiten mit **schwachem Willen** und **wenig ausgeprägter Ich-Stärke**, deren **Kontaktfähigkeit stark eingeschränkt** bzw. oberflächlich ist. **Jungen** neigen zu **aggressiv-destruktivem Verhalten**, **Mädchen** zur **sexuellen Verwahrlosung**. 2-10% der Kinder und Jugendlichen (Stadt-Land-Gefälle) zeigen dissoziales Verhalten, wobei junge Männer überwiegen. Die Dunkelziffer ist hoch. Die Aufklärungsrate steigt mit Anzahl und Schweregrad der Delikte.

Ätiologie: Meist **Broken-Home-Situation** (emotionales und soziales Erziehungsdefizit).

Behandlung durch pädagogische und psychologische Maßnahmen. Korrektur destruktiver Anteile und Stärkung positiver Eigenschaften. Schulabschluss und Berufsausbildung unter sozialpädagogischer Betreuung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (10) – Emotionale Störungen (F93)



Emotionale Störungen umfassen auffällige Verhaltensmuster bei Kindern und Jugendlichen, bei denen **Angst** (Trennungsangst, Angst vor Tieren), **Aggressivität** (Geschwisterrivalität), **Depressivität** oder **Gehemmtheit** (Scheu vor Fremden) im Vordergrund stehen. Synonyme: Kindliche Neurose, affektive Störung, milieureaktive Störung.

Kennzeichnend ist, dass die Störungen zwar ein erhebliches Ausmaß annehmen, so dass therapeutische Behandlung erforderlich ist, nie aber der Stellenwert einer neurotischen Störung oder gar Psychose erreicht wird. Die Störungen können sich auch spontan wieder zurückbilden.

Es können begleitend **psychosomatische Beschwerden** wie Kopf- und Bauchschmerzen (**Schulbauchweh**) sowie Übelkeit und Erbrechen auftreten. Die Behandlung erfolgt meist durch **Elternberatung** und **psychotherapeutische Konfliktberatung**.

Die Schulphobie und Schulangst sind typische Störungen, die in die Kategorie der emotionalen Störungen des Kindesalters passen. Dabei ist die **Schulphobie** eigentlich eine **Trennungsangst**. Das Kind befürchtet schon morgens, dass der Mutter / Bezugsperson während seinem Schulbesuch etwas passieren könnte. Meist ist das Kind sehr ängstlich sowie depressiv verstimmt und zeigt deutliche körperliche Symptome als Zeichen der Somatisierung.

Ein Kind mit **Schulangst** dagegen fürchtet den Schulbesuch an sich, also das **Verhalten der Lehrer**, **der Mitschüler** oder die **Leistungsanforderungen**. Nicht selten geht die Schulangst mit einer reaktiven Lernstörung einher.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (11) – Störungen sozialer Funktionen (F94/95)



Elektiver Mutismus (F94.0)

Bei der Sprachverweigerung (Mutismus) handelt es sich um eine „psychogene“ Stummheit bei normaler Sprachentwicklung, die länger als 4 Wochen besteht. Der Mutismus kann **selektiv** (nur gegenüber bestimmten Personen) oder als **totale Sprachverweigerung** bei intaktem Sprechvermögen auftreten. Ist das Verstimmen nur auf bestimmte Personen bezogen, spricht man von **elektivem Mutismus**.

Als Ursache wird die **Wechselwirkung von Charaktereigenschaften** (Scheu, soziale Angst bei gleichzeitiger Willensstärke) **in Verbindung mit auffälligen** (familiären, schulischen) **Interaktionsmustern** (Feindseligkeit) und einer **starken Anhänglichkeit** zu einer bestimmten Bezugsperson diskutiert.

Tic-Störungen (F95)

Tic-Störungen sind unwillkürliche, unregelmäßige, plötzliche, schnell einschießende und wiederkehrende Muskelaktionen oder Lautäußerungen. Es gibt vorübergehende Tics und solche, die Wochen oder Monate andauern. Ab einer Dauer von 1 Jahr gelten sie als chronisch. Beim **Tourette-Syndrom** zeigen sich zusätzlich folgende Symptome: Echolalie (**zwanghaftes Nachplappern**), Koprolalie (**spontanes Ausstoßen von Fäkalworten**), Palilalie (**Satzwiederholungen**).

Zwischen 4 und 15% aller Kinder entwickeln vorübergehende Ticks. Das Hauptmanifestationsalter liegt um das 7. Lebensjahr. Es besteht eine **familiäre Häufung** von Tic-Erkrankungen. Psychogene Erklärungsmodelle allein erscheinen nicht ausreichend. Evtl. besteht ein Dopamin-Serotonin-Ungleichgewicht. DD: Zwangsstörung, Konversionsneurose, Epilepsie. Stützende und entlastende **psychotherapeutische Verfahren** (VT, Entspannungsverfahren), auch unter Einbeziehung der Familie, spielen bei der Behandlung eine Rolle.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (12) – Sonstige Störungen (F98)



Enuresis (F98.0): Unwillkürliches Einnässen **ohne organischen Befund nach dem 5. Lebensjahr**, meistens während der Nacht (Enuresis **nocturna**), seltener tagsüber (Enuresis **diurna**). Enuresis liegt vor, wenn das Kind über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten mindestens zweimal monatlich einnässt. Man unterscheidet eine **primäre Enuresis** (**das Kind war bislang nicht über einen längeren Zeitraum trocken**) von einer **sekundären Enuresis** (**Einnässen nach einem mindestens 6monatigen trockenen Zeitraum**). Neben genetischen (familiäre Häufung) und biologisch-physiologischen Faktoren (z.B. **Blasenkapazität, Schlaftiefe**) kommen auch psychosoziale Aspekte (z.B. **emotionale Konflikte in der Familie**, **Sauberkeitserziehung**, **belastende Lebensereignisse**) zum Tragen. DD muss zunächst eine organische Ursache abgeklärt werden. **25% der 4-7jährigen Kinder** nässen nachts ein. Jungen häufiger nachts, Mädchen häufiger tagsüber. Die Störung hat eine gute Prognose und bildet sich häufig alleine zurück. Unterstützende Faktoren: Liebevolle Zuwendung, Abbau von Belastungen, ggf. eine Zeit lang nächtliches Wecken zum Toilettengang, Klingelhose (VT).

Enkopresis (F98.1): Wiederholt auftretendes **unwillkürliches oder willkürliches Einkoten bei Kindern nach dem 4. Lebensjahr**, meist tagsüber. Das Einkoten muss mindestens einmal monatlich über 3 Monate auftreten. Auch hier wird zwischen der primären und der sekundären Form unterschieden. **Jungen (7-10 Jahre) aus unteren sozialen Schichten** sind stärker betroffen. Entstehungsfaktoren: Die sozialen Verhältnisse und die familiären Interaktionsmuster sind zu beachten. Vor der Diagnosestellung muss ein Einkoten aufgrund organischer Ursachen ausgeschlossen sein (z.B. **Darm-Motilitätsstörung, neurologische Störung**). DD: Enkopresis findet sich bei geistigen Behinderungen, Zwangsstörungen, Phobien, Schizophrenie und ADHS. Therapie: VT beim **Toilettentraining**, Familientherapie bei **aggressiven Impulsen**.

Kindliche Fütterstörung (F98.2): Häufiges **Erbrechen und Wiederkäuen** der Nahrung (**Rumination**) sowie Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Seltene Störung, psychogene Ursachen (familiäre Beziehungsstörungen, belastende Lebensbedingungen).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Kindes- und Jugendalter (13) – Sonstige Störungen (F98)



Stottern (F98.5): Störung des Redeflusses: Häufige **Wiederholung** oder **Dehnung** von Lauten, Silben und Wörtern; häufiges **Zögern und Innehalten mit Unterbrechung**. Kennzeichen sind:

- Beginn der Störung meist im Alter von 2-5 Jahren.
- 1% aller Kinder stottert.
- In 80% der Fälle gibt es eine Spontanremission oder deutliche Besserung.
- Bei den übrigen Patienten ist die Störung hartnäckig und bleibt trotz Therapie über Jahrzehnte bestehen.
- Im Erwachsenenalter sind Männer 4-5 Mal häufiger betroffen.
- Oft sind die sozialen Folgen (Hänseln) wesentlich schlimmer als die Störung selbst; Betroffene entwickeln **Erwartungsängste** und erfahren Missbilligung.
- Beim Singen, Flüstern und Sprechen im Chor besteht das Stottern nicht.
- Logopädie, VT, Entspannungsprogramme (Singen, Atem- und Stimmtraining) sind wirksam.

Poltern (F98.6): Ein **überstürzter, hastiger oder fahriger Redefluss**. Dabei kann es zu Veränderungen ganzer Wörter kommen. Das Sprechen ist unregelmäßig und unrhythmisch mit schnellen, ruckartigen Anläufen, die meist zu einem fehlerhaften Satzmuster führen. Kennzeichen sind:

- **Verschlucken und Verstümmelung von Lauten und Wortenden mit nachfolgend beeinträchtigter Verständlichkeit**.
- Überstürzter Redefluss.
- Satzmuster sind häufig fehlerhaft.
- In der Mehrzahl besteht zusätzlich eine Sprachentwicklungsverzögerung.
- Begleitend können impulsive Persönlichkeitszüge bestehen.
- Im Gegensatz zu den Stotterern können Polterer bei Aufforderung den Redefluss verbessern.
- Logopädie und VT sind wirksam.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (1) – Einteilung des Nervensystems



Zwölf Hirnnervenpaare:
I: Nervus **o**lfactorius
II: Nervus **o**pticus
III: Nervus **o**culomotorius
IV: Nervus **t**rochlearis (Augenrollen)
V: Nervus **t**rigeminus (Drillingsnerv mit N. ophthalmicus, N. maxillaris, N. mandibularis)
VI: Nervus **a**bducens (Augenbewegung nach außen)
VII: Nervus **f**acialis
VIII: Nervus **v**estibulocochlearis (Hören, Gleichgewicht)
IX: Nervus **g**lossopharyngeus (Zunge, Rachen)
X: Nervus **v**agus (Parasympathicus)
XI: Nervus **a**ccessorius (Beinerv für M. trapezius und M. sternocleidom.)
XII: Nervus **h**ypoglossus (Zunge: Binnenmuskulatur und Verbindung zum Kehlkopf)

Die **Neurologie** ist ein eigener medizinischer Fachbereich, der sich mit der Erforschung, Lehre und Therapie von organischen Störungen des zentralen und peripheren, somatischen und vegetativen Nervensystems beschäftigt. Bei diesen Störungen sind psychomotorische, aber auch kognitive und emotionale Einschränkungen augenfällig.

Nach seiner **Lokalisierung** wird das Nervensystem eingeteilt in:

- **Zentrales Nervensystem** (ZNS): Bestehend aus Gehirn (**Enzephalon**) und Rückenmark (**Medulla spinalis**) (geschützt von Schädelknochen / Wirbelkörpern, umspült von Liquor) sowie
- **Peripheres Nervensystem** (PNS): Nerven durchziehen den Körper bis in die Peripherie. Sie senden Signale vom ZNS in die Peripherie (**motorische Bahnen**) und leiten Signale von der Peripherie zum ZNS (**sensorische** Bahnen). Der Mensch hat 12 Hirnnervenpaare* und 31-33 Spinalnervenpaare (aus jedem Rückenmarkssegment: 8 HW, 12 BW, 5 LW, 5 KB, 1-3 SB).

Das Nervensystem wird nach seiner **Funktion** unterteilt in:

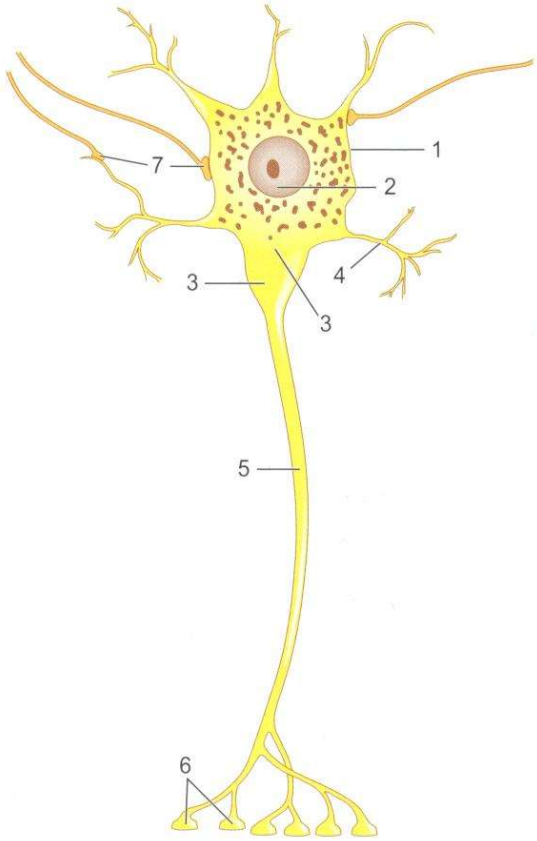
- **Somatisches** (= cerebrospinales) Nervensystem (zur bewussten Aufnahme von Kontakten zur Umwelt über die Sinnesorgane und zur Bewegungssteuerung) sowie
- **Vegetatives** (= autonomes) Nervensystem (zur Regulierung innerkörperlicher Vorgänge, die vom Menschen willentlich nicht direkt beeinflusst werden können). Es setzt sich aus der sympathischen und der parasympathischen Steuerung zusammen. Der **Sympathikus** wird durch Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin angeregt, der **Parasympathikus** vor allem durch Acetylcholin.

Psychische Störungen gehen häufig mit vegetativen Störungen einher, z.B. Depressionen mit einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus, oder Angstattacken mit Schwitzen, Herzrasen und Harndrang. Vegetative Störungen können sein:

- Störungen der Herz-Kreislauf-Funktion: Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Tachykardie.
- Störungen der Tränen-, Speichel- und Schweißdrüsenfunktion: Mundtrockenheit / Speichelfluss, Schwitzen, vermehrter Tränenfluss.
- Störung der Nahrungsverarbeitung: Appetitlosigkeit, Verstopfung / Durchfall, Übelkeit, Erbrechen.
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.
- Störung der Geschlechtsfunktion: Libidoverlust, Potenzverlust, Amenorrhö.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

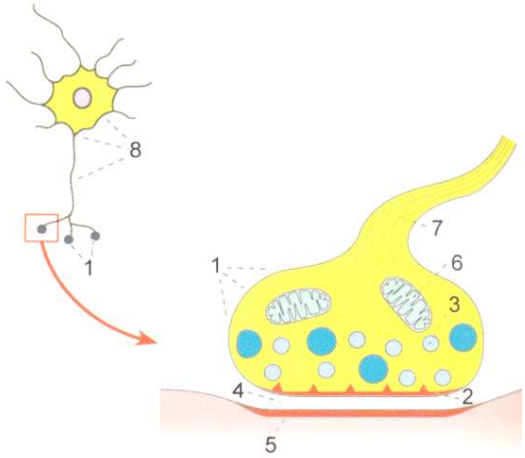
Neurologische Störungen (2) – Aufbau und Funktion einer Nervenzelle



1 Perikaryon (Soma), **2** Zellkern mit Nucleolus, **3** Axonursprung (= Axonkegel), **4** Dendrit, **5** Axon, **6** synaptische Endknöpfchen (= synaptische Endkolben), **7** synaptische Endknöpfchen anderer Nervenzellen

Nervenzellen (Neuronen) bestehen aus einem Zellkörper, der den Zellkern enthält, sowie mehreren Fortsätzen. Der Zellkörper ist die „Stoffwechselzentrale" der Nervenzelle, die fast alle Stoffe produziert, die von dort aus in die Fortsätze transportiert werden.

Die Fortsätze, die dem **Impulsempfang** dienen, werden als **Dendriten** bezeichnet. Sie sind meist sehr zahlreich. Das **Axon** ist der (singuläre) Fortsatz, der eine Erregung auf die Erfolgszelle (Nervenzelle, Muskelzelle, Drüsenzelle) **weiterleitet**. Dendriten und Axone können bis zu 1 Meter lang sein. Am Ende des Axons befinden sich synaptische Endknöpfchen. Eine **Synapse** besteht aus den synaptischen **Endknöpfchen**, der **Zellmembran** der nachfolgenden Zelle und dem dazwischen liegenden **synaptischen Spalt**.

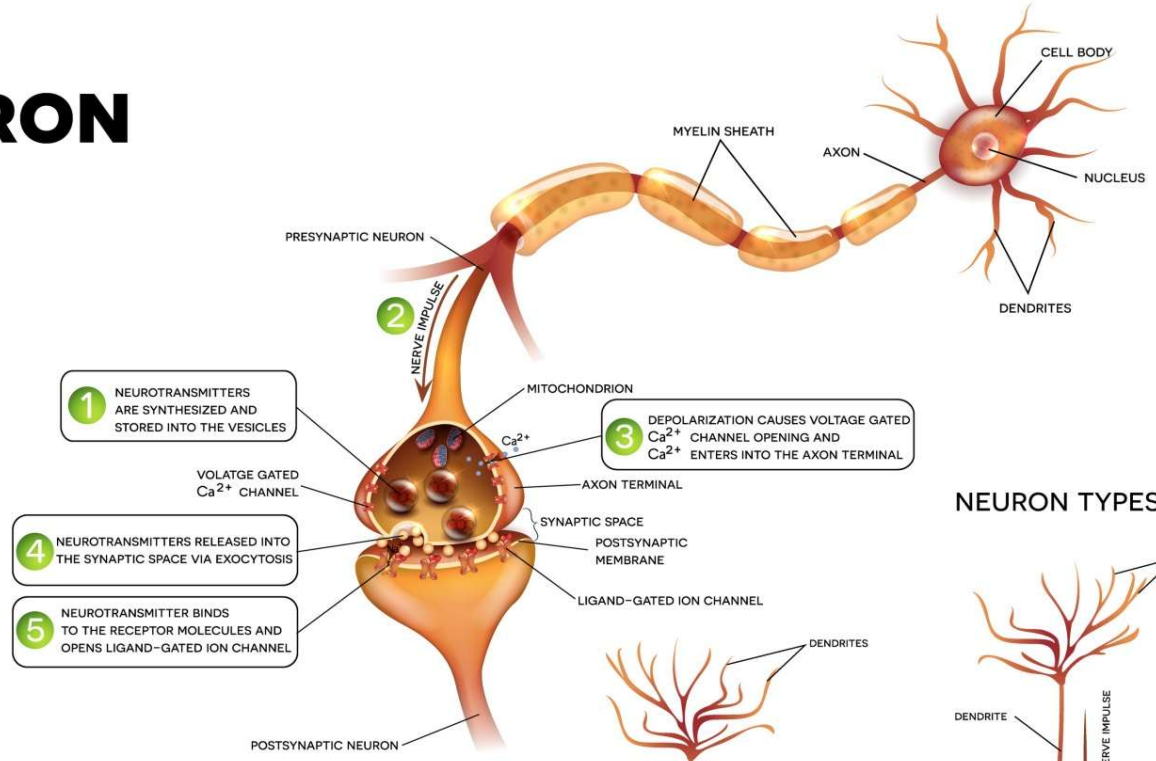


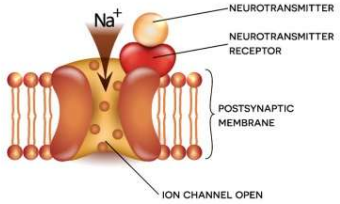
1 Synaptisches Endknöpfchen, **2** präsynaptische Membran, **3** synaptische Vesikel mit Neurotransmitter, **4** synaptischer Spalt, **5** postsynaptische Membran, die an dieser Stelle durch zahlreiche Membranproteine (u.a. die Transmitterrezeptoren) verdichtet ist, **6** Mitochondrien, **7** Neurotubuli, **8** Neuron

Am synaptischen Spalt wird die elektrische Erregung einer Nervenzelle in eine chemische Übertragung umgewandelt und an der Erfolgszelle erneut in einen elektrischen Impuls transformiert. An den Synapsen findet die **Erregungsübertragung** per Neurotransmitter (Dopamin, Serotonin, ACTH) von einer Nervenzelle zur Erfolgszelle statt. Der Transmitter wandert über den synaptischen Spalt zur Zellmembran der Erfolgszelle und bindet dort an Rezeptoren, die eine elektrische Erregung der Erfolgszelle auslösen. **Je nach Rezeptor kann der elektrische Impuls erregend oder hemmend auf die nachfolgende Zelle wirken**. Der **Transmitter** wird danach entweder in die präsynaptische Zelle wieder **aufgenommen** oder von Enzymen, die im synaptischen Spalt vorhanden sind, **abgebaut**. Seine Wirkung ist damit beendet. **Periphere Nerven** bestehen aus Axonen und Dendriten von Nervenzellen, deren **Zellkörper innerhalb des ZNS** oder in einem **Ganglion nahe beim ZNS** liegt. Während die Anlage der Nervenzellen mit der Geburt abgeschlossen ist, können sich die Synapsen im Laufe des Lebens neu ausbilden. Diese Eigenschaft ist zentral für **Lernvorgänge** und die **Plastizität** des Gehirns.

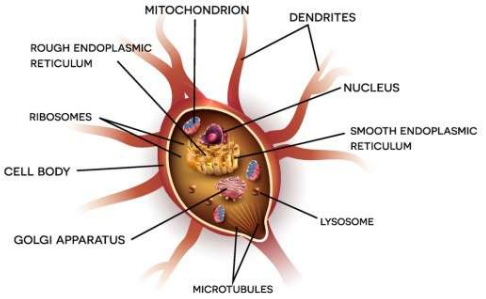
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

THE NEURON

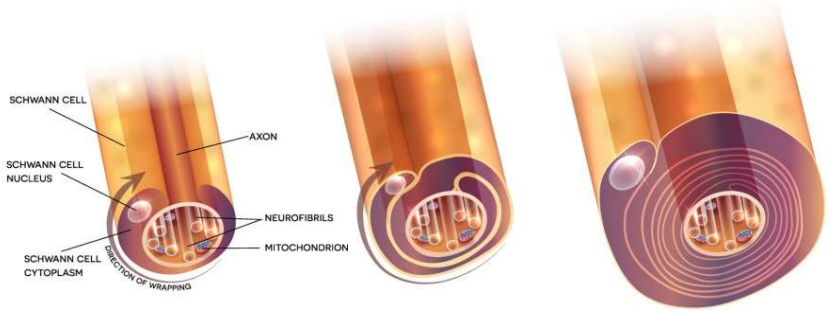




ORGANELLES OF THE NEURON



MYELIN SHEATH FORMATION

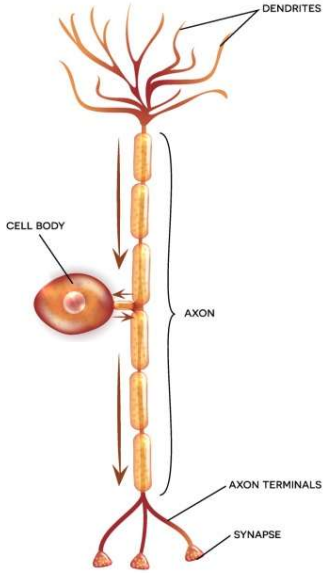


1. SCHWANN CELL WRAPS AROUND THE AXON

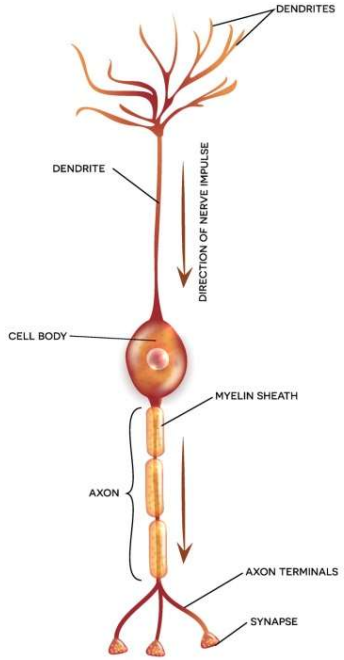
2. SCHWANN CELL ROTATES AROUND THE AXON FORMING LAYERS

3. MYELIN SHEATH IS FORMED

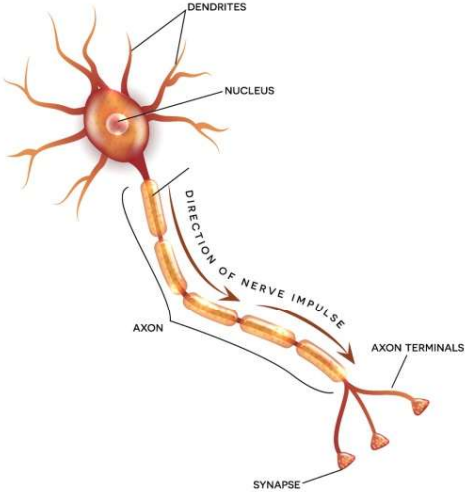
NEURON TYPES



UNIPOLAR NEURON

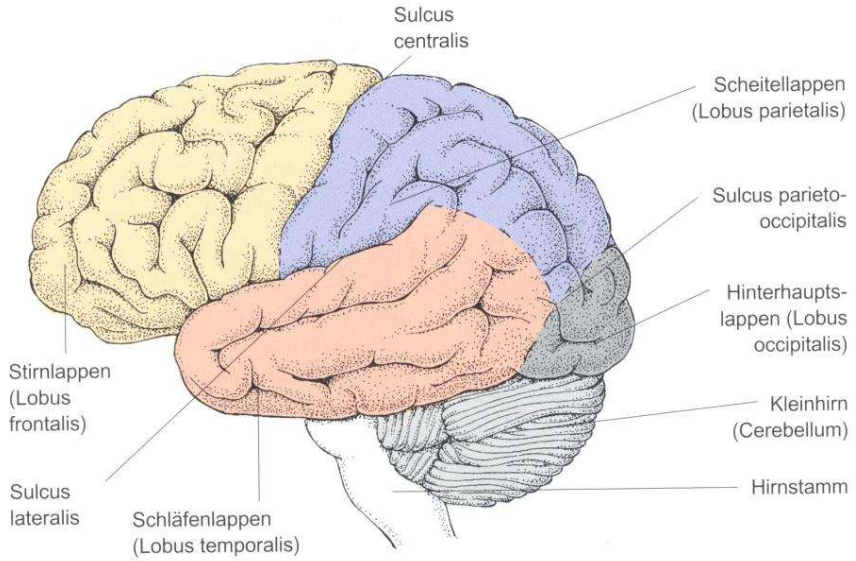


BIPOLAR NEURON



MULTIPOLAR NEURON

Neurologische Störungen (3a) – Gehirnregionen



Funktionell hat die Formatio reticularis (der Medulla oblongata) neben der Verschaltung der Hirnnervenkerne folgende Aufgaben und Koordinationszentren:

- Aufsteigendes retikuläres aktivierendes System (ARAS)
- Kreislauf- und Atemzentrum
- Brechzentrum
- Extrapyramidale Steuerung der Motorik (Verbindungen mit Kleinhirn, Nucleus ruber, Substantia nigra)
- Pontine Kontrolle der Miktion (Harnblasenentleerung)
- Modulation der Schmerzempfindung
- Steuerung der Emotionen.

Das **Großhirn** ist entwicklungsgeschichtlich der jüngste Teil des Gehirns und führt höhere Verstandesleistungen aus, die den Menschen von der Tierwelt unterscheiden. Die beiden Hirnhälften stehen über den **Balken** miteinander in Verbindung. Die Großhirnhälften gliedern sich in einen Stirn-, Scheitel-, Schläfen- und Hinterhauptslappen, denen verschiedene Funktionen zugeschrieben werden. Die Hirnwindungen heißen **Gyri** (*griech. Gyrus:* Windung), die dazwischen liegenden Furchen **Sulci**.

Das **Zwischenhirn** verbindet Großhirn und Hirnstamm. Wichtige Strukturen des Zwischenhirns sind:

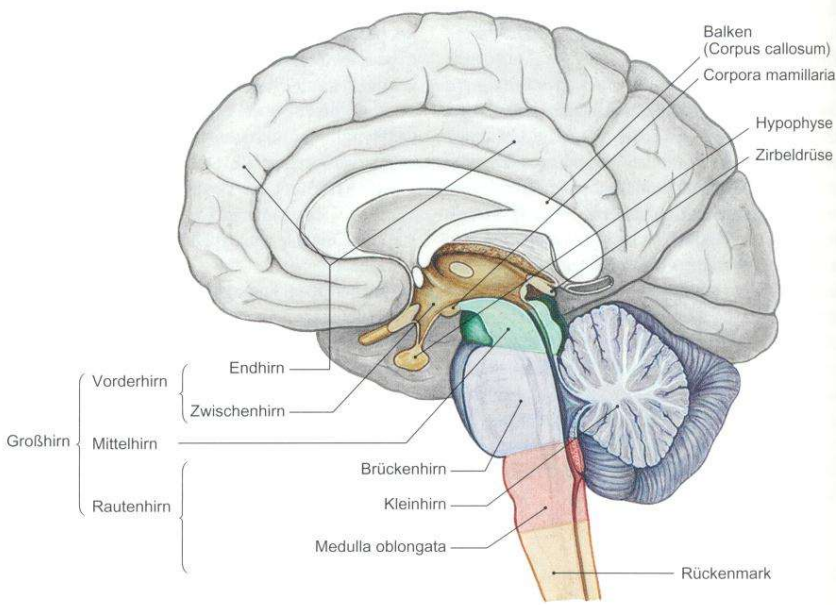
- **Thalamus:** Integrationszentrum der Sensibilität **(„Tor zum Bewusstsein“)**. Afferente Impulse aus der Peripherie werden hier gefiltert. Informationen, die in das Bewusstsein dringen sollen, werden an die Großhirnrinde weitergeleitet.
- **Hypothalamus:** Oberste Befehlsstelle des autonomen NS **(z.B. Steuerung der Körperwärme, des Kreislaufs, der Verdauung)** mit Sitz der Hypophyse (Hirnanhangdrüse). Die **Hypophyse** wird durch Signale vom Hypothalamus zur Hormonfreigabe angeregt.
- **Zirbeldrüse (Epiphyse):** Über das Melatonin werden **Schlaf-Wach-Rhythmus** u.a. zeitabhängige Rhythmen des Körpers gesteuert.

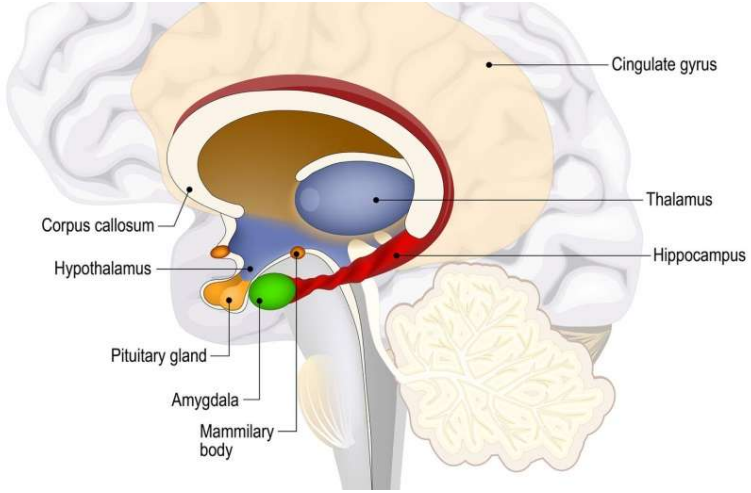
Der **Hirnstamm** ist der entwicklungsgeschichtlich älteste Teil des Gehirns. Er steuert überlebenswichtige Vorgänge wie Atmung und Herzfrequenz. Es handelt sich dabei um reflektorische Vorgänge. Der Hirnstamm ist von vielen Leitungsbahnen durchzogen und verschaltet verschiedene Hirnzentren miteinander. Wichtige Strukturen sind:

- **Mittelhirn** (Mesenzephalon): Reflexzentrum für unwillkürliche Bewegungen, optische und akustische Vorgänge.
- **Brückenhirn** (Pons): Atemregulation.
- **Medulla oblongata**: Regulation von Atmung und Kreislauf (links).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (3b) – Gehirnregionen





Das **Kleinhirn** stimmt alle motorischen Aktivitäten (Muskelspannung, Bewegungen, Gleichgewicht) aufeinander ab. Dazu erhält es Kopien über die motorischen Signale vom Großhirn und die relevanten sensorischen Signale aus der Peripherie. Kommt es zu Abweichungen zwischen den geplanten und realisierten Bewegungen, löst das Kleinhirn **Korrekturen der Bewegungen** aus. Bei Ausfällen im Kleinhirn kommt es zu Störungen der Feinabstimmung von Bewegungen (**verwaschene Sprache**, **Intentionstremor**, **Gangunsicherheit**, überschießende Bewegungen).

Das **limbische System** fasst eine Reihe von Kern- und Rindengebieten zusammen, die an der Steuerung von Verhalten und Emotionen beteiligt sind („emotionales Gehirn“). Dazu gehören:

- Im **Hippocampus** fließen Informationen aller sensorischer Systeme zusammen, die verarbeitet und von dort zum Cortex zurückgesandt werden. Er ist essenziell für die Überführung von Inhalten aus dem **Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis**. Menschen, bei denen beide Hippocampi entfernt oder zerstört wurden, können keine neuen Erinnerungen formen und weisen somit eine **anterograde Amnesie** auf. Alte Erinnerungen bleiben jedoch meist erhalten. Sie sind aber z.B. nicht in der Lage, Wegbeschreibungen zu geben.
- Die **Amygdala** (Mandelkern) ist wesentlich an der **Entstehung der Angst** beteiligt und spielt eine wichtige Rolle bei der **emotionalen Bewertung** und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse **möglicher Gefahren**. Sie verarbeitet externe Impulse und leitet die vegetativen Reaktionen dazu ein. Eine Zerstörung beider Amygdalae führt zum Verlust von Furcht- und Aggressionsempfinden und so zum Zusammenbruch der lebenswichtigen Warn- und Abwehrreaktionen.
- **Mamillarkörper** spielen eine Rolle bei **Gedächtnisprozessen**. Bei Alkoholismus kommt es zur Degeneration des Corpus mamillare und medialen Thalamus, die sich als Korsakow-Syndrom manifestieren.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (4) – Neurologische Symptome



Als Psychotherapeuten werden wir mit Klienten konfrontiert, die neben psychischen Beschwerden auch über neurologische Symptome klagen. Zu den häufigen **unspezifischen** neurologischen Symptomen gehören:

- Kopfschmerzen
- Parästhesien (Missempfindungen)
- Kraftverlust
- Schmerzen (Gesicht, Rücken, Muskulatur)
- Sehstörungen
- (Dreh-)Schwindel
- Gleichgewichtsstörungen.

Auch wenn wir hinter den geschilderten neurologischen Symptomen eine psychische Verursachung vermuten, müssen die Beschwerden von einem Neurologen abgeklärt werden. Nur so können gravierende neurologische Krankheitsbilder ausgeschlossen werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (5a) – Epilepsie

Bei der **Epilepsie** (Fallsucht, „heilige Krankheit“) handelt es sich um eine **plötzliche Übererregung vieler Nervenzellen** („Gewitter“ im Gehirn). Die plötzliche Entladung von Neuronen geht mit einer **Synchronisation** (Gleichschaltung) vieler Nervenzellen einher. Bleibt die Entladung auf ein bestimmten Hirnareal begrenzt, spricht man von einem **fokalen** Anfall. Breitet sich die Erregung über das ganze Gehirn aus, handelt es sich um einen **generalisierten** Anfall. Erst wenn diese Anfälle wiederholt und gesichert aufgetreten sind, spricht man von Epilepsie. Einmalige, durch Fieber oder Blutzuckersenkungen ausgelöste Anfälle werden als Gelegenheitsanfälle bezeichnet.

Epileptische Anfälle werden nach ihrer **Entstehung** zwei Gruppen zugeordnet:

- **Idiopathische** (genuine) Epilepsien: Ohne ersichtliche Ursache treten sie zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr (Gipfel) auf, haben keine bekannte Ursache außer einer vermuteten familiären Disposition.
- **Symptomatische** Epilepsien: Zerebrale Krampfanfälle als Folge einer Schädigung des Gehirns (z.B. SHT, Sauerstoffmangel bei der Geburt, Tumor, Vergiftung, Tauchunfall, Stoffwechselerkrankung, Blutungen).

Bei >50% der Epilepsien bleibt die Entstehung ungeklärt (kryptogen). Dabei wird eine symptomatische Ursache angenommen. Nach ihrer Symptomatik werden epileptische Anfälle in drei Formen unterteilt:

(1) Generalisierter tonisch-klonischer Anfall („Grand mal“)

- Er kann sich durch eine **Aura** (abnorme Wahrnehmungen: Aufsteigende Übelkeit, Gefühl der Entfremdung, optische / akustische / olfaktorische Halluzinationen) ankündigen.
- Nach der Aura folgt ein **tonisches Krampfstadium**, bei dem der Körper eine **angespannte Streckhaltung** einnimmt. Meist wird dies durch einen **Initial-Schrei** oder Stöhnen eingeleitet, der Patient stürzt zu Boden, seine Augen sind häufig verdreht und leicht geöffnet, die Pupillen sind immer lichtstarr.
- Nach wenigen Minuten kommt es zu **rhythmischen Zuckungen** (klonischen Krämpfen) der Extremitäten und der Patient **verliert das Bewusstsein**. Zungenbiss, Schaum vor dem Mund und unwillkürlicher Harn- oder Stuhlabgang können folgen. Der Anfall endet meist nach wenigen Minuten. Danach ist der Patient sehr erschöpft und kann in einen **Terminalschlaf** fallen. An den Anfall selbst haben die Patienten i.d.R. keine Erinnerung (**Amnesie**).
- Generalisierte Anfälle gehen mit einem Verlust des Bewusstseins einher und zeigen sich auf beiden Körperseiten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (5b) – Epilepsie

- Sonderform **BNS-Anfall** (West-Syndrom): Max. 1 Sekunde dauernder Anfall. Der Kopf geht blitzartig nach unten, die Arme werden verschränkt, die Beine angezogen (2.-8. Lebensmonat; kein Fieberkrampf!).
- DD **Fieberkrampf**: Im frühen Kindesalter (6. Monat bis 6. Lebensjahr) auftretende, meist tonisch-klonische Krämpfe mit Dämmerzustand, teilweise auch nur kurze Bewusstseinsstörungen. Auftreten in der Phase des Temperaturanstiegs bei fieberhaften Infekten.
- **Status epilepticus:** Ein **länger als 5 Minuten andauernden Anfall mit Bewusstlosigkeit** oder wenn mehrere Anfälle kurz hintereinander als Serie erfolgen, ohne dass der Betroffene wieder zu Bewusstsein kommt. Es droht eine **Hirnschädigung durch Hypoxie** (Herabsetzung des Sauerstoffgehalts im Körpergewebe). Im Laufe des Lebens addieren sich die Hirnschäden, die im Rahmen der Anfälle durch Hypoxie bedingt sind. Der Status epilepticus ist ein **lebensbedrohlicher Notfall**. **Notarzt verständigen, wenn ein Patient in Folge zwei Mal krampft**.

(2) Kurze Absence („Petit mal“)

- Merkmal eines kleinen Absence-Anfalls ist die **plötzliche Abwesenheit / Bewusstseinspause** von **5-10 Sekunden**. Er tritt vornehmlich bei Kindern auf. Meist zeigen die Kinder im Anfall einen **starren Gesichtsausdruck** und **Gesichtsblässe**. Die Absencen können von motorischen Symptomen begleitet sein (z.B. Gähnen, Lippenlecken, Augenverdrehen). Es findet **kein Sturz** und **kein tonischer bzw. klonischer Krampf** statt.

(3) Fokaler Anfall

- Ein fokaler Anfall beginnt i.d.R. mit einer **Aura** und **kann von einer Einengung des Bewusstseins** begleitet sein. Die Symptomatik ist **auf eine Körperseite begrenzt** bzw. zeigt sich in **gleichförmigen Automatismen** (z.B. Schmatzen, Lecken, Nesteln an Kleidung, Umherlaufen). Vegetative Symptome (Schwitzen, Herzklopfen) können ebenfalls vorhanden sein. Der Anfall dauert nur **wenige Minuten**.

Auf dem Boden einer Epilepsie kann sich ein **chronisches organisches Psychosyndrom** mit **formalen Denkstörungen** entwickeln. Die Patienten fallen durch weitschweifiges, umständliches Reden, zähflüssiges Denken, Haften am Gewohnten und langsames, umständliches, teilweise zwanghaft-genaues Verhalten auf. Aber auch Depressionen und Demenzen treten auf.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (5c) – Epilepsie

Diagnostik: Die wichtigste Befunderhebung erfolgt über das **EEG**. Ein CT/MRT kann ergänzend eingesetzt werden. **DD** müssen **psychogene Anfälle** von epileptischen Anfällen abgegrenzt werden.

Epidemiologie: Die Epilepsie ist eine häufige neurologische Erkrankung. Etwa 0,5 – 1% der Bevölkerung sind betroffen. **75%** der Betroffenen erkranken **vor dem 20. Lebensjahr**. Mit höherem Erkrankungsalter überwiegen die symptomatischen Epilepsien.

Krankheitsverlauf: Verlauf und Prognose richten sich nach der Ursache. Auf Medikamente sprechen 2/3 der Patienten gut an (Anfallsfreiheit). Allerdings ist das **Suizidrisiko** bei Epileptikern erhöht. Langfristig erleiden einige Patienten ein chronisches organischen Psychosyndrom.

Ätiologie: Ursachen der Epilepsie sind: **Idiopathisch / kryptogen** (>50%), **symptomatisch**, **posttraumatisch** (z.B. SHT), **perinatale Gehirnschädigung**, **Gefäßveränderungen**, **Hirntumoren**, **Medikamente**, **Drogen** und **Alkohol** (Alkoholentzugsdelir), **Infektionen** (z.B. Enzephalitis), **metabolisch** (z.B. Hypoglykämie, Urämie). Eine latente (schlafende) Epilepsie kann durch **Stroboskoplicht**, **Hyperventilation**, **Alkoholgenuss** und durch **Ermüdung / Schlafentzug** ausgelöst werden.

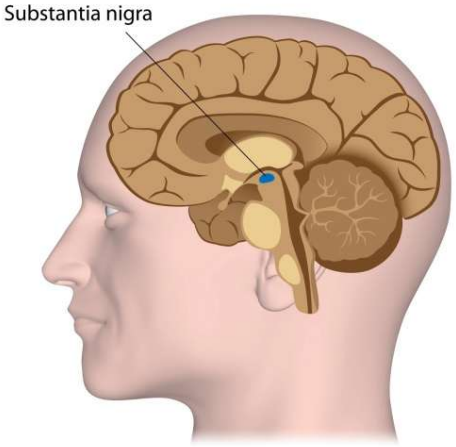
Die **medikamentöse Behandlung** erfolgt als Dauermedikation durch **Antikonvulsiva**, im Notfall primär durch Benzodiazepine (Valium®, Rivotril®). Informationen für den Patienten und seine Angehörigen über Auslösebedingungen und Behandlungsmöglichkeiten sind bedeutsam.

Erstmaßnahmen beim epileptischen Anfall:

- Gegenstände mit Verletzungsgefahr entfernen
- Den Krampfenden nicht festhalten und keinen Zungenkeil einschieben (Verletzungsgefahr!)
- Kleidung lockern (Krawatte, Kragen), um die Atmung zu erleichtern
- Nach dem Anfall den Patienten in die stabile Seitenlage bringen.
- Den Notarzt rufen, wenn der Anfall länger als 5 Minuten dauert oder zwei Anfälle aufeinander folgen, der Patient blau wird oder die Verwirrtheit nach einem Anfall länger als 30 Minuten dauert.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (6a) – Morbus Parkinson



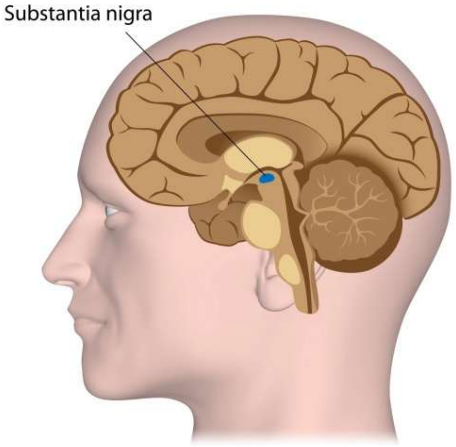
Der **M. Parkinson** wurde erstmals 1817 von J. Parkinson als **Schüttellähmung** beschrieben. Das Krankheitsbild wird dominiert von einem hypokinetischen-hypertonen Syndrom mit der charakteristischen TRIAS **Tremor** (Zittern), **Rigor** (Steifigkeit) und **Akinese** (Bewegungsarmut). Der M. Parkinson ist eine langsam fortschreitende, unaufhaltbare Erkrankung des ZNS, bei der **dopaminerge Nervenzellen** in der **Substantia nigra** (lokalisiert im Mittelhirn) verloren gehen.

Das Parkinson-Syndrom wird nach der Entstehung unterteilt in eine **idiopathische** (primäre) Form (ohne erkennbare Ursache, degenerativ, >80% der Fälle) und eine **symptomatische** (sekundäre) Form (bedingt durch Medikamente, Intoxikation, Tumoren, Gefäßveränderungen im Gehirn, Enzephalitis oder Stoffwechselerkrankungen). Der eigentliche M. Parkinson ist die idiopathische Form des Parkinson-Syndroms. Beim Parkinson-Syndrom durch Medikamente wird Dopamin bei der neuronalen Signalübertragung blockiert, es kommt aber i.d.R. nicht zu einem Zelluntergang. Leitsymptome des M. Parkinson:

- **Tremor (Zittern): 70%** der Patienten leiden unter einem **grobschlägigen Ruhetremor**, der durch emotionale Anspannung verstärkt werden kann. Ein Ruhetremor ist charakterisiert durch einen relativ langsamen Takt der abwechselnden Bewegungen in Ruhe. Ein **Haltetremor** des Kopfes kann hinzukommen. Bei zielgerichteten Bewegungen (z.B. eine Tasse in die Hand zu nehmen) lässt der Tremor zunächst nach, bis das Ziel erreicht ist. Ein Intentionstremor tritt also nicht auf. [Tremor in den Fingern wird auch als Pillendreher-Phänomen und Tremor im Unterkiefer als Rabbit-Phänomen bezeichnet.]
- **Rigor:** Die Steifigkeit zeigt sich zunächst in Muskelschmerzen in Nacken / Schulter, später durch Ungeschicklichkeiten in der Feinmotorik (z.B. Knöpfen, Essen mit Besteck). Die Steifigkeit ist hervorgerufen durch einen hohen Muskeltonus (federnder Widerstand). Es zeigt sich ein Zahnradphänomen (ruckartiges Nachgeben der Muskulatur bei passiver Bewegung). Bei allen Muskelbewegungen ist bewusstes Konzentrieren notwendig.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (6b) – Morbus Parkinson



- **Akinese:** Die Bewegungsarmut zeigt sich in einer **Verminderung der unwillkürlichen Bewegungen** (z.B. wenig Mitschwingen der Arme beim Laufen), der **Mimik** („Maskengesicht“) und **Gestik**. Die Willkürmotorik ist verlangsamt, eine **Starthemmung** erschwert den Bewegungsablauf, der Gang ist **schlurfend** bzw. **kleinschrittig**, eine Wendung nicht flüssig, es kommt zu Bewegungsblockaden und einer **Fallneigung** (der Oberkörper ist starr nach vorne verlagert; wegen der Störung der Haltungsreflexe kommt der Patient schnell zu Fall). Auch die Sprache kann von der Akinese betroffen sein (montones Sprechen, leise Stimme). Klassischerweise verändert sich auch die Schrift, sie wird langsamer, zittrig und zum Zeilenende hin kleiner (Mikrografie).

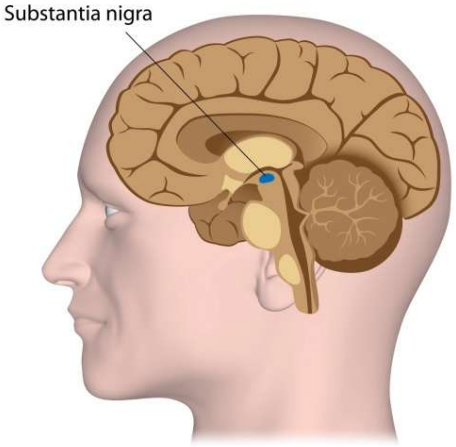
Psychische Begleitsymptome: Häufig geht der M. Parkinson – bereits initial – mit **depressiven Symptomen**, **Affektlabilität**, Angstsymptomen (Angst vor Stürzen), Verlangsamung der geistigen Funktionen einher. Im Spätstadium zeigen sich **demenzielle** Symptome.

Vegetative Begleitsymptome: **Seborrhö** (typisches „Salbengesicht“), **Schwitzen**, **Harnverhalt**, **Verstopfung**, **Blutdruckabfall**, **vermehrter Speichelfluss**.

Diagnostik: Ursachen für ein symptomatisches Parkinson-Syndrom müssen abgeklärt und ausgeschlossen werden. Ein idiopathischer M. Parkinson kann erst nach dem Tod durch eine Autopsie nachgewiesen werden. Zu Lebzeiten erfolgt eine Diagnosestellung per **körperlicher Untersuchung** (Rigor, Tremor, Akinese, verminderte Haltungsreflexe), per EEG und CT/MRT sowie per **Therapieversuch mit L-Dopa** (Ansprechen auf Therapie untermauert die Diagnose). DD: Andere neurologische Erkrankungen mit Gangstörungen (z.B. Hydrocephalus, Atrophie, seniler Tremor (Alterszittern), Depression, Demenz anderer Genese.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (6c) – Morbus Parkinson



Epidemiologie: Der M. Parkinson ist eine häufige neurologische Erkrankung (200 Patienten pro 100.000 Einwohner). Er tritt meist **nach dem 60. Lebensjahr** auf und trifft **eher Männer** als Frauen. Prominente Erkrankte: Michael J. Fox, Ottfried Fischer, Papst Johannes Paul II, Muhammad Ali. Die Erkrankung verläuft fortschreitend und führt unbehandelt meist nach wenigen Jahren zum Tod. Durch Medikation mit L-Dopa können Lebenserwartung und Lebensqualität deutlich verbessert werden. Dennoch ist die Erkrankung **chronisch** und **nicht heilbar**. In **10%** der Fälle entwickelt sich eine **Demenz**.

Ätiologie: **Fortschreitende Degeneration der dopaminergen Nervenzellen** in der Substantia nigra und im Striatum (Basalganglien) des Mittelhirns (extrapyramidales System; zuständig für die Bewegungssteuerung). Die Ursache ist unbekannt. Der durch den Nervenzelluntergang bedingte **Dopaminverlust** führt zu einem **Ungleichgewicht der Neurotransmitter** und damit zur charakteristischen Beeinträchtigung der Kontrolle und Koordination von Bewegungen.

Therapie schwerpunktmäßig mit **L-Dopa**, da in den geschädigten Nervenzellen der Botenstoff Dopamin fehlt. Man verwendet die chemische Vorstufe L-Dopa, weil das Dopamin selbst die Blut-Hirn-Schranke nicht passieren kann. Aufgrund der Nebenwirkungen sollte man den Behandlungsbeginn mit dem Patienten abstimmen und ggf. andere Medikamente mit L-Dopa kombinieren. **Nach 2-5jähriger Therapie mit L-Dopa lässt die Wirkung des Medikaments nach**, der Wirkungsverlust führt zu **akinetischen Phasen am Ende der Wirkzeit**. Unabhängig von der Dosisverteilung kann es zu starken Schwankungen der Beweglichkeit mit ON-Phasen und OFF-Phasen kommen. Auch können sich während der Wirkphasen **überschießende Bewegungen** des Kopfes, des Rumpfes, der Extremitäten oder der Gesichtsmuskulatur entwickeln, die eine Dosisveränderung erzwingen. Auch **paranoid-halluzinatorisches Erleben** und **delirante Symptome** können Folge einer mehrjährigen L-Dopa-Therapie sein. Ergänzend: KG, Ergotherapie, ausgewogene Ernährung (eiweißreiche Ernährung behindert die Aufnahme von L-Dopa), ausreichend Flüssigkeitszufuhr, Psychotherapie.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (7a) – Chorea Huntington



Die **Chorea Huntington** (Chorea major; Veitstanz) äußert sich in **zuckenden, einschießenden Bewegungen**. Sie wurde erstmals als Erbkrankheit vom Amerikaner G. Huntington beschrieben. Sie ist gekennzeichnet durch choreatische Hyperkinesien, psychopathologische Phänomene und eine Demenz:

Zunächst treten **psychopathologische Phänomene** auf, die oft übersehen oder nicht erkannt werden: **Affektlabilität / Reizbarkeit**, **Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten** (z.B. Konzentrationsstörungen), **depressives Syndrom** (gelegentlich auch manisch oder paranoid-halluzinatorisch), **Suizidalität**.

Später im Krankheitsverlauf kommen hinzu: **Aggressive Tendenzen / Enthemmung**, **Resignation / Gleichgültigkeit** gegenüber der eigenen Person / Umwelt, **demenzielles Syndrom**.

Die charakteristischen Bewegungsstörungen sind:

- **Choreatische Hyperkinesen** (kurze, einschießende Bewegungen, die sich ruckartig und unregelmäßig über den Körper ausbreiten können und den normalen Bewegungsablauf unmöglich machen).
- **Unwillkürliche Kontraktion der Schluck- und Sprechmuskulatur** (Artikulationsstörungen, Schluckstörungen).
- **Grimmassieren**.
- **Augenbewegungsstörungen und Lidkrampf**.
- Ggf. Rigor (Steifigkeit) oder epileptische Anfälle.

Zudem können **vegetative Begleitsymptome** (z.B. Stuhl- oder Harninkontinenz, vermehrtes Schwitzen) auftreten. Die Schluckstörungen gepaart mit der ständigen Bewegungsunruhe führen zu einem **Gewichtsverlust**. Im späteren Stadium der Erkrankung kann es zur **Verwahrlosung** kommen.

Die Diagnostik umfasst die körperliche Untersuchung, EEG, CT/MRT, Liquordiagnostik, Gentest.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (7b) – Chorea Huntington



DD: Morbus Wilson, Chorea minor, Enzephalitis. Die **Chorea minor** (Sydenham) ist eine Erkrankung, die als **Immunreaktion** auf einen **Streptokokkeninfekt** auftritt, bei der die Stammganglien beteiligt sind. Sie zeigt **choreatische Bewegungen der Gesichtsmuskulatur** und der **unteren Arm- und Beinabschnitte**.

Epidemiologie: 10 auf 100.000 Einwohner.

Krankheitsverlauf: Die Erkrankung beginnt meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr und zeigt keine Geschlechtspräferenz. Sie ist **fortschreitend**, **nicht heilbar** und führt innerhalb von 10-20 Jahren zum Tod. Sie wird begleitet von einem Untergang von Nervenzellen im Nucleus caudatus und im Putamen (Basalganglien). Im Endstadium sind die Patienten **stark pflegebedürftig** und **körperlich ausgezehrt**. **Ateminsuffizienz** und **Pneumonien** sind die eigentlichen Todesursachen. Darum auch die **erhöhte Suizidalität**.

Ätiologie: Erbkrankheit, die sich **autosomal-dominant vererbt**. Ein Allel ist gegenüber dem Partner-Allel ausreichend, um seine genetische Information im Phänotyp hervorzubringen. Bei einem erkrankten Elternteil sind 50% der Nachkommen Genträger. Ist ein Nachkomme Genträger, manifestiert sich die Erkrankung auf jeden Fall.

Eine kurative **Therapie** ist derzeit nicht verfügbar. Versuche zur Milderung der Symptomatik: Hyperkalorische Nahrung gegen die körperliche Auszehrung, zu Beginn der Erkrankung Logopädie und Physiotherapie, antihyperkinetische Medikamente (Tiaprid), Antidepressiva, begleitende Psychotherapie, humangenetische Beratung und psychosoziale Betreuung.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (8a) – Multiple Sklerose (MS)



Die **MS** ist eine **chronische Entzündung des ZNS** mit unklarer Ursache. Es entstehen zeitlich und räumlich wechselnde Entzündungsherde, die eine **Entmarkung** (Verlust der Markscheiden der Nervenzellen) des ZNS bevorzugt der Sehnerven, des Hirnstamms, des Rückenmarks, des Kleinhirns und der weißen Substanz des Gehirns bewirken. Entsprechend treten **Kleinhirnsymptome**, **Lähmungen**, **Sensibilitäts- und Blasenstörungen** auf. In der Folge kommt es auch zu **psychischen Veränderungen** bis hin zur **Demenz**. Das erste Krankheitszeichen ist häufig eine **Entzündung des Sehnervs**.

J.M. Charcot beschrieb 1868 das Krankheitsbild mit den Symptomen **Nystagmus** (Augapfelzittern), **skandierende Sprache** und **Intentionstremor** (**Charcot-Trias**). Diese Trias ist Zeichen der **Kleinhirnschädigung** und tritt erst im späteren Krankheitsverlauf und selten isoliert auf.

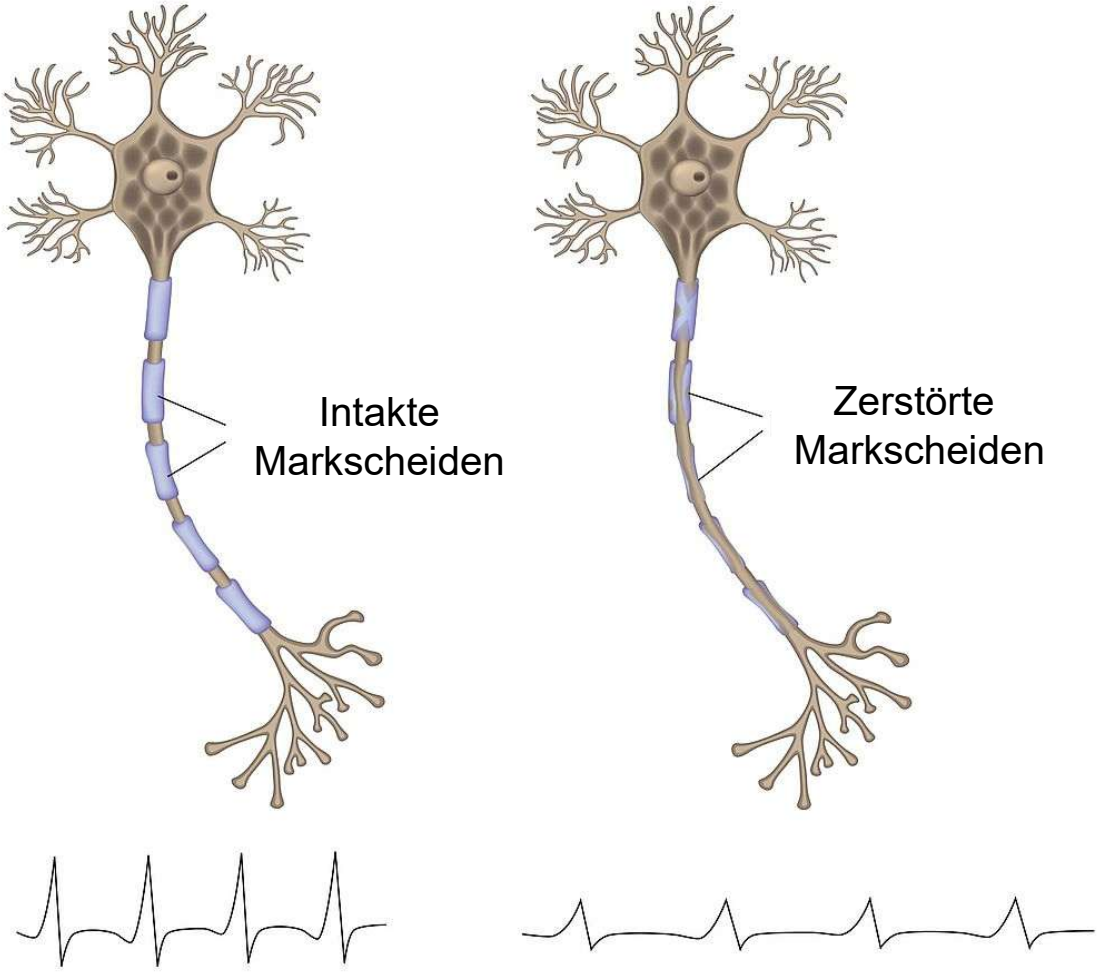
Typische **Symptome** der Erkrankung im Anfangsstadium sind **rasche Ermüdbarkeit**, **Schweregefühl** in den Beinen sowie **Stolpern** über kleine Hindernisse. 1/3 der Betroffenen zeigt eine **Entzündung des Sehnervs mit Sehverschlechterung**. Dieses Symptom führt die Patienten erstmals zum Arzt. Weitere Symptome:

- **Sensibilitätsstörungen** (Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Kälte- und Hitzeempfindungen in Händen und Füßen) oder **zentrale spastische Lähmungen** (**Paresen**) in den Beinen können hinzukommen. Das **Gangbild** ist oft verändert, es entwickelt sich ein **steifer, breitbeiniger Gang**, bei dem z.B. Treppensteigen schwierig ist.
- Eine Ungeschicklichkeit der Hände beim Knöpfen oder beim Schreiben kann auch auffallen. Sie ist Zeichen der **Kleinhirnbeteiligung**, bei der es zu einem **Intentionstremor** (Zittern beim Ausführen einer Bewegung), zu einer **skandierten Sprache** (abgehackter Rhythmus und besondere Betonung) und zu einem **Nystagmus** (Augapfelzittern) kommen kann.
- Schmerzen (**Neuralgien**) können ebenfalls auftreten, häufig am **N. trigeminus** und **N. facialis** (Gesichtsschmerzen).
- Ist das Rückenmark beteiligt, entwickeln sich **Blasen- und Sexualfunktionsstörungen**.
- Psychische Begleitveränderungen sind **depressive Symptome** (häufig nach MS-Diagnose) und inadäquate euphorische Stimmungen mit flachem Affekt. Gelegentlich zeigen sich auch **paranoide Symptome**. Im **Spätstadium** kann sich eine **Demenz** entwickeln.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (8b) – Multiple Sklerose (MS)





© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (8c) – Multiple Sklerose (MS)

Symptome im Frühstadium	▪ Sehstörungen ▪ Erhöhte Ermüdbarkeit ▪ Schwächegefühl der Gliedmaßen ▪ Schwindel ▪ Sensibilitätsstörungen (Schmerzen, Missempfindungen) ▪ Zentrale Paresen
Symptome im Krankheitsverlauf	▪ Störungen der Blasen- und Sexualfunktion ▪ Beeinträchtigung der Sprache ▪ Koordinationsstörungen ▪ Gangstörungen ▪ Schluckstörungen ▪ Nystagmus ▪ Intentionstremor
Psychische Veränderungen	▪ Konzentrationsstörungen ▪ Affektive Symptome (Depression oder Euphorie, flacher Affekt) ▪ Paranoide Symptome ▪ Demenzielle Symptome

Befunde, die zur Diagnose führen: **Anamnese und Klinik** (räumlich / zeitlich versetzte neurologische Symptome), Aufsuchen von **Entmarkungsherden**, **Liquoruntersuchung** (oligoklonale Banden), **elektro-physiologische Untersuchung** (visuelle, akustische oder somatosensibel evozierte Potenziale).

DD: **Andere Entzündungen des Nervensystems** (z.B. Neuro-Borreliose, Lues = Syphilis), **Gefäßentzündung mit Gehirnbeteiligung**, **Tumoren** oder **Autoimmunerkrankungen** (z.B. Lupus erythematodes).

Epidemiologie: Häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des ZNS (1 / 2.000 Einwohnern). Frauen mehr als doppelt so häufig betroffen als Männer. Erkrankungsgipfel bei 20-40 Jahren. Geographische Häufung in NW-Europa.

Es werden drei Verlaufsformen beschrieben:

- **Schubförmiger Verlauf** mit teilweise vollständiger **Rückbildung und symptomfreien Intervallen** (30%).
- **Chronisch fortschreitender Verlauf** mit **langsam stetiger Zunahme der Symptomatik** (10-15%).
- **Sekundär chronischer fortschreitender Verlauf**, der sich an eine schubförmige Phase anschließt und sich mit dieser vermischen kann (40-60%).

Ätiologie: Aktuell wird von einer **Autoimmunerkrankung** ausgegangen. Für die Immunabwehr zuständige Blutzellen richten sich gegen die **Isolierschicht** (Myelin) des ZNS und setzen dort einen **Entzündungsprozess** in Gang. Die Antikörper verursachen eine Demyelinisierung (Entmarkung) der Nervenzellen. Es kommt zu einer **Vernarbung** (= Sklerose). Eine Vererbbarkeit ist nicht nachgewiesen, auch wenn die MS in einzelnen Familien gehäuft vorkommt.

Die **Therapie** ist rein symptomatisch: Aufklärung und Beratung, Medikation (intravenöse **Glukokortikoide** im Schub, **Immunmodulation** (Interferone) im freien Intervall, antispastische Medikamente), Physiotherapie, **Katheterisierung** bei Miktionsstörungen, **begleitende Psychotherapie** bei Depression / Angst, psychosoziale Betreuung. NW einer Interferontherapie sind grippale Symptome wie Fieber (evtl. mit Schüttelfrost), Müdigkeit und Gelenkschmerzen. Suppressiver Effekt auf das Knochenmark: Leukopenie und Thrombopenie möglich.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (9a) – Schädel-Hirn-Trauma (SHT)



Das **SHT** ist ein **notfall- und intensivmedizinisches Krankheitsbild**. Für den Heilpraktiker sind vor allem die **neuropsychologischen** (z.B. Amnesie) und **psychischen Folgeschäden** (z.B. Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsveränderungen) relevant.

Das **SHT** ist eine Bezeichnung für Schädelverletzungen durch **äußere Gewalteinwirkung**, die mit Schädigungen der Kopfschwarte, des Schädels bzw. des Gehirns einhergehen. Früher wurde zwischen der **Commotio cerebri** (**Gehirnerschütterung**) und der **Contusio cerebri** (**Gehirnprellung**) unterschieden. Heute unterteilt man das SHT in Schweregrade.

Die **Glasgow Coma Scale** bildet drei Parameter in einem Punktwert ab. Je niedriger der Punktwert, desto größer die Bewusstseinsstörung und damit die Schädigung des Gehirns. Die Punkte werden für jede Rubrik einzeln vergeben und anschließend addiert. Die maximale Punktzahl ist **15** (**volles Bewusstsein**), die minimale **3** Punkte (**tiefes Koma**). Bei 8 oder weniger Punkten ist von einer sehr schweren Funktionsstörung des Gehirns auszugehen; es besteht die Gefahr lebensbedrohlicher Atmungsstörungen (Sicherung der Atemwege durch endotracheale Intubation!).

Punkte	Augen öffnen	Verbale Kommunikation	Motorische Reaktion
6 Punkte	-	-	befolgt Aufforderungen
5 Punkte	-	konversationsfähig, orientiert	gezielte Schmerzabwehr
4 Punkte	spontan	konversationsfähig, desorientiert	ungezielte Schmerzabwehr
3 Punkte	auf Aufforderung	unzusammenhängende Worte	auf Schmerzreiz Beugesynergismen (abnormale Beugung)
2 Punkte	auf Schmerzreiz	unverständliche Laute	auf Schmerzreiz Strecksynergismen
1 Punkt	keine Reaktion	keine verbale Reaktion	keine Reaktion auf Schmerzreiz

Weiterhin wird eine **offene** von einer **geschlossenen Schädelverletzung** unterschieden, je nachdem, ob die **Dura mater** (Gehirnhaut) intakt ist oder verletzt wurde (Infektionsgefahr!).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (9b) – Schädel-Hirn-Trauma (SHT) frontobasal



Diagnostik: Bei Verdacht auf eine frontobasale Fraktur wird ein CT des Schädels (koronar und axial) durchgeführt. Ein MRT wird genutzt bei Verdacht auf eine Läsion des Nervus opticus oder bei Verdacht auf eine Beteiligung der Orbita.

Therapie: Operative Versorgung der Frakturen mit Reposition und Fixation der Frakturfragmente. Begleitverletzungen (wie z.B. der Dura) werden ebenfalls operativ versorgt.

Frühkomplikationen: Bei einer frontobasalen Fraktur besteht die Gefahr einer aufsteigenden Infektion. Bei Verletzung der Dura mater kann sich eine Meningitis entwickeln.

Spätkomplikationen: Wenn eine frontobasale Fraktur unzureichend versorgt wird, sind die Ausbildung einer Spätmeningitis, eines Hirnabszesses, einer Liquorfistel, einer Osteomyelitis des Stirnbeins sowie eine Mukozele möglich.

Unter einer **frontobasalen Fraktur** versteht man eine Fraktur, bei der Teile der vorderen Schädelbasis frakturiert sind. Frontobasale Frakturen treten vor allem im Rahmen von Arbeitsunfällen und Verkehrsunfällen auf. Die dabei auf die Schädelbasis einwirkenden Kräfte führen zu einer Fraktur der vorderen Anteile der Schädelbasis (Siebbeindach, Hinterwand der Stirnhöhle, Dach der Orbita, der Keilbeinhöhle und der Nasenhaupthöhle). Frontobasale Frakturen werden nach Escher eingeteilt:

3.1 Escher Typ I: Bei der sog. hohen frontobasalen Fraktur wirkt die Gewalt auf die oberen Anteile des Os frontale ein. Die Frakturlinie zieht von oben in die Nasennebenhöhlen.
3.2 Escher Typ II: Eine Gewalteinwirkung auf die Stirn-Nasenwurzel-Gegend führt zur mittleren frontobasalen Fraktur mit Impressionsfrakturen im Bereich der Stirnhöhle und des Siebbeins. Die Keilbeinhöhle kann ebenfalls von der Fraktur betroffen sein.
3.3 Escher Typ III: Bei den tiefen frontobasalen Frakturen wird das Mittelgesicht von der Schädelbasis abgerissen, was zu transversalen oder vertikalen Mittelgesichtsfrakturen führt (Le Fort III).
3.4 Escher Typ IV: Zu den lateroorbitalen Frakturen kommt es bei Gewalteinwirkung von seitlich vorn. Dabei frakturieren das Orbitadach und die Stirnhöhle.

Frontobasale Frakturen führen zu einem **Brillenhämatom** oder zu einem **Monokelhämatom** sowie **subkonjunktivalen Hämatomen** (Hyposphagma). Weiterhin werden **Blutungen** aus dem Mund und der Nase sowie bei Abriss der Fila olfactoria eine **Anosmie** beobachtet. Häufig findet man gleichzeitig Platzwunden auf der Stirn und eine Commotio cerebri oder eine Contusio cerebri.
Frakturen im Bereich des Übergangs von der Stirnhöhle zum Siebbein führen oft zur **Zerreißung der Dura mater** mit Rhinoliquorrhoe, welche durch eine Kopfvorneigung und Kompression der Venae jugulares internae verstärkt wird. Oft wird dabei auch ein Pneumatozephalus beobachtet.
Wenn die Arteria carotis interna im Bereich des Sinus cavernosus verletzt wird, können ein **pulsierender Exophthalmus** und **Nasenbluten** beobachtet werden.
Bei einer frontobasalen Fraktur besteht ebenfalls die Gefahr der **intrakraniellen Blutung** sowie der **Läsion des Nervus opticus**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (9c) – Schädel-Hirn-Trauma (SHT)



Diagnostik in der Akutphase: Neurologische Untersuchung, CT/MRT/Röntgen, ggf. Hirndruckmessung. Später neuropsychologische bzw. psychiatrische Untersuchung.

Epidemiologie: Arbeits- und Verkehrsunfälle. Männer sind mehr als doppelt so häufig betroffen als Frauen. Jährlich 800 SHT bei 100.000 Einwohnern. **Verlauf**: Komplikationen wie Blutungen, steigender Hirndruck und Infektionen verschlechtern die Prognose.

Akute **Therapie**: Notfallversorgung, Intensivstation. Rehabilitation mit Physio-/Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie.

Die **Symptomatik** ist durch die Art der Schädel- und Hirnverletzungen charakterisiert und kann folgende **akute Symptome** aufweisen:

- **Bewusstseinsstörungen** reichen je nach Schweregrad des SHT von einer leichten Vigilanzstörung bis hin zum Koma.
- **Amnesie** (retrograd, anterograd).
- **Kopfschmerzen**, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen.
- **Neurologische Ausfälle**: Halbseitenlähmungen, Hirnnervenausfälle (z.B. veränderte Pupillenreaktionen), Meningismus (Achtung bei Nackensteifigkeit), Wälzbewegungen, Streckbewegungen der Extremitäten.
- **Epileptische Anfälle** (Grand mal, Petit mal).
- **Liquorfluss** aus Mund, Nase oder Ohr beim Schädelbasisbruch, Bluterguss um die Augen beim Schädelbasisbruch (Brillenhämatom).

Im **Langzeitverlauf** können weitere Komplikationen hinzutreten:

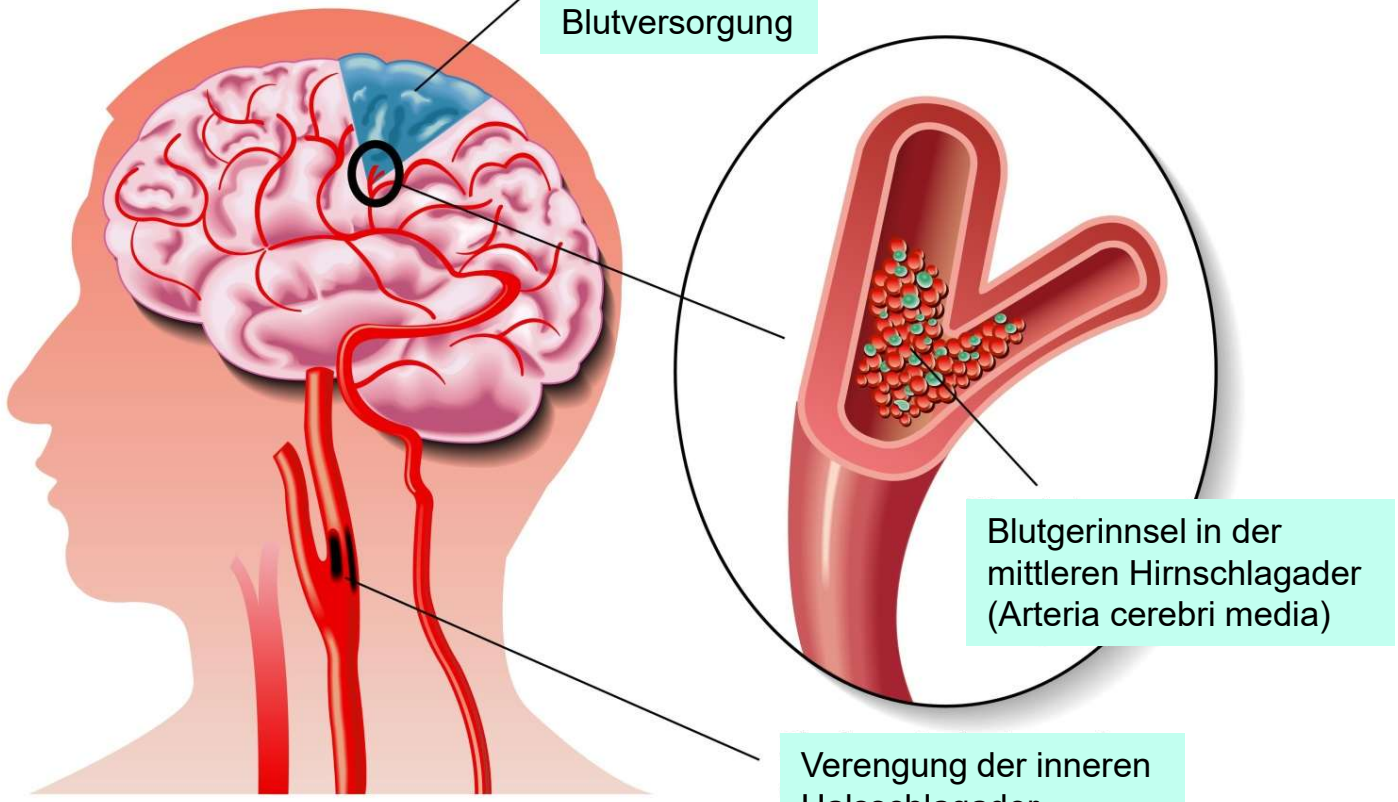
- **Blutungen im Schädelinnenraum** (epidurales, subdurales oder intrazerebrales Hämatom, Subarachnoidalblutung).
- **Hirnödem** mit intrakraniellem Druckanstieg.
- **Entzündungen** bei offenen Schädelverletzungen (Enzephalitis, Meningitis, Hirnabszesse).

Die Symptome im **späten Krankheitsstadium** können sein:

- **Symptomatische Epilepsie**.
- **Apallisches Syndrom** (Wachkoma).
- **Chronisch organisches Psychosyndrom**.
- **Organische Störungen 2. Ranges** (z.B. organisch wahnhafte oder affektive Störungen).
- **Dauerhafte Konzentrationsstörungen, Störungen der Merkfähigkeit und Persönlichkeitsveränderungen** (z.B. bei frontaler / frontobasaler Schädigung).
- **Aphasien**.
- **Demenz**.

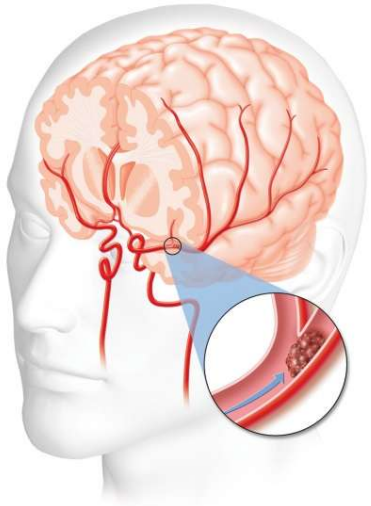
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (10a) – Schlaganfall (Stroke, Apoplexia cerebri, zerebraler Insult)



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (10b) – Schlaganfall (Stroke, Apoplexia cerebri, zerebraler Insult)



Der Schlaganfall beschreibt die Symptome einer auf das Gehirn begrenzten plötzlichen **Durchblutungsstörung**. Dabei darf der Funktionsverlust definitionsgemäß nicht auf primäre Störungen der Erregbarkeit von Nervenzellen zurückzuführen sein (z.B. Epilepsie). Der Schlaganfall ist mit einem Anteil von 7,9 Prozent die dritthäufigste Todesursache sowie die häufigste Ursache für mittlere und schwere Behinderung

Dem Schlaganfall liegt ein plötzlicher Mangel der Nervenzellen an **Sauerstoff** und **Nährstoffen** zugrunde. Unterschieden werden die plötzlich auftretende **Minderdurchblutung** (Ischämischer Schlaganfall oder Hirninfarkt) und die akute **Hirnblutung** (hämorrhagischer Infarkt oder Insult). Die Hirnblutung führt sekundär aufgrund ihrer raumfordernden Wirkung bzw. aufgrund des Fehlens des Blutes in nachgeordneten Regionen ebenfalls zu einer Ischämie. Bei primär ischämischen Infarkten kann es ebenfalls zu sekundären Blutungen im Infarktgebiet kommen.

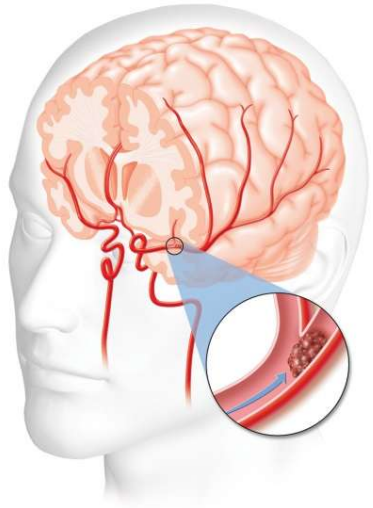
Die Unterscheidung zwischen Minderdurchblutung und Hirnblutung ist erst durch bildgebende Verfahren wie **CT** oder **MRT** sicher möglich, wenngleich CT und MRT in den ersten Stunden nach einem primär ischämischen Hirninfarkt noch **unauffällig** sein können. Der Verdacht einer SAB (Subarachnoidalblutung) (z.B. infolge einer geplatzten Arterie / Aneurysmas) kann bei nur milder Symptomatik (z.B. alleinige Kopfschmerzen) durch den Nachweis von Blutbestandteilen im Liquor (Lumbalpunktion) bestätigt werden.

Mögliche Ursachen: **Arterielle Embolien** durch Blutgerinnsel, Thrombosen der **venösen Abflussgefäße**, Gefäßverengung durch **Gefäßverkrampfungen**, **Gefäßrisse** spontan oder z.B. **infolge hohen Blutdrucks**, **Spontanblutungen** bei gestörter **Blutgerinnung**, SAB, sub- oder epidurale Hämatome.

Weniger als 24 Stunden andauernde Minderdurchblutungen ohne sichtbare Folgen wurden früher als **Transitorische ischämische Attacke** (TIA) bezeichnet. Die Abgrenzung der TIA vom vollendeten ischämischen Schlaganfall gilt heute als überholt. Begründung: (1) Bei vielen Patienten mit TIA sind morphologische Hirnschäden nachweisbar. (2) Das Risiko für einen Re-Infarkt nach TIA und vollendetem Schlaganfall ist etwa gleich groß. (3) Vollendete Schlaganfälle als auch TIA sollen gleich behandelt werden (Thrombolyse).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (10c) – Schlaganfall (Stroke, Apoplexia cerebri, zerebraler Insult)



Zeichen eines Schlaganfalls:

- **Sehstörungen** durch Hirnnervenausfälle - auf einem oder beiden Augen - (z.B. einseitige **Pupillenerweiterung**), **Gesichtsfeldausfall**, **Doppelbilder**.
- **Fehlende Wahrnehmung** eines Teils der Umwelt oder des eigenen Körpers (**Neglect**).
- **Schwindel**, Übelkeit, Erbrechen, Gangstörung, Gleichgewichts- oder Koordinationsstörung (**Ataxie**).
- **Taubheitsgefühl**.
- **Lähmung** oder Schwäche im Gesicht, in einem Arm, Bein oder einer ganzen Körperhälfte (Halbseitenlähmung).
- **Verwirrung**, Sprach-, Schrift- oder Verständnisstörung, **Wortfindungsstörungen**.
- **Starker Kopfschmerz** ohne erkennbare Ursache bei evtl. entgleistem **Blutdruck**.
- **Schluckstörungen** (Dysphagie).
- **Merk- und Orientierungsstörungen**.

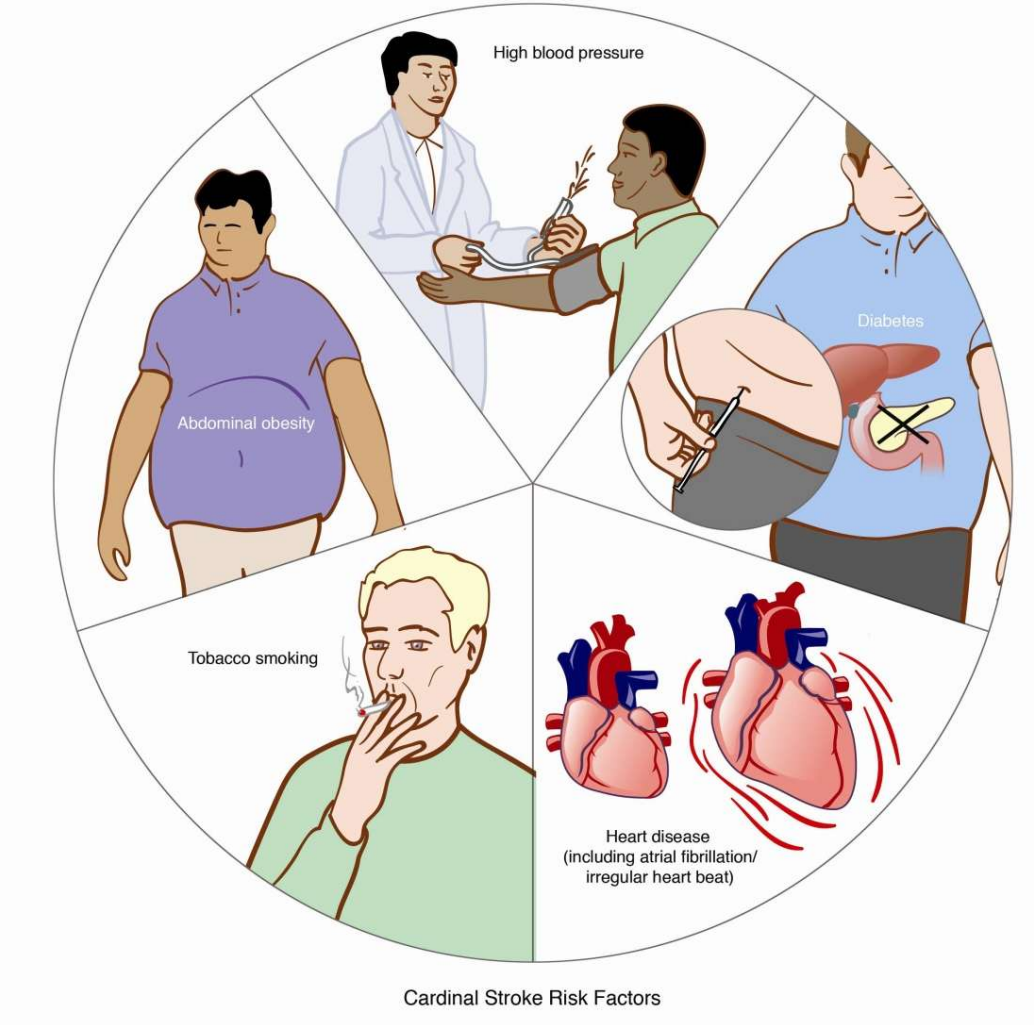
Notfallversorgung: Hochlagerung des Oberkörpers, keine körperliche Belastung. Nichts trinken, nichts essen (Aspirationsgefahr). "Time-to-needle" (Zeitspanne bis zur Beginn der Thrombolyse) = 4,5 Stunden nach dem Schlaganfall. **Kathederbehandlung**: Mehr als 60 % der Patienten mit großen Schlaganfällen können nach Kathederbehandlung bereits nach drei Monaten wieder ein eigenständiges Leben führen. Bei der medikamentösen Therapie liegt diese Quote bei nur etwa 15 Prozent.

Rehabilitation mit Physiotherapie / Osteopathie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie.

Vorbeugung: Ein wichtiger Faktor für das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ist der individuelle Lebensstil. Vor allem ein normaler **Blutdruck**, gute **Blutzuckerwerte** und **Nikotin-Abstinenz** zeigen einen positiven Effekt auf das Schlaganfallrisiko. Allein der gut eingestellte Blutdruck vermindert das Schlaganfallrisiko um 60 Prozent. Weitere Aspekte eines gesunden Lebensstils sind die **körperliche Aktivität**, die Vermeidung von **Übergewicht**, normale Cholesterin-Werte und eine **gesunde Ernährung**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (10d) – Schlaganfall (Stroke, Apoplexia cerebri, zerebraler Insult)

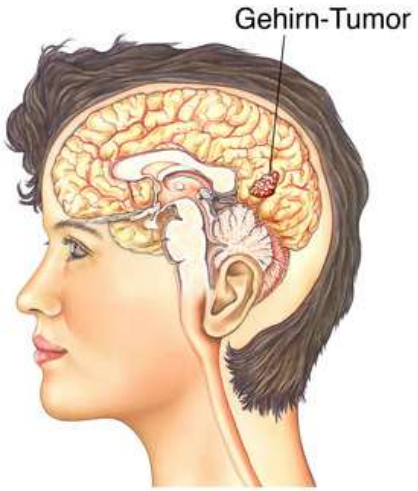


Cardinal Stroke Risk Factors



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (11a) – Tumoren (Neubildungen)



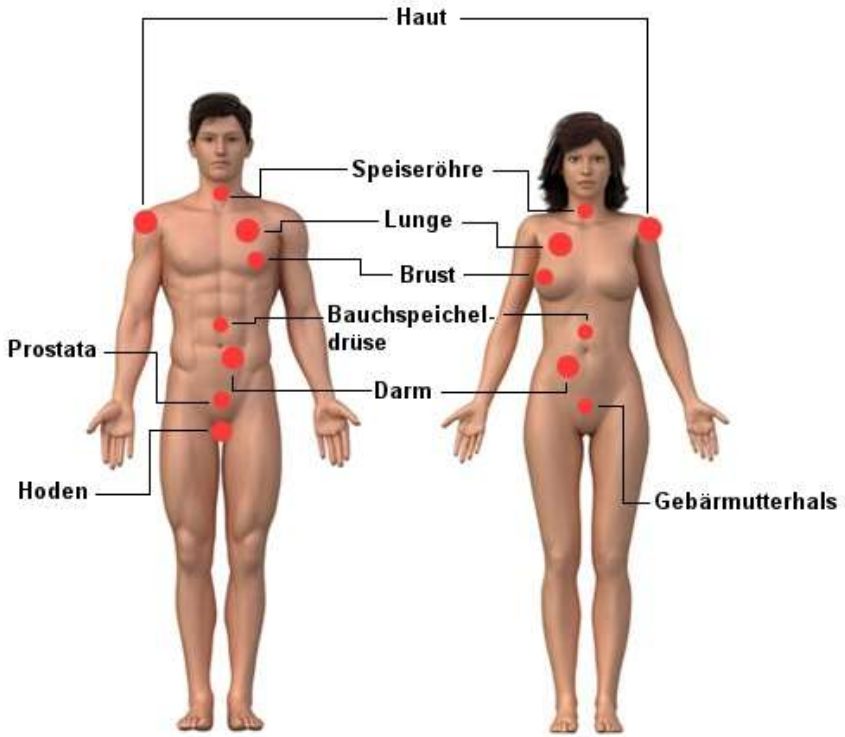
Ein **Tumor** ist jede Zunahme des Volumens eines Gewebes unabhängig von der Ursache.
Definitionen: (1) Jeder **erhöhte Platzbedarf** (Raumforderung) eines Gewebes oder eine **tastbare Verhärtung**, z.B. eine Schwellung bei einer Entzündung (Ödem, Abszess) oder Zyste, aber auch eine Stuhlansammlung im Darm. Es ist also ein recht unscharfer Begriff.
(2) Im engeren Sinn **Neubildungen von Körpergeweben** (Neoplasien), die durch Fehlregulationen des Zellwachstums entstehen. Neoplasien können jegliche Art von Gewebe betreffen, sie können **gutartig** (benigne) oder **bösartig** (maligne) sein. Die maligne Variante wird umgangssprachlich als Krebs bezeichnet. Neoplasien können **alleinstehend** (solitär) oder **mehrfach** an verschiedenen Stellen im Organismus (multifokal) auftreten. Je nach Ort (Lokalisation) des Tumors und der Funktion des durch ihn geschädigten Gewebes können sie zu einer Zerstörung von Organen mit Beeinträchtigung des Gesamtorganismus bis zum Tod führen.

In Abhängigkeit von der Dignität des Tumors, also seiner Fähigkeit, Metastasen auszubilden, unterscheidet man benigne, maligne und semimaligne Tumoren. Die malignen Tumoren werden nochmals in niedrig-maligne und hoch-maligne Tumoren unterteilt.
Benigne Tumoren **verdrängen** durch ihr Wachstum **umliegendes Gewebe**, durchwachsen (*infiltrieren*) es aber nicht und bilden keine Absiedlungen.
Maligne Tumoren sind **invasiv**, sie wachsen in umgebendes Gewebe ein und zerstören es. Außerdem setzen sie durch Verbreitung über das Blut (*hämatogen*), die Lymphe (*lymphogen*) oder durch Abtropfung bspw. im Bauchraum Tochtergeschwulste. Typische bösartige Tumoren sind der Dickdarmkrebs und der Lungenkrebs.
Semimaligne Tumoren setzen in der Regel **keine Tochtergeschwulste**, **zerstören** aber umliegendes Gewebe und **wachsen** in dieses hinein (*Destruktion* und *Infiltration*).

Benigne Tumoren wachsen in der Regel langsam und beeinträchtigen den Körper nicht. Einige benigne Tumoren können aber zu malignen Tumoren mutieren. Hier sind vor allem Dickdarmpolypen (*Kolonadenome*) zu nennen, die sehr häufig zu Adenokarzinomen entarten. Gutartige und semimaligne Tumoren werden nach ihrer Herkunft differenziert. Die Benennung erfolgt durch die Endung „-om“ an den Namen des Ursprungsgewebes (z.B. Adenom).

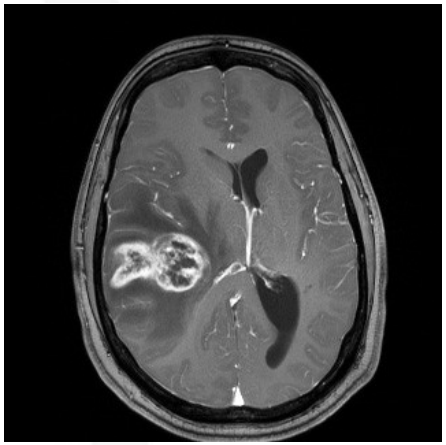
© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (11b) – Tumoren (Neubildungen)



© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (11c) – Tumoren (Neubildungen)



Das Epithel (Deckgewebe wie Haut, Schleimhaut sowie Drüsengewebe) ist neben Muskel-, Nerven- und Bindegewebe eine der vier Grundgewebearten. Epithel enthält keine Blutgefäße.

Aus dem Mesenchym entwickelt sich: (1) Lockeres, straffes und retikuläres Bindegewebe, (2) Knochen und Knorpel, (3) glatte Muskulatur und Herzmuskel, (4) Niere und Nebennierenrinde, (5) das blutbildendes System, (6) Blutgefäße und Lymphgefäße.

Bösartige Tumoren werden folgendermaßen untergliedert:

- **Karzinome** bezeichnen bösartige Tumoren, die sich vom Epithel ableiten. Sie machen einen Großteil der Krebserkrankungen aus.
- **Sarkome** (griechisch *sarka*, Fleisch), die sich aus dem Binde- und Stützgewebe ableiten, z.B. Rhabdomyosarkome (Krebs der quergestreiften Muskulatur), Angiosarkome (Krebs der Blutgefäße), Leiomyosarkome (Krebs der glatten Muskulatur, z.B. seltene Formen von Gebärmutterkrebs).
- **Neuroendokrine Tumoren**, die sich aus dem Neuroektoderm ableiten, z.B. Phäochromozytom, Insulinom, kleinzelliges Bronchialkarzinom.
- **Hämatoonkologische Malignome**, die sich aus Blut- oder Blutstammzellen ableiten (Leukämien, die keine Tumoren sind; Lymphome).
- **Dysontogenetische Tumoren** (Teratome aus embryonalem Gewebe (alle drei Keimblätter) und embryonale Tumoren (entstehen während der Organentwicklung durch Gewebefehldifferenzierung).
- Mischtumoren, die aus epithelialen und mesenchymalen Anteilen aufgebaut sind.

Tumoren entstehen durch Entartung, genauer durch eine Anhäufung von **Mutationen** in bestimmten Genen (engl. *multiple hit model*). Diese bestimmten Gene sind typischerweise Protoonkogene oder Tumorsuppressorgene. Alternativ kann eine Entartung durch **Onkoviren** (z.B. Epstein-Barr-Virus (HHV-4), Hepatitis-B-Virus, Hepatitis-C-Virus, humane Herpesviren HHV-5 und HHV-8, humane Papillomviren 16 und 18) und **onkogene Bakterien** (z.B. Helicobacter pylori) erfolgen, bei denen eine fortlaufende Stimulation mit Zytokinen durch die Immunreaktion und mit Wachstumsfaktoren zum Ersetzen der zerstörten Zellen auftritt, z.B. beim Hepatitis-B-Virus. Durch eine häufige Zellteilung wird die Entstehung von Mutationen beim Kopieren des Genoms begünstigt. Bei einigen persistenten Viren erfolgt zusätzlich eine **Insertionsmutation** durch das Einfügen des viralen Genoms in das Genom des Wirts, was meistens in entfalteten und transkriptionsaktiven Bereichen der DNA erfolgt. In seltenen Fällen kann ein Tumor auch **übertragen** werden, z.B. durch eine Organtransplantation und die begleitende Immunsuppression.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Neurologische Störungen (11d) – Tumoren (Neubildungen)

Die Tumortherapie erfolgt durch **operative Tumorentfernung** (Resektion), **Bestrahlung** mit ionisierenden Strahlen und / oder **Chemotherapie**. Patienten können Tumorberatung / Psychotherapie aufsuchen.

Bösartige Tumoren (hier v.a. Krebs) sind nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die **zweithäufigste Todesursache** in den Industrieländern.

Gutartige Tumoren sind sehr häufig. Die meisten Menschen besitzen mehrere gutartige Tumoren, vor allem an der Haut. Einige primär gutartige Tumoren können zu bösartigen Tumoren entarten und müssen entfernt werden. Dies ist vor allem bei Polypen der Dickdarmschleimhaut der Fall.

Komplikationen maligner Tumoren sind (1) **Obstruktion von Hohlorganen**, z.B. Bronchusverschluss (Pneumonie), Ösophagusverschluss (Dysphagie = Schluckstörung), Gallengangverschluss (Ikterus = Gelbsucht), Darmverschluss (Ileus).
(2) **Tumorkachexie** (Atrophie des Muskel- und Fettgewebes, Anorexie, Anämie, Schwäche. Der Energiebedarf von Tumorzellen wird oft durch Milchsäuregärung gedeckt, wodurch es zu Hypoglykämie und Azidose kommt, was wiederum die Ausschüttung von Adrenalin, Glucocorticoiden und Glucagon auslöst. Dies fördert Lipolyse sowie Proteolyse, was zu oben genannten Atrophien und schließlich zur Auszehrung führt.
(3) **Gewebedestruktion**, häufig mit Blutungen. Adenokarzinome neigen zur Ulkusbildung durch Zerstörung des Oberflächenepithels.
(4) **Ödeme** durch Verschluss von Venen und Lymphgefäßen usw.

Psychoonkologie bezeichnet die psychologische Betreuung von Krebspatienten. Seit den 1990er Jahren wird zunehmend die Frage diskutiert, welche **psychischen Belastungen** oder **manifesten Störungen** (z.B. Depression) sich infolge einer Krebserkrankung entwickeln können und in welcher Form diese sich auf die Lebensqualität der Betroffenen oder auf medizinisch-klinische Aspekte auswirken können. Ein wichtiger Aspekt hierbei betrifft die Konstruktion und Anwendung valider und krebsspezifischer Messinstrumente zur Erfassung der psychischen **Komorbidität**. Einige Autoren gehen davon aus, dass bei etwa einem Drittel aller Krebspatienten infolge der schweren psychischen Belastung durch die Grundkrankheit auch eine psychische Störung (Komorbidität) auftritt.

Psychoonkologen versuchen Patienten bei der Krankheitsverarbeitung durch **Krisenintervention**, **ressourcenorientierte Interventionen** oder durch **imaginative Verfahren** (Bilder, Metaphern), zu unterstützen. Ziel dabei ist, die Kompetenz des Patienten, mit der Krankheit klarzukommen, zu stärken. Hierbei wird auch das persönliche soziale Umfeld nach Möglichkeit einbezogen. Eine psychoonkologische Versorgung sollte in allen Phasen der Erkrankung sichergestellt sein, also während der **Akutbehandlung**, der **Rehabilitation** und ggf. während des **Sterbeprozesses**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (1) – Definition und Symptomatik



Unter **Suizidalität** versteht man alle Kräfte eines Menschen, die danach streben, dem eigenen Leben durch Selbsttötung ein Ende zu setzen. Suizidalität umfasst im Allgemeinen den **Wunsch nach Ruhe**, **Veränderung der Lebenssituation** sowie **Pause / Unterbrechung im Leben** (mit dem grundsätzlichen Risiko zu sterben). Die absichtliche Selbstschädigung mit dem Ziel eines tödlichen Ausgangs kann im Suizid enden, wenn der Patient z.B. nicht rechtzeitig gerettet wird. Unter **Parasuizid** versteht man ein selbstgefährdendes bzw. selbstschädigendes Handeln **ohne Tötungsabsicht**. Suizid ist in Deutschland nicht mehr strafbar.

Suizidalität zeigt eine große Bandbreite an **psychopathologischen Symptomen**:

- **Affektstörungen:** z.B. Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit.
- **Formale und inhaltliche Denkstörungen:** z.B. Grübelneigung, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, Ängste, wahnhaftes Erleben.
- **Halluzinationen:** z.B. imperative Stimmen, die zum Suizid aufrufen, im Rahmen einer Schizophrenie.
- **Antriebsstörung und soziales Verhalten:** z.B. verminderter Antrieb mit Freud- und Interesselosigkeit, sozialer Rückzug, bei agitierter Depression und Manie auch Antriebssteigerung.
- **Autoaggressive Tendenzen** mischen sich mit dem Wunsch nach Ruhe oder Zuwendung.
- **Schlafstörungen**.
- **Appetenzstörungen**.
- **Suizidgedanken:** Gedankliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit der Selbsttötung.
- **Suizidabsicht**.
- **Suizidhandlung**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (2) – Suizidformen und Suizidmethoden



An Suizidformen wird unterschieden:

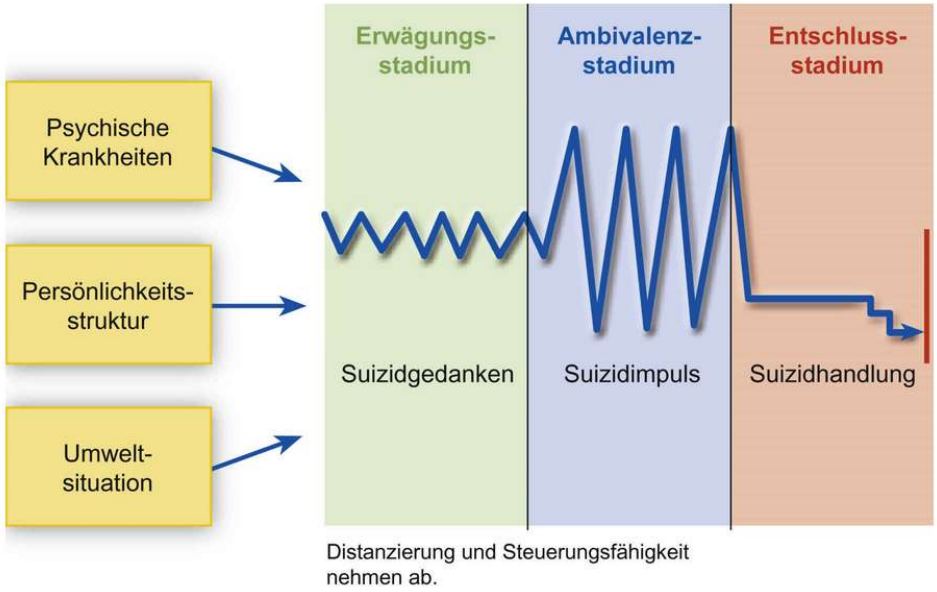
- **Erweiterter Suizid (Mitnahmesuizid):** Suizid, nachdem zuvor andere Personen vom Suizidenten getötet wurden, z.B. depressive oder schizophrene Mütter, die ihre Kinder mit in den Tod nehmen.
- **Bilanzsuizid:** Sehr seltene Form, bei der der Suizid nach rationalen Kriterien ohne psychische Auffälligkeiten verübt wird, z.B. bei hoher Verschuldung oder Verlust der Ehre. Meist lassen sich bei scheinbaren Bilanzsuiziden auch psychopathologische Phänomene erkennen (z.B. depressive Verstimmung, narzisstische Kränkung).
- **Chronischer Suizid:** häufige suizidale Krisen oder dauerhaft anhaltende Suizidalität. Oft bei Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen.

Obwohl harte Suizidmethoden häufiger zum vollendeten Suizid führen als weiche Methoden, kann aus der Wahl der Suizidmethode nicht eindeutig auf die Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht geschlossen werden. Jeder Suizidversuch und jede Suizidandrohung muss ernst genommen werden. Suizidmethoden und epidemiologische Beziehungen:

Suizidmethode	Beispiele	Epidemiologische Bezüge
Weicher Suizid	Vergiftungen durch Überdosierung von Medikamenten (Psychopharmaka häufig in Kombination mit Alkohol), Öffnen der Pulsadern in heißem Wannenbad, Gasvergiftungen, Tod durch Ertrinken	Eher **Frauen**, Methode endet häufiger im **Suizidversuch**
Harter Suizid	Erschießen, Erhängen, Stürze aus großer Höhe oder Tod durch Überfahren (PKW, LKW, Eisenbahn)	Eher (ältere) **Männer**, Methode endet häufiger im **Suizid**

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (3) – Krankheitsverlauf



Der Begriff **präsuizidales Syndrom** wurde 1953 vom Wiener Psychiater **Erwin Ringel** eingeführt. Das Syndrom umfasst nach seinen Untersuchungen an >700 Patienten die drei Merkmale **gedankliche Einengung** (Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit bei Depression; reale Faktoren wie Isolation, Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, Kind-/Partnerverlust, Krankheit), **Aggressionsumkehr** (Aggressionshemmung nach außen und Wendung der Aggression gegen sich selbst) und **Suizidphantasien** (der Betroffene baut sich eine Scheinwelt auf, weil er der Realität nicht mehr gewachsen zu sein scheint). Alle drei Merkmale gehen nach Ringel regelmäßig einer Suizidhandlung voraus.

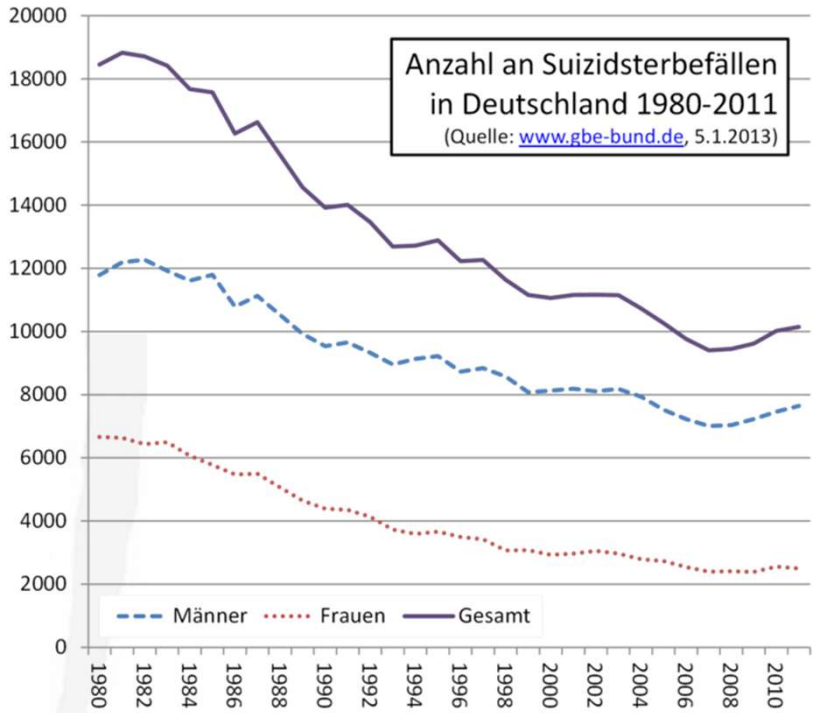
80% aller Menschen, die einen Suizid begehen, kündigen ihn vorher an. Darum muss jede Ankündigung als höchstes Alarmzeichen gewertet werden. Auch im ersten Jahr nach einem Suizidversuch ist ein Wiederholungsrisiko besonders hoch: 30-50% unternehmen einen weiteren, diesmal möglicherweise erfolgreichen Suizidversuch.

Die Entwicklung einer suizidalen Krise verläuft nach **Pöldinger** in drei Phasen:

- **Erwägungsstadium: Suizidgedanken und Hinweise (Appelle)!** Gedankliches Spiel mit dem Suizid, begünstigt durch akute psychosoziale Faktoren (krisenhafte Zuspitzung der eigenen Lebenssituation, ausgeprägte Aggressionshemmung, soziale Isolierung) und suggestive Einflüsse (z.B. Suizide in der näheren Umgebung, Pressemeldungen).
- **Ambivalenzstadium: Suizidimpulse und Andeutungen (Hilferufe)!** Länger dauernde Phase der Unschlüssigkeit mit Hilferufen, Andeutungen oder Drohungen. Oft auch bewusste Kontaktaufnahme mit einer Person des Vertrauens. Bis zu 80% aller Suizide werden in dieser Phase (in)direkt angekündigt. Wird die Suizidgefahr erkannt und ernst genommen, kann eine Krisenintervention den Suizid(-versuch) aufhalten.
- **Entscheidungsstadium: Resignation („Ruhe vor dem Sturm"), Suizidvorbereitung und Suizidhandlung!** Ist der Entschluss zur Selbsttötung gefasst, erscheinen die Betroffenen oft **gelöst und entspannt** („Ruhe vor dem Sturm"). In Wirklichkeit befinden sie sich jedoch in einer psychischen Ausnahmesituation, in der aufgrund der **gedanklichen Einengung** eine realistische Einschätzung der persönlichen Lage nicht mehr möglich ist. Im Extremfall drängen sich dem Patienten Suizidphantasien so sehr auf, dass er – wie in Trance – nicht mehr auf Außenreize reagiert. In diesem Fall sind HPP aufgrund des **Unterbringungsgesetzes** verpflichtet, den Patienten notfalls gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik einweisen zu lassen. Für die Einweisung sind nicht der Arzt oder Notarzt, sondern **Ordnungsamt** und **Polizei** zuständig.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (4) – Epidemiologie



Von 10.119 erfassten Suiziden in Deutschland im Jahr 2022 wurden folgende Todesursachen erfasst:

- Erhängen / Ersticken: 4.531 (45%)
- Sturz in die Tiefe: 10%
- Vergiftung durch Medikamente: 8%
- Erschießen (meist Kopfschuss): 7,5%
- Sich vor den Zug oder vor Autos werfen: 5-8%
- Abgase ins Auto leiten: 2%.

- Im Jahr 2024 (2023) beendeten in Deutschland nach vorläufigen Daten 10.372 (10.304) Menschen ihr Leben durch Suizid (bei 2.780 Verkehrstoten in 2024). Weltweit 1 Mio. Menschen pro Jahr (WHO).
- 3x mehr Suizidversuche von Frauen als von Männern.
- 3x mehr erfolgreiche Suizide von Männern als von Frauen. 2023 waren 72,6 % der Suizidtoten Männer und 27,4 % Frauen.
- Suizidversuche sind mind. 10x häufiger als erfolgreiche Suizide.
- Die Suizidrate steigt mit dem Alter an. Besonders gefährdet sind die 75-84jährigen, darunter vor allem alleinstehende Männer.
- Suizidversuche sind am häufigsten bei den 15-30jährigen Frauen.
- Die Hälfte der Menschen, die Suizid begehen, hat zuvor mind. 1 Suizidversuch unternommen.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen begehen 10-30x häufiger einen Suizid als die Allgemeinbevölkerung.
- Geschieden oder verwitwet zu sein, erhöht das Suizidrisiko um das 4-5fache. Dieser Faktor fällt mit zunehmendem Alter immer mehr ins Gewicht.
- Suizide werden in allen sozialen und wirtschaftlichen Schichten begangen. Gehäuft bei Ärzten, Rechtsanwälten, Psychologen, Vollzugsbeamten, Musikern.
- Keine andere Todesart hinterlässt bei Freunden und Verwandten so andauernde Gefühle von Schmerz, Scham, Schuld und Verstörung. Hinterbliebene sind selbst Opfer. Unter ihnen ist die Sterblichkeit im Jahr nach dem Suizid eines geliebten Menschen besonders hoch.
- Psychische Erkrankungen vor einem Suizid: Depressive Episoden (50%), Suchterkrankungen (insb. Alkoholismus 20%), schizophrene Psychosen (10%), Persönlichkeitsstörungen (5%). Chronische körperliche Erkrankungen (bis 50%).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (5) – Ätiologie



Suizidalität ist nicht grundsätzlich die Folge psychischer Krankheit (obwohl bei rund 90% aller Suizide eine solche zugrunde liegt). Menschen mit suizidaler Gefährdung befinden sich meist in einer Krise, einer akuten Belastungssituation, in die sie aus unterschiedlichen Gründen geraten sind und die sie nicht mehr mit **adäquaten Bewältigungsstrategien** lösen können. Der Suizid ist dann eine Kurzschlusshandlung.

Wesentliche Voraussetzung für suizidales Verhalten ist die **Persönlichkeit** (z.B. fehlende Bewältigungsstrategien, Neigung zur Selbstentwertung, Fokussierung auf das Negative). Gerät eine Person in eine ungünstige Lebensphase (z.B. Partnerkonflikt, Arbeitsverlust, Tod einer Bezugsperson), kann sich das Erleben **krisenhaft** zuspitzen. Ausschlaggebend ist dabei ***nicht* die objektive Schwere** der belastenden Lebenssituation, sondern das **subjektive Erleben** und die wahrgenommenen **Bewältigungsmöglichkeiten** der Person.

Risikofaktoren für Suizidalität sind:

- Psychische oder chronische bzw. lebensbedrohende Krankheiten.
- Soziale Isolation und Vereinsamung (alte Menschen, Flüchtlinge, Kinderlose).
- Berufs- und Beziehungskonflikte oder existenzielle Nöte (Versagensangst, Arbeitslosigkeit, Schulden, zerrüttete Partnerschaften).
- Heimatverlust und Integrationsprobleme bei Aussiedlern und Flüchtlingen.
- Biografische Faktoren (z.B. erfolgter Suizid(versuch) in der Familie), biologische Krisenzeiten (Pubertät, Klimakterium, Pensionierung, Verlust eines Kindes / Partners).
- Klimatische Faktoren (Frühjahr, Herbst, Vollmond, Föhn).

Die **inneren Beweggründe**, sich das Leben zu nehmen, sind vielfältig. Meist kommt es zu einer Mischung aus **autoaggressiven** (Selbstbestrafung, Selbsthass) und **fremdaggressiven Tendenzen** (jemanden bestrafen zu wollen). Dabei kann gleichzeitig eine **scheinbar unlösbare Lebenssituation** bestehen, die den Wunsch nach einer Zäsur oder Pause hervorruft. Ein Suizidversuch sollte dabei auch immer als **Hilfeschrei** verstanden werden. Der Betroffene sieht alleine keine Möglichkeit, seine Situation zu verbessern oder erträglich zu machen.

Werther-Effekt (Nachahmungssuizid): Nach dem Erscheinen von Goethes Werk gab es eine Suizidwelle unter den Lesern.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (6) – Diagnostik



Informationen über Zukunftsperspektiven, religiöse oder spirituelle Werte, die den Menschen vom Suizid abhalten können, sind wichtige Punkte, um den Lebenswillen bzw. die „inneren Regeln“ des Menschen wahrnehmen und ihn darin bestärken zu können. Aber auch sie sind keine Garantie dafür, dass der Patient seine Absicht nicht doch noch umsetzt.

Das Abschätzen der Suizidalität eines Menschen ist eine schwierige Aufgabe. Grundsätzlich ist jeder Suizidversuch (Parasuizid) ernst zu nehmen. Es darf nicht aus der gewählten Suizidmethode auf die Ernsthaftigkeit der Selbsttötungsabsicht geschlossen werden.

Die diagnostische Beurteilung von Suizidalität umfasst:

- **Abschätzen des Ausmaßes der suizidalen Gefährdung**.
- **Diagnostik psychischer Erkrankungen**.
- **Einfühlen in die suizidalen Faktoren und Verstehen der jeweiligen Motivation**.

Dabei sind Suizidgedanken behutsam anzusprechen, aber **auf keinen Fall auszublenden**. Nur so fühlt sich der Patient in seinem Leiden ernst genommen und kann auf Hilfsangebote eingehen. Suizidale Menschen erleben es meistens als große **Entlastung**, über das Thema, das sie so sehr beschäftigt und bedrängt, **reden zu können**. Allerdings ist damit nicht gewährleistet, dass sie ihre Tötungsabsichten nach dem Gespräch völlig aufgeben.

Orientierungsfragen zur Suizidalität:

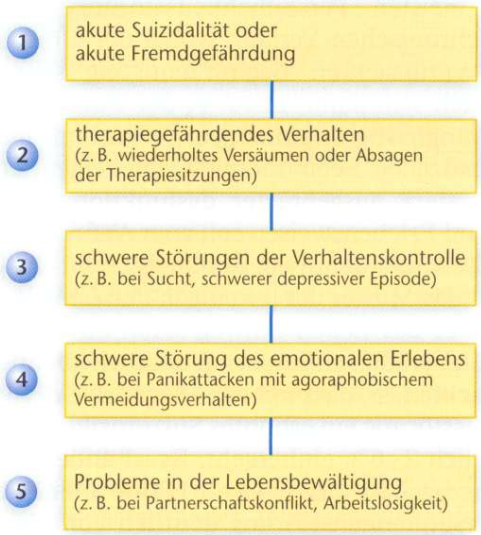
- „Haben Sie in Ihrer momentanen Situation noch **Hoffnung**, dass es Ihnen wieder besser gehen könnte?
- Ich Ihnen schon einmal der Gedanke durch den Kopf gegangen, es wäre besser, nicht mehr am Leben zu sein? Müssen Sie häufig daran denken? Haben Sie sich mit jemandem darüber **austauschen** können?
- Handelt es sich um einen Gedanken wie „Ich möchte am liebsten gar nicht mehr aufwachen“ (**passiver Todeswunsch**) oder haben Sie konkrete Gedanken, wie Sie Ihrem Leben ein Ende setzen wollen (**aktive Suizidalität**)? Wann haben Sie zuletzt darüber nachgedacht?
- Gibt es etwas Schönes oder Wichtiges, das Sie **am Leben hält**? Etwas, was Sie von Ihrem Plan, sich das Leben zu nehmen, abbringen könnte?“

Passive Todeswünsche drücken den Wunsch nach **Ruhe** und einer **Auszeit** aus, ohne dass konkrete Handlungsabsichten bestehen müssen. Die akute Suizidalität ist dagegen durch die ständige Beschäftigung mit der Umsetzung des Suizids gekennzeichnet.

Für die Forschung und Diagnostik gibt es Fragebögen, die bei wahrheitsgemäßen Antworten Suizidalität einzuschätzen vermögen (z.B. **Gießen-Test**, eine Selbsteinschätzungsskala).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (7) – Therapie (1)



Hierarchie der Behandlungsziele

Im Vordergrund der **Therapie der Suizidalität** steht die **Prävention**. Dabei spielt die **Krisenintervention** eine entscheidende Rolle. **Konfliktpartner** sollten dabei nach Möglichkeit einbezogen werden. Der Suizidgefährdete ist in seiner Situation vorbehaltlos zu akzeptieren und ernst zu nehmen, damit eine **Vertrauensbasis** zum Therapeuten gebildet werden kann. Maßnahmen zur **Stützung des Selbstwertgefühls** und zur **Minderung bestehender Schuldgefühle** können helfen, die subjektiv empfundene Ausweglosigkeit zu mildern. Aspekte, die das suizidale Verhalten motivieren, können dann deutlicher in Erscheinung treten und längerfristig bearbeitet werden. Wichtig ist dabei, dass mit dem Patienten **feste Termine** vereinbart werden, die garantieren, dass die Therapie in Anspruch genommen wird. Bei akuter Suizidalität muss der Patienten, ggf. auch gegen seinen Willen, einer **beschützenden stationären Therapie** zugeführt werden. Wöchentliche Termine beim Psychotherapeuten / Heilpraktiker reichen dann nicht aus.

Die Krisenintervention gestaltet sich wie folgt: **Sofortiger Beginn** der Intervention, **Einbeziehung des Patientenumfelds**, **Fokussierung auf den aktuellen Konflikt**, freiwillige Einweisung in eine psychiatrische Klinik, bei akuter Suizidgefährdung Zwangseinweisung durch Polizei / Ordnungsamt.

Ziel ist die Abwendung der Suizidalität und Einleitung einer langfristig stützenden Psychotherapie. Die Krisenintervention enthält konkret folgende Schritte:

- Vertrauensbildung zum Psychotherapeuten.
- Klärung der Krisensituation.
- Behandlung einer evtl. Grunderkrankung durch den Arzt oder Psychiater (z.B. Depression, organische Psychose, Schizophrenie).
- Evtl. Gabe einer beruhigenden Begleitmedikation.
- **Durchbrechen der sozialen Isolation** durch Einbeziehen des sozialen Umfelds, **der gedanklichen Einengung** durch Planen der nächsten Stunden und Tage, **des Gefühls der Sinnlosigkeit** durch Sinngebung (z.B. Kinder, Partner, Sehnsucht nach Liebe, Spiritualität).

! Bei einer akuten Suizidgefährdung sollte **nicht aufdeckend gearbeitet** werden. Es geht um **konkrete Hilfen** für die augenblicklich anstehenden Probleme. Das einfühlsame Gespräch und die konkrete Hilfestellung für die Bewältigung des Alltags haben Vorrang vor anderen therapeutischen Verfahren.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (8) – Therapie (2)



Die Bereitschaft zur Therapie ist in den ersten Tagen nach einem Suizidversuch am höchsten. Wegen der Gefahr eines erneuten Suizidversuchs sollten in dieser Phase konkrete Therapieschritte mit dem Patienten besprochen und vereinbart werden.

Empfehlungen für die Therapie:

- Dem Patienten wertschätzend begegnen, **offen und objektiv** über den Suizidwunsch sprechen.
- Gemeinsam eine **Entstehungstheorie** (bestehende Isolation, scheinbar ausweglose Konflikte) **für den Suizidwunsch erarbeiten**.
- Deutlich machen, dass ein Suizid **keine wirksame Lösung** ist.
- **Wichtige Bezugspersonen einbeziehen**.
- Häufige Therapiesitzungen **in dichter Folge**. Auch längerfristige Ziele / Themen einbeziehen.
- Der Therapeut sollte **keine Verantwortung für das Überleben** des Patienten übernehmen.
- Vorkehrungen für eine **Krisenintervention** treffen (z.B. telefonische Hotline).
- Kontinuierlich das **Risiko** für suizidales Verhalten des Patienten **überprüfen**.
- Einen **Lebensvertrag** mit dem Patienten abschließen. Darin verspricht der Patient, über einen bestimmten Zeitraum keinen Suizidversuch zu unternehmen.
- Bei Einwilligung des Patienten **Kontakt zum Hausarzt** aufnehmen (z.B. Besprechung der Gefahr einer Überdosierung von Medikamenten).
- **Nichtsuizidale Gedanken**, Reaktionen und Pläne des Patienten **verstärken**.
- Gemeinsam mit dem Patienten **realistische Erwartungen** entwickeln, wie das soziale Umfeld (Partner, Kinder, Eltern, Freunde) auf den Suizid des Patienten reagieren wird.
- **Polizei / Ordnungsamt einschalten**, wenn der Patient wenig kooperativ und suizidgefährdet ist.
- Wenn die Polizei einen akut suizidgefährdeten Patienten nicht mitnimmt, rufen wir den diensthabenden Arzt im Gesundheitsamt an und bitten ihn, sofort zu kommen und die Polizei zu überzeugen, dass der Patient wegen akuter Suizidalität eingewiesen werden muss. **Letztlich liegt die Verantwortung für die Einweisung aber bei Polizei / Ordnungsamt**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (9) – Psychisch-Kranken-Gesetz



Wenn ein psychisch kranker Mensch gegen seinen Willen behandelt werden soll, stellt dies im eigentlichen Sinne eine Freiheitsberaubung und Einschränkung der demokratischen Grundrechte des Betroffenen dar. Deswegen muss dieses Vorgehen fundiert begründet und gesetzlich gesichert sein. Geregelt ist dieser Tatbestand auf Länderebene in den Unterbringungsgesetzen bzw. Psychisch-Kranken-Gesetzen.

! Laut dem Psychisch-Kranken-Gesetz müssen drei Dinge zusammentreffen, damit eine Einweisung gegen den Willen des Betroffenen möglich ist: eine **psychische Störung**, eine **Fremd- oder Selbstgefährdung** und die **fehlende Möglichkeit**, die Gefahr anders abzuwehren (z.B. ambulante Behandlung). Eine Fremdgefährdung **ohne** psychische Störung führt zu polizeilicher Übernahme in Gewahrsam, **aber nicht** zur Einweisung in die Psychiatrie.

Soll ein psychisch kranker Mensch wegen Eigen- oder Fremdgefährdung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, willigt er aber in den Behandlungsvorschlag nicht ein, kann die Polizei verständigt werden. Dabei bleibt es der Polizei vorbehalten, die Situation einzuschätzen und die Einweisung durchzuführen oder sie abzulehnen. Die Konsequenzen müssen von der Polizeibehörde getragen werden.

Wird ein Patient gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, hat die Polizei das zuständige Gericht und das zuständige Ordnungsamt **unverzüglich** von der Einlieferung zu verständigen. Der Leiter der Klinik hat in diesem Fall die **sofortige Untersuchung** des Betroffenen zu veranlassen. Ergibt diese, dass die Voraussetzungen des Psychisch-Kranken-Gesetzes nicht vorliegen, darf der Betroffene nicht gegen seinen Willen festgehalten werden.

Sind die Voraussetzungen jedoch erfüllt und die Gefahr lässt sich nicht anders abwenden, muss der behandelnde Facharzt unverzüglich einen schriftlichen **Antrag auf richterliche Anordnung der Unterbringung** beim Amtsgericht stellen und ein **ärztliches Zeugnis vorlegen**, aus dem die psychische Störung und die drohende Gefahr durch den Erkrankten klar hervorgehen. Ein Richter wird dann den Betroffenen und den Therapeuten anhören und über die Notwendigkeit und Dauer der Unterbringung entscheiden. Auch die Entlassung aus der Unterbringung erfolgt per richterlichem Beschluss.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suizidalität (10) – Exkurs: Schuldfähigkeit



Die Aufgabe des forensischen Psychiaters ist die eines medizinischen Sachverständigen, der dem Gericht durch seine Begutachtung bei der Entscheidungsfindung hilft. Begeht z.B. ein Patient während einer schweren manischen Episode eine Straftat, wird vom Richter ein Psychiater bestellt. Dieser verfasst ein schriftliches Gutachten, das im Rahmen des Strafrechts auf folgende Gesichtspunkte eingehen muss:

- Psychischer und somatischer Zustand des Täters zum Untersuchungszeitpunkt.
- Versuch, aus dem Zustand zum Untersuchungszeitpunkt den Zustand zur Zeit der Tat zu schließen.
- Erörterung, ob zum Tatzeitpunkt eine der vier in §20 StGB genannten Zustände (**krankhafte seelische Störung** (z.B. Schizophrenie), **tief greifende Bewusstseinsstörung** (z.B. Delikt im Affekt), **erhebliche Intelligenzminderung**, **schwere andere seelische Abartigkeiten** (z.B. schwere Abhängigkeit von psychotropen Substanzen) vorlag.
- Beurteilung, ob dadurch die Schuldfähigkeit aufgehoben oder erheblich gemindert ist.

Die Beurteilung der Schuldfähigkeit ist der Kern des Gutachtens, weil er über das Strafmaß entscheidet.

Während der Richter über Strafe oder Nichtstrafe entscheidet, muss sich der Psychiater in seinem Gutachten zur vorhandenen oder eingeschränkten Schuldfähigkeit des Beklagten äußern:

- §20 StGB: **Schuldunfähigkeit.** Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.
- §21 StGB: **Verminderte Schuldfähigkeit.** Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in §20 StGB bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach §49 StGB, gemildert werden.
- §323a StGB: **Rauschtat.** (1) Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in einen Rausch versetzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine rechtswidrige Tat begeht, ihretwegen aber nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist. (2) Die Strafe darf nicht schwerer sein als die Strafe die für die im Rausch begangene Tat angedroht ist.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Notfallmanagement – Übersicht



1. Notarzt verständigen
2. Lagerung
   - wie vorgefunden;
   - Rücken flach lagern;
   - Oberkörper hoch lagern;
   - Schocklagerung;
   - stabile Seitenlage
3. Stillung starker Blutungen
4. Venöser Zugang

* Rascher Wechsel von katatonem Stupor und Bewegungssturm, hohes Fieber und Herzrhythmusstörungen (wegen Elektrolytverschiebungen).

** Ruhelosigkeit, rasche unwillkürliche Muskelzuckungen, gesteigerte Reflexbereitschaft, Schwitzen, Schüttelfrost und Tremor.

- Atemstörungen (Ateminsuffizienz (z.B. Asthma), Atemstillstand)
- Kreislaufstörungen (kardial z.B. Angina pectoris, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen; extrakardial z.B. PAVK, hypertensive Krise, Apoplex)
- Anaphylaktischer Schock
- Bewusstseinsstörungen (z.B. bei Epilepsie, respiratorischer Krampf)
- Stoffwechselentgleisungen (Hypo-/Hyperglukämie, thyreotoxische Krise, Entgleisung des Nierenstoffwechsels, Exsikkose)
- Augenheilkunde (akuter Verschluss der Zentralarterie, Arteriitis temporalis, Netzhautablösung, Glaukomanfall)
- HNO-Erkrankungen (Hörsturz, akute Mittelohrentzündung, Nasenbluten)
- Bauchschmerzen (Gallensteinkolik, Gallenblasenentzündung, Magenulcus, akute Pankreatitis, Appendizitis, Morbus Crohn, Divertikulitis, Leistenbruch, Hodentorsion, Blasenentzündung, Harnverhalt)
- Thoraxschmerzen (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Myokarditis, hypertensive Krise, Lungembolie, Pneumonie, Pleuritis, Spontanpneumothorax, Herpes zoster, Broken-Heart-Syndrom)
- Kopfschmerzen (hämorrhagischer Insult (Gefäßruptur), Glaukomanfall, Epidural- / Subduralhämatom, Subarachnoidalblutung, hypertensive Krise, Hirntumor, Liquorabflussstörung)
- Rückenschmerzen (Fraktur eines Wirbelkörpers, Diskusprolaps)
- Extremitätenschmerzen (Kniegelenkserguss, tiefe Beinvenenthrombose, akute PAVK = periphere arterielle Verschlusskrankheit)
- Psychiatrische Notfälle (Panikattacke, Alkohol- und Narkosedelir, akute Psychose mit produktivem Wahn, Elektrolytverschiebung bei Flüssigkeitsverlust (Gebrauch von Abführmitteln, Erbrechen), Stupor / perniziöse Katatonie*, Serotonin-Syndrom**, Status epilepticus, Intoxikation, schwere Anorexie, Suizidalität, Wernicke-Enzephalopathie)
- Anzeichen häuslicher oder schulischer Gewalt (DD: Petechien, Blässe, Schwäche, Müdigkeit, Atemnot bei Leukämie)

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (1) – Definition und Therapieverfahren



Die **Psychotherapie** ist die Behandlung von psychischen oder körperlichen Leiden mithilfe psychologischer Mittel, also ohne Einsatz von Medikamenten. Sie kann verbal oder nonverbal erfolgen. Ziel der Psychotherapie ist es, **Leiden zu lindern**, **Denkmuster und Verhaltensweisen positiv zu verändern** oder die **Persönlichkeitsstruktur günstig zu beeinflussen**. Es gibt eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben und deren wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis sehr unterschiedlich ausfällt oder teilweise auch fehlt.

Psychotherapeutische Interventionen sind von der eigentlichen Psychotherapie abzugrenzen, weil sie nur einzelne Aspekte der Therapie aufgreifen und zur Bearbeitung eines begrenzten Problembereichs eingesetzt werden, wie z.B. die **Suizidprävention** in einer Beratungsstelle oder **psychoedukative Elemente** bei der Erläuterung von Krankheitskonzepten.

Nicht jedes Gespräch mit einem Therapeuten ist Psychotherapie! Eine Psychotherapie ist eine **klar definierte** und **strukturierte Behandlungsform**, die das Einverständnis des Klienten voraussetzt und eine entsprechende Ausbildung vom Therapeuten verlangt. Die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Fähigkeit, sich in den Klienten einzufühlen und die Probleme des Klienten zu verstehen und zu benennen, sowie seine fachliche Kompetenz, Lösungen für die Konflikte zu finden, können ein wesentlicher psychotherapeutischer Beitrags sein, stellen für sich aber keine Psychotherapie dar.

Beispiele für Therapieverfahren:

- **Psychodynamische / psychoanalytische Therapien**: nach Freud, Jung, Adler, Fokaltherapie.
- **Kognitiv-behaviorale Therapien**: Kognitive Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining.
- **Interpersonale / systemische Therapien**: Systemische Psychotherapie / Familientherapie / Paartherapie.
- **Humanistische Therapien**: Gestalttherapie, Psychodrama, Hypnotherapie, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
- **Kreative / körperorientierte Therapien**: Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, autogenes Training, Yoga.
- **Traumatherapie**: Somatic Experiencing (SE®), SOMA®, Ego-State-Therapie u.a.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (2) – Voraussetzungen



Um einen Erfolg mittels Psychotherapie zu erzielen, müssen bestimmte **Voraussetzungen** erfüllt sein, die Therapeuten und Klienten betreffen. Sie müssen über folgende Eigenschaften verfügen:

- **Klient**: Motivation zur Therapie, subjektiver Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit, Fähigkeit zur kritischen Selbstprüfung, Konfliktfähigkeit und Ausdauer, Beziehungsfähigkeit.

  Klienten, denen die **Einsichtsfähigkeit** fehlt oder die nicht in der Lage sind, eigenes Verhalten zu **reflektieren**, können Konflikte nicht bearbeiten bzw. ihr Verhalten entsprechend anpassen oder verändern. Wenn sie nicht ein Mindestmaß an **Ausdauer**, **Konflikt- und Beziehungsfähigkeit** besitzen, werden sie vorzeitig die Therapie abbrechen und von den in der Therapie aktualisierten Konflikten nicht profitieren. Darum kann Psychotherapie z.B. bei Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörungen unmöglich sein.
- **Therapeut**: Beherrschen der Techniken der Gesprächsführung, Empathie, Echtheit, emotionale Wärme, fachliche Kompetenz.

Psychotherapie kann nur **wirken**, wenn eine **vertrauensvolle** und **tragfähige** Therapeut- Klient-Beziehung besteht. Der Klient muss sich von seinem Therapeuten angenommen und verstanden fühlen. Die **Wertschätzung**, das **Zuhören** und das **Einfühlungsvermögen** (Empathie) des Therapeuten sind Voraussetzung, dass der Klient für ihn auch unangenehme oder schmerzliche Erfahrungen berichten und eigene Schwächen ansprechen kann. Kritische Situationen oder die Wiederbelebung von Konflikten in der Therapie können nur dann überstanden und sinnvoll bearbeitet werden, wenn die **Tragfähigkeit der Beziehung** ausgebildet ist. Sonst besteht die Gefahr, dass der Klient die Therapie abbricht und sich die Symptome verschlechtern. Wichtig für den Therapeuten ist es, die **Machbarkeit der Therapie** im Auge zu haben und die **Grenzen des Klienten**, aber auch **eigene Unzulänglichkeiten** zu beachten.

Unerlässliche Grundlage einer professionellen Psychotherapie ist das **Fachwissen** über die **psychischen Störungen**, deren **Ursachen** und **Behandlungsmöglichkeiten**. Regelmäßige Supervision und Selbstreflexion sind dabei selbstverständliche Voraussetzung, um Schaden von den Klienten abzuwenden. Zwischen Klient und Therapeut sollte eine **Zielvereinbarung** erarbeitet werden, die Ziele und die Dauer der Therapie festgelegt. Dabei sollte vor allem auf realistische Ziele geachtet werden. Bei einem Patienten mit Panikstörung könnte das Therapieziel z.B. heißen, „ich kann wieder angstfrei U-Bahn fahren“ anstatt „ich werde alle meine Ängste los“. Der Klient sollte dabei in alle Entscheidungen der Behandlung aktiv einbezogen werden, um seine **Eigenverantwortlichkeit** zu stärken und die Therapie **transparent** zu gestalten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (3) – Wirksamkeit



Der HPP muss über folgende Punkte informiert sein, bevor er psychotherapeutisch tätig wird:

1. Er darf nur ausgewählte Störungsbilder behandeln.
2. Er muss sich vor der Psychotherapie von der Güte der Diagnose überzeugen bzw. die Diagnose von einem Facharzt absichern lassen.
3. In kritischen Situationen (z.B. Suizidgefährdung) muss er kompetente Hilfe holen bzw. den Patienten der entsprechenden Therapie zuführen.
4. Er trägt die Verantwortung für die kompetente Durchführung der Therapie und sollte regelmäßig Supervision nutzen.

Eine nicht professionell und kompetent durchgeführte Psychotherapie kann dem Patienten schwer schaden!

Ob und wann Psychotherapie wirksam ist, war und ist Bestandteil der Forschung. Dabei haben **Klaus Grawe und Kollegen** 1994 allgemeine Wirkfaktoren gefunden, die in den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zum Einsatz kommen und den Erfolg der Therapie bestimmen:

- **Klärung** bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten hilft, die Zusammenhänge zwischen seinen **Beschwerden**, seinem **Verhalten** und seinen **Gefühlen** besser zu verstehen.
- Bei der **Bewältigung** wird dem Klienten das **Handwerkszeug** vermittelt, mit dem er seine Probleme besser lösen kann. Dazu gehören z.B. soziales Kompetenztraining, Entspannungsverfahren oder Problemlösestrategien.
- Die Psychotherapie soll ein Raum sein, in dem der Klient unbewusste **Probleme** und Konflikte **aktualisieren** kann, d.h. sie werden für ihn **erfahrbar und wahrnehmbar** gemacht. Dieser Prozess ist in der Regel mit unangenehmen Gefühlen verbunden und erfordert fachliches Geschick vom Therapeuten, damit der Klient von der Auseinandersetzung mit seinen Problemen profitieren und neue Lösungswege entdecken kann.
- In der Psychotherapie werden aber auch **Ressourcen**, also Fähigkeiten und Stärken der Klienten, benannt und gefördert. Dadurch steigt das **Selbstvertrauen** und der Klient wird motiviert, **Verantwortung** für sein eigenes Handeln zu übernehmen und Probleme zu lösen. Er erlebt sich dabei nicht nur als krank oder defizitär, sondern nimmt seine Fertigkeiten bewusst wahr.
- Die therapeutische **Beziehung** ist ein entscheidendes Kriterium für die Wirksamkeit der Therapie. Selbst ein gutes Therapieprogramm kann nicht wirken, wenn der Therapeut nicht über die oben genannten Qualitäten, wie **emotionale Wärme**, **Akzeptanz** und **Offenheit** verfügt.

Der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis ist nur für sehr wenige Psychotherapieverfahren erbracht worden und nur diese Verfahren sind so genannte anerkannte Verfahren, d.h. die Kosten der Therapie werden nach Prüfung von den Krankenkassen übernommen, wenn die Therapie von einem ärztlichen Psychotherapeuten oder approbierten psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Dazu gehören die **Verhaltenstherapie**, die **Psychoanalyse**, die **tiefenpsychologisch** fundierte Psychotherapie, die **Gesprächspsychotherapie** (wiss. anerkannt, keine Approbation möglich) und die **systemische Therapie** (wiss. anerkannt seit 2008, Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz seit 2016). Während die Gesprächspsychotherapie im ambulanten Bereich nicht als Richtlinienverfahren gilt, wird sie stationär (Krankenhäuser, REHA-Einrichtungen) übernommen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (4) – Psychoanalytische Therapie



Die **psychoanalytische Therapie** geht von der Idee aus, das **unbewusste Persönlichkeitsanteile** das Verhalten und Erleben bestimmen. Die unbewussten Persönlichkeitsanteile sind also psychodynamisch wirksam und können in der Interaktion von Therapeut und Klient aufgedeckt werden. Die klassische Form der psychoanalytischen Therapie ist die Psychoanalyse. Aus der **Psychoanalyse** entwickelte sich, nicht zuletzt aus Kostendruck des Gesundheitssystems, eine modifizierte, weniger zeitintensive tiefenpsychologisch orientierte Therapie. Beide Verfahren sind psychodynamische bzw. aufdeckende Therapieformen.

Die Psychoanalyse wurde von Siegmund Freud zwischen 1890 und 1939 auf der Grundlage seiner Behandlung von hysterischen Erkrankungen in Wien entwickelt. Angeregt von Arbeiten Charcots, der die Hysterie mit Hypnose behandelte, ermunterte er seine hysterischen Patientinnen spontan alle Wünsche, Gedanken, Erinnerungen, Phantasien und Träume mitzuteilen, die sie beschäftigten. Er versuchte so, die Frauen mit ihren spezifischen Problemen zu verstehen und entwickelte seine Neurosenlehre, ein Modell zum Verständnis der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen. Im therapeutischen Prozess wird der Therapeut dazu angehalten, sich emphatisch retrospektiv auf die innere Erlebniswelt des Klienten zu konzentrieren und in einem nächsten Schritt mittels Übertragungsphänomene das Mitgeteilte zu deuten.

Die Psychoanalyse wurde in den Jahren nach Freuds Tod vielfach weiterentwickelt und modifiziert. Sie ist Grundlage für verschiedene Therapieschulen. Zum Verständnis der Psychoanalyse sind das **Phasenmodell der kindlichen Entwicklung**, das **Instanzenmodell** sowie das **Modell von den Abwehrmechanismen** von Bedeutung.

Die **Libido** (Sexualtrieb) umfasst alle psychischen Regungen und ist eng mit dem Unbewussten verbunden. In den späteren freudschen Werken wird die Libido als **Lebenskraft** oder **lebensbejahende Energie** verstanden. Die durch die Libido bedingten Gefühle und Impulse **streben nach unverzüglicher Befriedigung**. Im Laufe der psychosexuellen Entwicklung stehen unterschiedliche körperliche Bereiche im Mittelpunkt der Lust und Befriedigung. Erst bei einer abgeschlossenen ungestörten psychosexuellen Entwicklung findet die Libido ihren Ausdruck in der Sexualität mit genitaler Befriedigung in Vereinigung mit einem anderen Menschen. Bis zu diesem Zeitpunkt werden verschiedene Entwicklungsstadien durchlaufen. Störungen können in jeder Entwicklungsphase auftreten. In der Sprache der Entwicklungspsychologie heißt es, dass die Phase „nicht gelungen“ bewältigt werden konnte. Entwicklungsschritte können dann auf einer bestimmten Stufe „fixiert“ werden d.h. in späteren Krisensituationen fällt die betroffene Person wieder auf eine frühere Entwicklungsstufe mit den dazugehörigen Verhaltensmustern zurück (**Regression**).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (5) – Psychoanalytische Therapie – Entwicklungsphasen

Entwicklungsphase (Alter)	Charakteristika	Kriterien einer gelungenen Entwicklung	Mögliche Störungsbilder
Orale Phase (0 – 1,5 Jahre)	Lustvolles Empfinden beim Saugen an der mütterlichen Brust sowie der Nahrungsaufnahme	**Bildung von Urvertrauen**	Dysthymie (neurotische Depression), Angst- und Kontaktstörung, Persönlichkeitsstörung
Anale Phase (1,5 – 3 Jahre)	Lustvolles Erleben der Ausscheidungsfunktionen und der eigenen Kontrolle über diese; Lust an der Selbstbestimmung	**Erlernen von Fremd- und Selbstbestimmung**, **Integration einander widerstrebender Gefühle**	Zwangsstörung, Angststörung, zwanghafte oder abhängige Persönlichkeitsstörung
Phallische (ödipale) Phase (4 – 6 Jahre)	Lustvolles Erleben der eigenen Geschlechtsorgane, Wahrnehmung der Geschlechtsunterschiede, Werben und Konkurrenz	**Erleben der sexuellen Unterschiede, sexuelle Identifikation**	Sexualstörung, Phobie, Konversionsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung
Latenzphase (6 – 12 Jahre)	Lustvolles Interesse am Geschlechtlichen nimmt zugunsten der Aufmerksamkeit für die soziale Umwelt und die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten ab	**Ausbildung des ICH und des ÜBER-ICH**	Kontaktstörung, Konzentrations- und Leistungsschwäche, autistische und autoaggressive Entwicklung und Abweichung
Genitale Phase (Pubertät) (ab 12 Jahre)	Selbstfindung durch Abgrenzung gegenüber der Welt der Erwachsenen, verstärkte Identifikation mit der eigenen Sexualität	**Autonomie, weitere Ausbildung der Identität**	Störung der Geschlechtsidentität bzw. Ich-Identität, Störung der Sexualpräferenz

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (6) – Psychoanalytische Therapie – Instanzenmodell

Freud ging davon aus, dass es drei intrapsychische Instanzen gibt, die das Denken und Handeln einer Person bestimmen. Ihr Zusammenspiel wird als Psychodynamik bezeichnet. Dass **ES** stellt dabei die Struktur der Persönlichkeit dar, die durch unbewusste Triebe, Impulse und Bedürfnisse gesteuert wird. Das **ÜBER-ICH** bildet sich mit der moralischen Entwicklung des Menschen aus und ist geprägt durch rechtliche Normen, Regeln und Verbote. Es ist die moralische Instanz des Menschen und bestimmt dessen Wertvorstellungen. Das **ICH** ist die vermittelnde Instanz. Sie versucht die widerstrebenden Motivation von **ES** und **ÜBER-ICH** in Einklang zu bringen und an die äußeren Bedingungen anzugleichen.
Die Instanzen stehen über das **ICH** in enger Beziehung und beeinflussen das Handeln eines jeden Menschen. Folglich wird eine Integrationsleistung gefordert, damit die Konflikte zwischen den Instanzen und der Außenwelt nicht zu psychischen Störungen führen. **Abwehrmechanismen** sind Reaktionen, die helfen, Konflikte, die sich aus der Diskrepanz zwischen Triebregungen und Wünschen sowie Geboten und Verboten ergeben, zu neutralisieren.

Instanz	Inhalt	Wahrnehmung	Zugehörige Begriffe
ES	Triebhaftes Denken (ererbte Triebe und Instinkte)	Meist unbewusst	Lust-Unlust-Prinzip: Triebe, Impulse, Instinkte, Strebungen, Bedürfnisse
ICH	Logisches, realistisches Denken	Meist bewusst	Realitätsprinzip: Wahrnehmung, Reflexion, Entscheidung, Verhalten
ÜBER-ICH	Verbote, Normen und Regeln (erworbenes Gewissen)	Unbewusst und bewusst	Moralitätsprinzip: Soziale Normen, Gewissen, Regeln

Viele der im laufenden lebensgeschichtlichen Entwicklung entstehenden Konflikte sind nur dadurch zu lösen, dass **Unlustgefühle** in Kauf genommen werden. Viele Menschen sind hierzu jedoch nicht in der Lage. In den ersten Jahren der Entwicklung ist es für Kinder zunächst nicht möglich, bewusst auf die Befriedigung zu verzichten und die damit verbundene Unlust in Kauf zu nehmen. Stattdessen wählen Sie die Befriedigung, müssen dabei aber häufig ein schlechtes Gewissen in Kauf nehmen. Um Unlustgefühlen auszuweichen, verdrängt das **ICH** den Konflikt ins **Unbewusste**. Das ungelöste Problem und die damit verbundenen Unlustgefühle scheinen nicht mehr vorhanden zu sein, die Psyche wird zunächst entlastet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (6) – Psychoanalytische Therapie – Abwehrmechanismen

Folgende Abwehrmechanismen werden beschrieben:

- **Verdrängung** (**Verleugnung**): Nach klassischer Vorstellung werden affektbesetzte Konflikte, Gedanken oder Triebimpulse aus dem Bewusstsein verdrängt oder verleugnet (Vogel-Strauß-Technik).
- **Projektion**: die Schwachstellen, die jemand an sich nicht akzeptieren kann, wenn einer anderen Person zugeschrieben bzw. vergleichbar ein Diaprojektor auf andere projiziert und an ihnen kritisiert.
- **Introjektion** (**Identifikation**): Die Introjektion kann als Gegenteil der Projektion gesehen werden. Bei der Introjektion werden Eigenschaften einer anderen Person übernommen, um eigene unerwünschte Triebe und Bedürfnisse abzuwehren. Die Introjektion kann so weit gehen, dass jemand sich wie diese Person bewegt, wie sie denkt und spricht, ihre Wertvorstellungen übernimmt, dieselbe Gestik und Mimik an den Tag legt.
- **Reaktionsbildung**: Werden nicht akzeptierte Erlebnisinhalte ins Gegenteil verkehrt und damit kompensiert, spricht man von Reaktionsbildung. Statt Hass entsteht Mitleid oder Freundlichkeit. Und Faulheit zu kompensieren, wird übertriebene Geschäftigkeit an den Tag gelegt.
- **Regression** entspricht der Rückkehr zu unreifen, frühkindlichen Verhaltensweisen. Dadurch wird der Betroffene seiner Verantwortung oder Entscheidung enthoben.
- **Verschiebung**: Werden Triebspannungen an Objekten abreagiert, wenn die Bedürfnisbefriedigung am eigentlichen Objekt nicht möglich ist, weil es sozial nicht akzeptiert, zu gefährlich oder nicht erreichbar ist, spricht man von Verschiebung.
- **Affektisolierung** (**Abspaltung**): Bei der Affektisolierung werden unangenehme oder unerwünschte Gefühle vom Erlebten getrennt. Die zusammengehörenden Inhalte werden nur noch rational wiedergegeben.
- **Sublimierung** ist die Befriedigung triebhafter Bedürfnisse durch gesellschaftlich anerkannte Handlungen. Sozial weniger akzeptierte Regungen werden damit in sozial höherwertige Ziele umgewandelt.
- **Rationalisierung** ist die nachträgliche verstandesmäßige Begründung eines emotional schmerzhaften Lebens.
- **Konversion**: Bei der Konversion findet ein nicht gelöster Konflikt einen körperlichen Ausdruck.

Nach Adler gibt es einen weiteren Abwehrmechanismus, die **Kompensation**. Dabei werden unangenehme Empfindungen oder Vorstellungen durch ein bestimmtes Verhalten abgewehrt. Ein kleingewachsener Mann kompensiert seinen vermeintlichen körperlichen Mangel durch elegante Kleidung und übertriebenen Ehrgeiz im Beruf.
Abwehrmechanismen sind nicht grundsätzlich pathologisch! Sie stellen Strategien da, um intrapsychische Konflikte zu bewältigen. Gerade die **Sublimierung** spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Kultur und die Fähigkeit zur **Identifikation** ist ein wichtiger Bestandteil der normalen Entwicklung des Kindes. Ob ein Abwehrmechanismus als krankheitsbedingt eingestuft werden muss, kann nur individuell geklärt werden. Entscheidend ist, ob der Abwehrmechanismus dem Entwicklungsstand des Individuums angemessen ist oder ein Erwachsener z.B. auf eine infantile Lösungsstrategie zurückgreift, bei der die Abwehr misslingt und sich Symptome einer Neurose ausbilden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (7) – Psychoanalytische Therapie – Krankheitskonzept



Aus psychoanalytischer Sicht werden als Ursachen für die Entstehung neurotischer Störungen unbewusste und **ungelöste frühkindliche Konflikte** gesehen, die durch aktuelle, traumatische Ereignisse wieder aufleben und zu krankhaftem Erleben und Verhalten führen können (**Neurosenlehre**). Konflikte entstehen, wenn Regungen und Wünsche der verschiedenen Instanzen der Persönlichkeit sich widerstreben. Tritt ein solcher Konflikt in einer bestimmten Phase der frühkindlichen Entwicklung auf und können die sich widerstrebenden Intentionen nicht in Einklang gebracht werden, so dass der Konflikt nicht sinnvoll bewältigt wird, entsteht **Angst**, die durch verschiedene **Abwehrmechanismen** neutralisiert werden kann. Die Entwicklungsphase ist damit „nicht gelungen“ bzw. es findet eine „**Fixierung**“ auf der entsprechenden Entwicklungsstufe statt. Wird der Konflikt zu einem späteren Lebenszeitpunkt durch äußere Bedingungen erneut aktualisiert, kann der Betroffene **regredieren**, und die infantilen Denk- und Verhaltensmuster annehmen, die in der gestörten Entwicklungsphase vorherrschten. Der Konflikt ist demnach nicht angemessen bewältigt und bringt **neurotische Symptome** hervor.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (8) – Psychoanalytische Therapie – Therapieprinzipien



Indikationsschwerpunkt der Psychoanalyse sind die Angststörungen, die Dysthymia, die Anpassungs- und somatoformen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Inhaltlich sollen vor allem Nähe-Distanz-Konflikte bzw. Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte bearbeitet werden.

Bei **akuten schweren Depressionen** und **schizophrenen Störungen** ist die psychodynamische Therapie kontraindiziert, weil sie aufgrund ihres aufdeckenden Charakters eine **Verschlechterung der Symptomatik** bis hin zum Suizid bewirken kann.

Als Grundregel für den Therapeuten gilt die **Abstinenzregel**. Er pflegt keine persönlichen Kontakte zu seinen Klienten und dessen Bezugspersonen. Er gibt keine Informationen über die eigene Person, persönliche Erlebnisse oder eigene Probleme weiter. Er ist nicht verführerisch. Er ist vielmehr eine Leinwand, auf die der Patient seine Gefühle, Wünsche und Sehnsüchte projizieren kann, die der Therapeut mit ihm beleuchtet und analysiert.

Gleich schwebende Aufmerksamkeit: Der Therapeut wendet sich dem Klienten aufmerksam zu, enthält sich eigener Meinungsäußerungen und bleibt seinem Klienten gegenüber wertneutral.

Freie Assoziation: Der Klient soll alles aussprechen dürfen, was ihm spontan einfällt, auch Dinge, die ihm unlogisch, nicht zur Sache gehörend oder unwichtig erscheinen. Dadurch sollen verstärkt Impulse des **ES** angeregt werden, die dem Analytiker das Material für seine Deutungsarbeit liefern. Ziel ist es, die Regression des Klienten zu verstärken. Dabei sollen unbewusste, in der Kindheit erworbene Anteile zum Vorschein gebracht werden, sodass eine Übertragung möglich wird.

Die **Übertragung** ist das therapeutische Mittel, bei dem frühkindliche Erlebnisse und Traumata in der Interaktion zwischen Klient und Therapeut sichtbar werden. In der Übertragung werden unbewusste kindliche Gefühle und Wünsche gegenüber primären Bezugspersonen wieder belebt und auf den Analytiker übertragen. Der Therapeut kann dem Klienten helfen, die verdrängten Gefühle zu erkennen und zu bearbeiten. Wichtig ist, dass sich der Therapeut seiner eigenen neurotischen Konflikte bewusst ist, damit er sich nicht in die Problematik des Patienten hineinziehen lässt und mit einer Gegenübertragung reagiert.

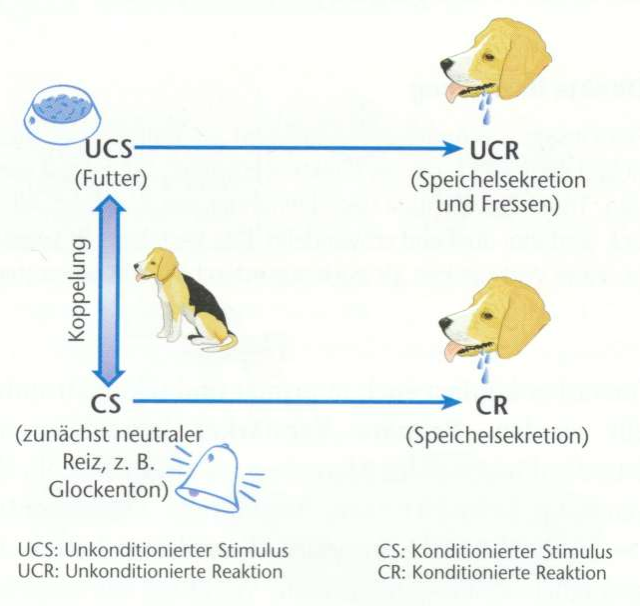
Werden durch das Verhalten des Klienten Gefühle und konflikthafte Impulse im Therapeuten wachgerufen, spricht man von **Gegenübertragung**. Auch sie kann im Rahmen einer Supervision Teil der Therapiearbeit sein und dem Therapeuten Erkenntnisse über die Art der Konflikte seines Patienten liefern.

Im Therapieprozess werden Konflikte reaktiviert, die oft mit unangenehmen Empfindungen verbunden sind. Das kann zur Verunsicherung des Klienten führen. Der Klient kann **Widerstand** gegen die Aufdeckung der Konflikte leisten. Dieser kann den Therapieprozess behindern. Beispiele: Aggressionen gegenüber dem Therapeuten, Vergessen von Terminen, Zuspätkommen, Schweigen und Missverstehen des Therapeuten.

Interventionstechniken: Im ersten Schritt werden die entscheidenden Inhalte des Konflikts aufgedeckt (**Klarifizierung**), dann deutet der Therapeut die Inhalte des Konflikts, die Übertragungssituation, und erarbeitet einen Zusammenhang zwischen den Symptomen und dem Konflikt (**Interpretation**). Mit diesen Interpretationen konfrontiert er dann den Klienten (**Konfrontation**), der diese Informationen verarbeitet und in sein Selbstbild zu integrieren versucht (**Durcharbeiten**).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (9) – Verhaltenstherapie – Grundlagen (1)



Die Verhaltenstherapie (VT) geht davon aus, dass Krankheitssymptome Zeichen von **erlerntem Fehlverhalten** sind. Die fehlerhaften Verhaltensmuster, die meistens schon in der frühen Kindheit erlernt wurden, können somit durch neue Lernprozesse auch wieder verändert werden.

Grundlegende Prinzipien, die das menschliche Verhalten aus lerntheoretischer Sicht steuern, sind die **klassische** und die **operante Konditionierung** sowie das **Modelllernen**. In der weiteren Entwicklung der VT gewannen auch innerpsychische Prozesse an Bedeutung und die **Kognitionen** fand Eingang in die Entstehungsmodelle von Verhalten.

Klassische Konditionierung (KK): Pawlow (1849-1936) beobachtete, wie ein Hund beim Anblick von **Futter** (unbedingter Reiz) mit vermehrtem **Speichelfluss** (unbedingte Reaktion) reagierte. Ertönte gleichzeitig zum Darbieten des Futters eine **Glocke** (neutraler Reiz), löste allein der **Glockenton** (bedingter Reiz) nach einiger Zeit den **Speichelfluss** (bedingte Reaktion) aus, ohne dass das Futter bereitgestellt werden musste. Der neutrale Reiz ist also zum bedingten oder konditionierten Reiz geworden und löst die konditionierte Reaktion aus. Allerdings verflacht diese **KK** wieder, bietet man dem Hund über längere Zeit nur die Glocke **oder** das Futter. Man nennt dies **Extinktion** (Löschung). Wird der Speichelfluss auch durch andere glockenähnliche Reize (z.B. eine Fahrradklingel) ausgelöst, nennt man dies **Reizgeneralisierung**. Wenn der Hund merkt, dass er nur beim Klang der Glocken mit Futter belohnt wird, werden seine Drüsen nur dann Speichel absondern, nicht aber beim Klang eines anderen glockenähnlichen Instruments. In diesem Fall sprechen wir von **Reizdiskriminierung** (Reizunterscheidung).

Tanzbären: Um Bären für eine Zirkusvorführung zum Tanzen zu bringen, zwang man die Tiere, sich auf eine heiße Metallplatte zu stellen gleichzeitig spielte man eine bestimmte Musik. Um den Schmerz auszuweichen begannen die Bären zu tanzen nach einiger Zeit kam es zu der Koppelung von heiß und Musik und Schmerz. Die Bären tanzen dann schnell auch ohne heiße Platte.

Little Albert: John Watson ließ ein elf Monate alten Jungen namens Albert mit einer weißen Ratte in einem Zimmer allein. Ohne Furcht kroch der junge auf das Tier zu, doch jedes Mal wenn er in die Nähe der Ratte kam, wurde er durch einen lauten Knall erschreckt. Albert fing an zu weinen und reagiert nach kurzer Zeit auf den Anblick der weißen Ratte mit Angst. Aber auch Kaninchen, ein Pelzmantel oder ein Mann mit langem Bart lösten beim Kind eine Angstreaktion aus (Reizgeneralisierung).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (10) – Verhaltenstherapie – Grundlagen (2)



Operantes Konditionieren (OK): Die Auftretenshäufigkeit eines Verhaltens wird durch Belohnung oder Bestrafung beeinflusst. Diesen Zusammenhang stellte Skinner (1904-1990) in den Mittelpunkt seiner Theorie. Das Verhalten wird also wesentlich von seinen Konsequenzen bestimmt. Bei dieser Art von Konditionierung kommt es nicht zu einer *zufälligen* Koppelung zweier Reize, vielmehr wird ein bestimmtes Verhalten bewusst verstärkt (Belohnungslernen). Verstärker sind Reize, die die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens erhöhen:

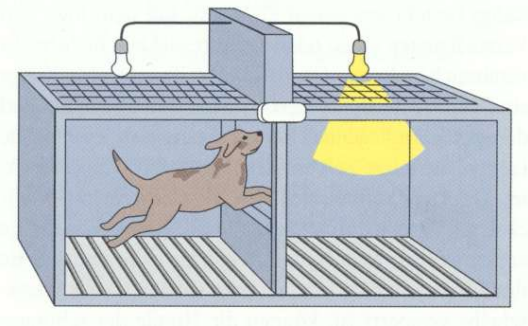
- **Positive Verstärkung**: ein Verhalten kann dadurch verstärkt werden, dass unmittelbar angenehme Reize (z.B. Lob) angeboten werden.
- **Negative Verstärkung**: Ein Verhalten kann dadurch verstärkt werden, dass ein unangenehmer Reiz (z.B. Schmerz) vermindert wird oder wegfällt, z.B. wird der Konsum von Schmerztabletten durch das Nachlassen des Schmerzes negativ verstärkt.
- **Indirekte Bestrafung**: Fällt ein positiver Verstärker nach einem Verhalten weg, führt dies ebenfalls zu einer Abnahme des Verhaltens, z.B. erhält ein Patient mit einer somatoformen Schmerzstörung beim Äußern schmerzhafter Beschwerden keine Zuwendung mehr vom Pflegepersonal.
- **Direkte Bestrafung**: Folgen unangenehme Reize auf ein Verhalten, kommt es zur Abnahme des Verhaltens. Eine solche Bestrafung führt aber meist nur zur kurzzeitigen Verhaltensänderung. Wird ein unerwünschtes Verhalten mit Kritik oder Gewalt bestraft, wird es zwar zunächst nicht mehr gezeigt. Bei Wegfall der Strafe wird das Verhalten aber wieder auftreten. Eine direkte Bestrafung führt also nicht zur Löschung

Um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, muss die Belohnung (Verstärkung) unmittelbar auf das erwünschte Verhaltens erfolgen.

Modelllernen: Die lerntheoretischen Konzepte, die sich allein auf das sichtbare Verhalten bezogen, stießen schnell an ihre Grenzen. Bandura (*1925) stellte andere Aspekte des Lernens in den Vordergrund seiner Untersuchung, nämlich das soziale Lernen, und entwickelte das Konzept des Modelllernens. Allein die **Beobachtung von Vorbildern** (z.B. Bezugspersonen, Gleichaltrige) und deren Verhaltensweisen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Verhaltensmuster von Kindern und Jugendlichen. Kinder, die ihre Eltern beim Kochen beobachten, spielen die gleiche Situation gerne in ihrer Puppenküche nach und imitieren dabei ist die, Mimik und Aussagen der Eltern.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (11) – Verhaltenstherapie – Grundlagen (3)



Kognitionen: In den siebziger Jahren wurde die Lernpsychologie entscheidend erweitert. Verhalten wurde nicht mehr allein als Reaktion auf äußere Reize gesehen, sondern wurde als Zusammenspiel von innerpsychischen Prozessen und Reaktionen auf die Umwelt bedeutet. Wie das Individuum auf äußere Faktoren reagiert, hängt von seiner individuellen Wahrnehmung, Speicherung und Verarbeitung von Informationen ab. Diese Prozesse werden als **kognitive Prozesse** bezeichnet. Sie sind bestimmend für die Gefühle, die Motivation und die Motorik eines Menschen. **Irrationale Überzeugungen** (Ellis) und bestimmte typische **Denkinhalte** (Beck) sind dabei entscheidend für die Entstehung psychischer Störungen (z.B. Depression). Zum Verständnis der verhaltenstherapeutischen Interventionen sind weitere lerntheoretische Begriffe von Bedeutung (siehe auch die Folgeseite):

Erlernte Hilflosigkeit: Seligman (*1942) entwickelte ein Konzept zum Verständnis der Depression, das auf Experimenten fußt. Er setzte **Hunde** in einem sog. **Pendelkäfig**. Der Boden eines solchen Käfigs besteht aus einem Eisenrost, mit dem man den Versuchstieren einen oder mehrere elektrische Schocks verabreichen kann. Die zwei Abteilungen des Käfigs sind durch eine kleine Hürde voneinander getrennt. Auf der gegenüberliegenden Seite befindet sich jeweils eine Lampe, die kurze Zeit vor dem Elektroschock aufleuchtet. Die Tiere können sich also rechtzeitig beim Aufblinken der Lampe durch Sprung in die andere Käfighälfte vor dem Schmerz retten. Wenn auch die andere Seite des Käfigs unter Strom steht oder sie durch eine Trennscheibe versperrt ist, können die Hunde der schmerzhaften Belastung nicht entkommen. Auf das Fehlen der Rückzugsmöglichkeit laufen sie zunächst heulend umher und legen sich dann jammernd und ohne Gegenwehr in eine Ecke, um den schmerzhaften Schock über sich ergehen zu lassen. Sie haben gelernt, dass sie hilflos sind. Erfahrene **Menschen**, dass sie durch ihr Verhalten unangenehme Situation nicht beeinflussen und kontrollieren können, entsteht eine **Hilflosigkeit**, der sie sich ausgeliefert fühlen. Die Vorstellung, dass andere Menschen die Situation sehr wohl meistern können, verstärkt ein **Gefühl des eigenen Versagens**. Das Selbstwertgefühl sinkt, das Schuldgefühl nimmt zu und der Entwicklung einer Depression wird Vorschub geleistet.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (12) – Verhaltenstherapie – Grundlagen (4)

Lerntheoretischer Begriff	Erklärung	Beispiel
Kontinuierliche Verstärkung	Jedes Auftreten des gewünschten Verhaltens wird verstärkt.	Jedes Mal, wenn ein Kleinkind die Toilette benutzt und nicht in die Windel macht, erhält es einen Aufkleber.
Intermittierende Verstärkung	Das gewünschte Verhalten wird nur unregelmäßig verstärkt. Der Lernvorgang dauert länger, das Gelernte ist jedoch löschungsresistenter als bei kontinuierlicher Verstärkung.	Ein Kleinkind, dass das Handy seines Vaters zum Spielen will, schreit und tobt, um es zu erhalten. Obwohl der Vater es eigentlich nicht gutheißt, gibt er ihm das Handy gelegentlich, um das Theater zu unterbrechen. Das Kind lernt, mit Toben und Schreien erhalte ich häufig das Handy, also setzt es das Verhalten fort.
Habituation (Gewöhnung)	Ein zunächst neuartiger Reiz löst nach mehrfacher Darbietung keine Reaktion aus.	Ein Lehrer, der sich das Gehör und den Respekt im Unterricht durch Schreien zu verschaffen sucht, wird bald nicht mehr wahrgenommen.
Adaptation (Anpassung)	Ein Dauerreiz führt zu einer Abschwächung der Reaktion.	Eine Familie, die in ein neues Haus gezogen ist, an der die S-Bahn direkt vorbeifährt, beklagt sich über den starken Lärm. Mit der Zeit reagiert sie gar nicht mehr auf die vorbeifahrenden Züge, sie nimmt sie nicht mehr wahr.
Kontingenz	Der Zusammenhang von Verstärkerdarbietung und Verhalten: Bei erwünschtem Verhalten werden Verstärker geboten, bei unerwünschtem Verhalten werden Verstärker entzogen.	Anorektische Patienten dürfen bei Zunahme des therapeutisch vereinbarten Gewichts bestimmte Sportgeräte nutzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (13) – Verhaltenstherapie – SORCK-Modell (1)



Ein entscheidender Aspekt der Verhaltenstherapie ist die Anamnese bzw. die **verhaltens-therapeutische Diagnostik**, die weit über eine einfache Anamnese hinausgeht. Sie enthält eine genaue **Problem-, Situations- und Verhaltensanalyse** (nach dem SORCK-Modell) und erfasst auch die **individuelle Lern- und Entwicklungsgeschichte** sowie die **Motivation zur Verhaltensänderung**. Anhand dieser Informationen wird eine detaillierte Therapieplanung erstellt.

Der Klient sollte über die Entstehungsmodelle seiner Symptomatik und alle Schritte der Therapie laienverständlich aufgeklärt werden. Die Ziele sollten konkret formuliert und ggf. in einem **Behandlungsvertrag** festgehalten werden. Der Klient akzeptiert dabei die **Übernahme der Verantwortung** für seine aktive Mitarbeit erklärt sein **Einverständnis** für das therapeuti-sche Vorgehen.

Das **SORCK-Modell** dient in der Verhaltenstherapie zur Analyse der Problematik des Patienten auf Symptomebene. **SORCK** steht für **S**timulus, **O**rganismus, **R**eaktion, **K**onsequenz (C) und **K**ontingenz.

Mit dem SORCK-Schema lassen sich die **auslösenden** und auch die **aufrechterhaltenen Bedingungen** sehr gut erfassen und dem Klienten vermitteln. Gerade die kurzfristigen positiven Konsequenzen sind Verstärker, um das problematische Verhalten fortzusetzen. Wenn ein Klient sein Verhalten ändern will, sollte ihm dieser Zusammenhang klar sein. Deutlich wird bei der Analyse auch, welche Verhaltensanteile gestärkt und welche Konflikte geklärt werden müssen, um die auslösenden Situationen zu verringern (z.B. Aufbau sozialer Kompetenzen, Stärkung des Selbstwertgefühls, Klärung eines Partnerschaftskonflikts). Aus der Analyse lässt sich der Therapieplan ableiten. Er ist so für den Klienten verständlich.

Der **Therapeut** übernimmt in der Verhaltenstherapie einen aktiveren Part als in der psycho-analytischen Therapie. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient steht nicht im Fokus der Therapie. Die Verhaltenstherapie ist problemorientiert, stärker im Hier und Jetzt verankert, sie ist klarer strukturiert. Im Mittelpunkt der Therapie steht die aktuelle Symptomatik des Klienten mit ihren Auswirkungen. Ziel ist es, dem Klienten zur Selbsthilfe zu verhelfen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (14) – Verhaltenstherapie – SORCK-Modell (2)

Begriff	Erklärung	Beispiel für einen Alkoholkranken
Stimulus (S)	Reiz, der das problematische Verhalten auslöst. Dies kann eine Situation, ein bestimmter Gedanke, ein Gefühl oder physiologischer Vorgang sein.	Allein sein (Situation), Streit mit Partner (soziale Situation), Gefühl der Minderwertigkeit, Angst vor Überforderung, Anblick von Alkohol (z.B. im Kühlschrank, in der TV-Werbung).
Organismus (O)	Konstitutionelle und biologisch-physiologische Aspekte, die das problematische Verhalten auslösen oder aufrechterhalten.	Chronischer Partnerkonflikt, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Kontakte, alkoholkranke Eltern.
Reaktion (R)	Sichtbares, problematisches Verhalten, aber auch Gedanken, Gefühle und physiologische Reaktionen.	Alkohol trinken (sichtbares Verhalten), *„ohne Alkohol schaffe ich es nicht“, „niemand versteht mich“, „ich bin nichts wert“* (kognitiv), Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung (emotional), Zittern, Unruhe, Schwitzen, körperliche Anspannung, Suchtdruck (craving) (physiologisch).
Konsequenzen (C)	Kurz- und langfristige Folgen des problematischen Verhaltens.	**Negative Verstärkung** (kurzfristig): Nachlassen des Suchtdrucks, Abklingen der Verzweiflung, Alleinsein wird erträglicher, Nachlassen potentieller Entzugssymptome (z.B. Zittern), Klärung des Partnerkonflikts wird verschoben. **Positive Verstärkung** (kurzfristig): Entspannung, Euphorie, gesteigertes Selbstwertgefühl. **Direkte Bestrafung** (langfristig): Übelkeit, Kopfschmerzen, vermehrter Suchtdruck, verstärkte Entzugssymptome, Scham, mehr soziale Isolierung, Zuspitzung des Partnerkonflikts. **Indirekte Bestrafung** (langfristig): Selbstachtung und Selbstwertgefühl gehen verloren, Toleranzentwicklung.
Kontingenz (K)	Regelmäßigkeit, mit der das problematische Verhalten auf einen Reiz erfolgt.	Abstinenz nur noch ganz selten möglich. Stimulus führt der Regel zum Trinken.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (15) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (1)



Die Verhaltenstherapie beschäftigt sich vornehmlich mit den prädisponieren, auslösenden und die Symptomatik aufrechterhaltenden Bedingungen. In ihrem Fokus steht ein aktuelles problematisches Verhalten, für das ein Lösungsweg in der Therapie erarbeitet wird. Ziel ist es, die neu gemachten Erfahrungen nicht nur auf die Lösung der aktuellen Problematik anzuwenden, sondern auch auf andere Lebensbereiche auszuweiten.

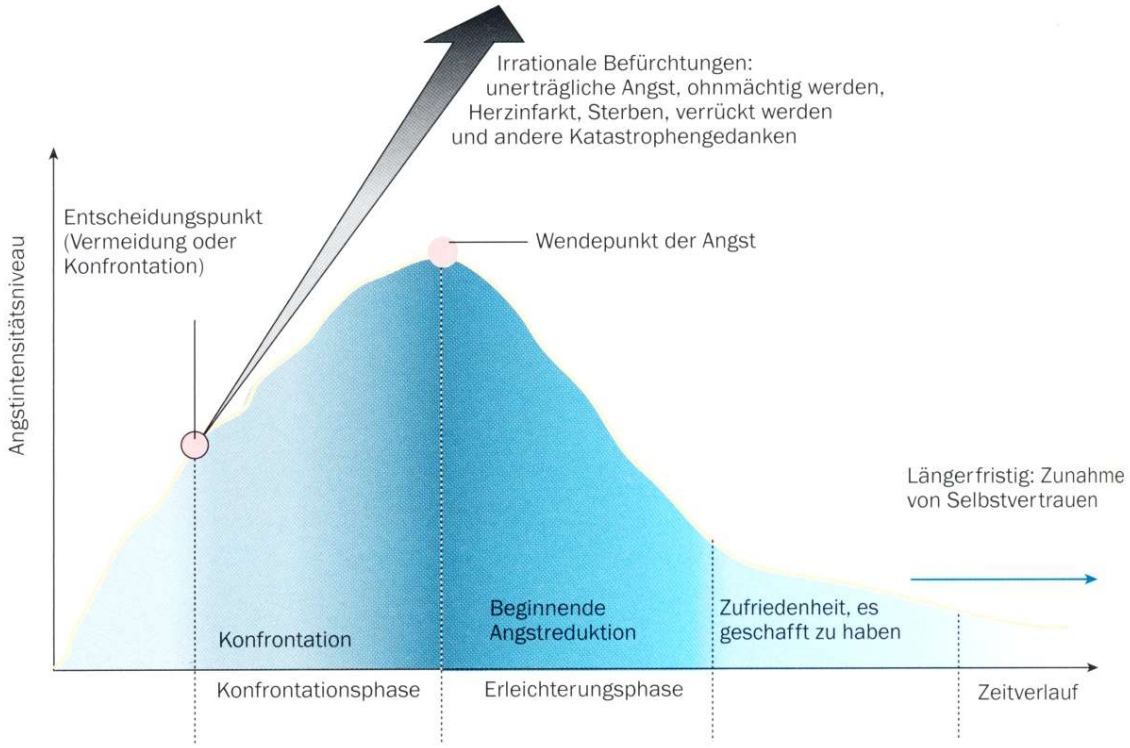
Zu den gängigen **Interventionstechniken** der Verhaltenstherapie zählen:

- **Konfrontationsverfahren**: Der Reiz kann dabei in der Phantasie (systematische Desensibilisierung) oder in der Realität (Expositionsverfahren) präsentiert werden. Er kann dabei abgestuft oder massiv dargeboten werden (Flooding).
- **Operante Verfahren**: Aufbau von gewünschtem Verhalten, Abbau von problematischen Verhalten, Selbstkontrolle / Selbstmanagement.
- **Kognitive Verfahren**: Therapie nach Ellis und Beck, Selbstverbalisation.
- **Kompetenztraining** (Hinsch & Pfingsten).
- **Problemlösestrategien** (d'Zurilla & Goldfried).
- **Stressbewältigungstraining**: z.B. Entspannungsverfahren (Jacobson).
- **Modelllernen** (Bandura) und Rollenspiele.

Die **systematische Desensibilisierung** wird vor allem bei einfachen Phobien angewandt. Der Klient erlernte zunächst eine Entspannungstechnik, dann wird der entspannte Patient erst mit sehr schwachen Angstreizen konfrontiert und langsam an das angstbesetzte Objekt (z.B. Spinnen) gewöhnt. Dazu muss er zunächst mit dem Therapeuten eine Stufenleiter der Angst (Angst-hierarchie) erarbeiten und sich im entspannten Zustand die am wenigsten Angst einflößende Situation vorstellen (z.B. Foto einer Spinne). Diese Vorstellung wird solange wiederholt, bis sich der Klient die Situation angstfrei visualisieren kann. Dann wird die nächste Stufe auf der Angsthierarchie durchlaufen. Ein angenehmer Reiz (Entspannung) wird also an ein angstbesetztes Objekt gekoppelt. Grundannahme ist, dass Entspannung und Angst nicht gleichzeitig existieren können, sich also gegenseitig hemmen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (16) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (2)



Beim **Expositionstraining** wird der Betroffene mit der angstauslösenden Situationen konfrontiert, so dass er lernt, die auftretende ***Angst zu ertragen*** und das die Symptomatik aufrechterhaltende Verhalten (z.B. ***Vermeidungsverhalten***) ***zu verhindern***. Entscheidend ist dabei, dass der Klient erfährt, dass es nicht zu der befürchteten Katastrophe kommt, sondern dass die ***Angst mit zunehmender Expositionsdauer wieder abgeflaut***. Die problematische Situation kann dabei in der Vorstellung (in senso) oder in der Realität (in vivo) aufgesucht werden. Das Vorgehen kann ***gestuft*** erfolgen (***Angsthierarchie***) oder durch massive Reiz-konfrontation (***Flooding***). Beim Flooding werden Situationen gewählt, die maximale Angst auslösen (z.B. stundenlanges Aufzugfahren). Flooding muss immer vom Therapeuten angeleitet und begleitet werden. Eine schrittweise Exposition kann auch vom Klienten ohne Therapeuten umgesetzt werden.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (17) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (3)



Beim **operanten Verfahren** werden gezielt negative oder positive Verstärker eingesetzt. Dies kann in Form von Verträgen geschehen, bei denen sich der Klient verpflichtet, eine bestimmte **Vereinbarung einzuhalten** und eine Vergünstigung erfährt / verliert, wenn er die Vereinbarung einhält / nicht einhält. Nach der ***Token-Economy*** werden ***Wertmarken*** für ein erwünschtes Verhalten verteilt / abgezogen, wenn das problematische Verhalten ausbleibt / gezeigt wird. Die Wertmarken können gegen Privilegien eingetauscht werden. Durch positive Verstärkung wird ein Aufbau und eine Stabilisierung des erwünschten Verhaltens erreicht. Voraussetzung ist, dass die angestrebten ***Ziele bekannt und definiert*** sind und das erwünschte ***Verhalten und die Belohnung rasch aufeinanderfolgenden*** (Kontingenz). Dies ist ein klassisches Erziehungsmittel bei Jugendlichen, die z.B. pünktlich nach Hause kommen sollen. Bei gut differenzierten Klienten sowie akuten Erkrankungen erscheint das Verstärkersystem weniger geeignet.

Operante Verfahren können natürlich als **Selbstkontrolle** von Klienten in eigener Regie übernommen werden. Mithilfe der **Selbstbeobachtung** (Tagebücher), **Stimuluskontrolle** und **Selbstverstärkung** übernimmt er damit die Verantwortung, sein problematisches Verhalten mittels Selbstmanagement zu verändern. Die Stimuluskontrolle wird vor allem bei Abhängigkeitserkrankungen oder Essstörungen eingesetzt.

Biofeedback: Der Patient soll durch diese Methode lernen, die **Körperfunktionen** (z.B. Puls, Muskelentspannung) **unter seine willentliche Kontrolle zu bringen**. Dazu helfen technische Geräte, die ihn die körperlichen Funktionen akustisch und optisch wahrnehmen lassen. So kann der Puls durch ein akustisches Signal hörbar gemacht werden. Die Versuchsperson erfährt über dieses Rückmeldesystem sofort den Erfolg ihrer Bemühungen, biologische Prozesse zu beeinflussen. Dies entspricht einer positiven Verstärkung im Sinne der operanten Konditionierung. Eingesetzt wird dieses Verfahren z.B. bei Spannungskopfschmerzen, Bluthochdruck, Schlafstörung oder Spasmen der Muskulatur.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (18) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (4)

Die **kognitive Therapie** geht davon aus, dass jedem Handeln bestimmte Gedanken vorausgehen, die Emotionen auslösen und ein entsprechendes Verhalten bewirken. Wenn man die genannten Muster, die das problematische Verhalten bedingen, entschlüsselt, lassen sich mithilfe von Übungen die ungünstigen Gedankenabläufe und negativen Selbstgespräche so beeinflussen, dass der Betroffene dem problematischen Verhalten aktiv entgegen wirken kann.

Rational-emotive Therapie nach Ellis: Ellis geht davon aus, dass bestimmte Ereignisse mit **irrationalen Grundannahmen** bewertet werden, die das problematische Verhalten und die dazugehörigen Gefühle hervorbringen. Ziel der Therapie ist es, den Zusammenhang von irrationalen Grundannahmen (z.B. „ich bin nichts wert“) und dem problematischen Verhalten zu erkennen und durch alternative, positive Gedanken das Verhalten zu verändern.

Kognitive Therapie nach Beck: Ausgehend von der Depression entwickelte Beck das Konzept der kognitiven Triade. Er ging davon aus, dass die Depression durch verzerrte Denkmuster ausgelöst und unterhalten wird. Der depressive Patient sieht dabei **sich**, seine **Umwelt** und die **Zukunft** (**Triade**) in einem negativen Licht. Negative, automatische Gedanken sind ein nicht hinterfragter Bestandteil seines Denkens. Sie lösen die depressiven Gefühle aus. Zur genauen Selbstbeobachtung werden Tagesprotokolle über automatische Gedanken und die daran knüpfenden Gefühle eingesetzt. Diese Gedanken zu identifizieren und sie auf ihren Wahrheitscharakter hin zu überprüfen, ist entscheidender Teil der Therapie. Der Patient lernt so, unangemessene und depressionsfördernde Gedanken durch realistische und positive zu ersetzen, und damit dem Stimmungseinbruch im Alltag entgegenzuwirken (**kognitive Umstrukturierung**). Der Therapeut hilft dem Patienten dabei, einseitige Bewertungen durch neue Zuschreibungen zu ersetzen (Reattribuierung / NLP: Reframing) und neue Deutungen für das Erleben zu entdecken.

Eine weitere Technik der kognitiven Therapie ist der **Gedankenstopp**. Kann der Klient sich aufdrängende Gedanken oder Emotion nicht kontrollieren, klatschte in die Hände und sagt laut „Stopp“! Damit wird der automatische Gedankenfluss unterbrochen. Dies übt der Klient mit dem Therapeuten und lernte in der Folge, auch ohne äußere Hilfe seiner negativen Gedanken zu stoppen und durch andere, sinnvollere zu ersetzen.

Hinter dem **Selbstverbalisationstraining** steht die Idee, dass durch realitätsprüfende Selbstgespräche (sokratischer Dialog) oder durch konstruktive Selbstinstruktion („ich schaffe das“) das Verhalten positiv beeinflusst wird und dementsprechend Bestandteil der Therapie werden kann.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (19) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (5)

Kompetenztraining: Fehlen dem Klienten bestimmte Fertigkeiten und tragen diese Defizite zur Aufrechterhaltung der Erkrankung bei, ist es entscheidend, dem Klienten beim Aufbau der fehlenden Kompetenzen zu unterstützen. Eine klassische Intervention ist das **soziale Kompetenztraining**, bei dem der Klient (in der Gruppe) lernt, **soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen**, **Bedürfnisse und Wünsche zu äußern**, **sich durchzusetzen** und vor allem **NEIN zu sagen**. Ähnliche Verfahren: Selbstbehauptungs- und Selbstsicherheitstraining.

Problemlösetraining: Mittels Brainstorming werden mit dem Klienten Lösungsmöglichkeiten erfasst, die bei einem genau definierten Problem zum Einsatz kommen könnten. Eine Bewertung der Möglichkeiten und die Überprüfung auf die Praktikabilität erfolgt erst im zweiten Schritt. Nachdem sich der Klient für eine Möglichkeit entschieden hat, plant er die konkrete Umsetzung im Alltag und bespricht nach der Umsetzung das Ergebnis mit den Therapeuten. Ziel ist es, dem Klienten Wege aufzuzeigen, wie er selbst an schwierige Situation herangehen und sich zukünftig in solchen Situationen konstruktiv verhalten kann.

Stressbewältigungstraining: Ziel der Stressbewältigung ist es, dem Klienten die psychologischen und physiologischen Zusammenhänge beim Verhalten in Stresssituationen verständlich zu machen und ihnen durch bestimmte kognitive Bewältigungsstrategien und Entspannungsverfahren in die Lage zu versetzen, stressreiche Situationen im Alltag besser zu bewältigen. Praktische Übungen im Alltag sind dabei Teil des Trainings.

Modelllernen: Durch Imitation anderer Menschen und deren Verhalten in bestimmten Situationen kann der Klient sein Verhaltensrepertoire erweitern. In einem Rollenspiel können kritische Situationen durchgespielt werden, um den Klienten auf die Umsetzung im Alltag vorzubereiten und das gewünschte Verhalten einzuüben. Vorbildfunktion haben dabei der Therapeut, aber auch Mitpatienten in der Therapiegruppe. Im Alltag aber auch Freunde und Arbeitskollegen.

Fokus auf Kontrolle: Wenn Du Angst zu kontrollieren versucht, interpretiert Dein Nervensystem dies im Sinne von „Es besteht reale Gefahr“ und das System schaltet in den Alarmmodus: Herzrasen, Enge im Brustkorb, Schwindel. Nicht weil etwas passiert ist, sondern weil Dein Nervensystem glaubt, es müsse Dich schützen.

Fokus auf Zulassen: Wenn Du Angst für einen Moment zulässt (kein Widerstand, kein Kampf) hört das Nervensystem auf, ständig Alarm zu schlagen. Denn das Unterbewusstsein reagiert nicht auf Worte, sondern auf die Signale des Körpers. Wenn das Nervensystem merkt, dass Du nicht mehr kämpfst, versteht es: Ich bin sicher. Und die Angst verliert ihre Macht.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (19.2) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (6)

Autogenes Training (AT) ist ein auf Autosuggestion basierendes Entspannungsverfahren, das vom Berliner Psychiater Johannes Heinrich Schultz aus der Hypnose entwickelt, 1926 erstmals vorgestellt und 1932 in seinem Buch *Das autogene Training* publiziert wurde.

GRUNDSTUFE

Ruhe Der Ruhe-Rapport leitet die Entspannung ein.

Schwere Der Schwere-Rapport lässt die Muskulatur erschlaffen. Wir erlauben uns, unser ganzes Körpergewicht an die Unterlage abzugeben. Die Muskulatur wird gelockert, Blockaden werden gelöst. Die Muskeln werden warm und besser durchblutet.

Wärme Die Wärmeübung erweitert die Arterien und Blutgefäße. Der Körper wird bis in die kleinen Kapillaren der Fingerspitzen und Zehen durchblutet. Eine wohlige Wärme breitet sich im ganzen Körper aus. Messbarer Anstieg der Körpertemperatur auf der Hautoberfläche.

Organübungen (früher Mittelstufe)

Herz Die Herzformel hilft den Blutdruck dauerhaft zu regulieren. Pulsschlag und Herzfrequenz werden normalisiert. „Das Herz schlägt ruhig und kräftig."

Atem Jeder Atemzug vertieft die Ruhe. Die Atmung wird tiefer, Wechsel von der flachen Brustatmung in die tiefe Bauchatmung. Die Qualität der Atmung verbessert sich deutlich. „Die Atmung ist ruhig und gleichmäßig."

Sonnengeflecht Der Bauch ist strömend warm. Magen, Darm und innere Organe entspannen sich, die Produktion von Magensäure wird reguliert, die Eigenbewegung des Darms (Peristaltik) wird gesteigert. „Das Sonnengeflecht ist strömend warm."

Stirnkühle Die Stirn ist glatt und kühl – dieser Rapport hilft die Gesichtsmuskeln zu entspannen. Anspannung und Kopfschmerzen weichen.

Die Suggestionen erfolgen in einfachen, kurzen Sätzen.

MITTELSTUFE (Vorsatzformeln)

Als Mittelstufe wurden früher die Organübungen bezeichnet. Heute umfasst die Mittelstufe mit den so genannten Vorsatzformeln Übungen für Fortgeschrittene. Sie baut auf den Effekten der Grundstufe auf und wird meist im Anschluss an die 6 Grundübungen durchgeführt. Das Einsatzgebiet umfasst erwünschte Änderungen in der Einstellung, im Verhalten und im körperlichen Bereich. Dazu wird jeweils nach "Ich bin ganz ruhig" ein meist kurzer, positiv und in der Gegenwart formulierter Satz angefügt: die sogenannte formelhafte Vorsatzbildung.

OBERSTUFE

Ihre Methoden erschließen unbewusste Bereiche des Patienten. Entsprechend der Verschiedenheit der Oberstufenmethoden gibt es auch eine unterschiedliche Zahl von Übungen.

Die ***Anwendungsbereiche*** des AT bestehen für gesunde Menschen vor allem in der Stressreduktion, im Sport, in der Managerschulung, in der Vorbeugung gegen das Burnout-Syndrom und im Bereich des Lernens. Zudem hat sich AT zur Bekämpfung von Schlafstörungen bewährt. Medizinische Indikationen für das AT sind Neurosen / Phobien und psychosomatische Erkrankungen, z.B. Flug- und Platzangst, Magengeschwüre und Begleittherapien bei Krebserkrankungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (20) – Verhaltenstherapie – Interventionstechniken (6)



Therapieindikationen: Klassische Indikationen der VT sind die Depressionen, Angststörungen und Zwangsstörungen. Zwischenzeitlich ist die VT so weit modifiziert und entwickelt worden, dass sie bei sehr unterschiedlichen Indikationsbereichen Anwendung findet:

- **Systematische Desensibilisierung** bei einfachen Phobien.
- **Expositionstraining in vivo** bei Agoraphobie mit Panikstörung, PTBS, Zwangsstörung und sozialer Phobie.
- **Expositionstraining in sensu** bei PTBS und Zwangsgedanken.
- **Operante Verfahren** bei Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Schlafstörungen.
- **Kognitive Therapie** bei Depressionen, somatoformen Schmerzstörungen und Essstörungen.
- **Soziales Kompetenztraining** bei sozialer Phobie, Angststörungen, Depressionen und schizophrenen Störungen (nicht in einer akuten Phase!).

Es sollten immer Verfahren gewählt werden, bei denen der Patient die schnellstmögliche Unabhängigkeit vom Therapeuten erreichen kann, z.B. durch **Selbstkontrollmethoden**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (21) – Fortschritte der Verhaltenstherapie (ACT)

Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) nach Steven C. Hayes.

ACT ist eine neuere Form der Psychotherapie, bei der klassische verhaltenstherapeutische Techniken mit **achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien** und mit **Interventionen zur Werteklärung** kombiniert werden. Der therapeutische Ansatz wurde maßgeblich von dem US-amerikanischen Psychologen Steven C. Hayes entwickelt.

Langjährige Angst-Patienten sind ständig, in jeder Lebenssituation, auf ihre Ängste fixiert. Die **Angst** bildet den **Mittelpunkt ihres Denkens und Fühlens**, so dass ein normales Leben nahezu unmöglich wird. Das gesamte **Dasein** ist nur noch auf die **Angstbewältigung** ausgerichtet.

Viele Angst-Patienten warten darauf, dass sie mit Hilfe einer Therapie ihre Ängste *bewältigen*, um dann endlich leben zu können. Aber tatsächlich tritt diese Bewältigung **niemals** ein, weil die **Fixierung auf die Angst** einen **Teufelskreislauf** in Gang setzt – je mehr gegen die Angst angekämpft wird, desto mehr dominiert sie.

An diesem Punkt setzt ACT an. Anstatt *„Wenn du deine Ängste im Griff hast, kannst du dein Leben so leben, wie du willst“* heißt es in der ACT ***„Lebe dein Leben so, wie du willst, tue das, was dir wichtig ist – mit deiner Angst.“***

ACT will Patienten ermöglichen, sich auf ihre eigentlichen Lebensziele zu konzentrieren und sich dadurch aus ihren Angstkreisläufen zu befreien. Dies ist zunächst ganz ungewohnt für Patienten: Es geht plötzlich **nicht mehr** darum, die **Angst loszuwerden**. Vielmehr sollen sie sich weniger mit ihrer Angst beschäftigen und dafür mehr mit ihren Werten und Lebenszielen. Das vorrangige Therapieziel ist nicht, weniger Angst zu haben, sondern seine **eigenen Gedanken gleichmütig (achtsam) zu betrachten** und **trotz der Angst ein möglichst erfülltes Leben zu leben**.

Bei den Problemen, die den Patienten belasten, wird zwischen „sauberem“ und „schmutzigem Leid“ unterschieden. **"Sauberes Leid"** ist jenes, mit der menschlichen Existenz unvermeidbar in Verbindung stehendes Leid, welches als Teil eines werteorientierten Lebens verstanden wird und sich als unangenehme innere Erlebnisse in Form von **schwierigen Gedanken, Gefühlen, Impulsen** etc. zeigt. **„Schmutziges Leid“ entsteht durch den Versuch**, mit Hilfe verschiedener Strategien (**Rückzug, Flucht, Betäubung, Argumentieren, übertriebenes Sicherheitsverhalten, spannungsreduzierende Rituale** etc.) jene **unangenehme innere Erlebnisse zu vermeiden** („experiential avoidance“). Die angewandten Strategien haben nicht nur den Nachteil, dass sie nicht oder nur zeitlich begrenzt funktionieren, sondern auch mit erheblichen negativen Konsequenzen für die Lebensführung des Patienten verbunden sind.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (22) – Fortschritte der Verhaltenstherapie (DBT)

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan.

Die DBT wurde in den achtziger Jahren von Marsha Linehan als **ambulante Therapie für chronisch suizidale Patienten mit Borderline-Störungen** entwickelt. Heute ist die DBT das führende Behandlungskonzept für Borderline-Störungen, es kommt aber auch bei der Behandlung von sozialen Ängsten, Burnout und Depressionen zum Einsatz.

Etwa drei von hundert Erwachsenen erleben einmal in ihrem Leben eine Borderline-Episode: Heftige Schwankungen der Gefühle, suizidale Krisen, Selbstverletzungen und tiefe Verzweiflung sowie Probleme im zwischenmenschlichen Bereich. Dabei geht insbesondere das ***Gefühl der Zugehörigkeit*** verloren, sodass **tiefe Einsamkeit und Verlorenheit** sich oft mit **Enttäuschung und Wut** abwechseln.

DBT ist ein Trainingsprogramm, das Borderline-Patienten darin unterstützt, ihre eigenen Ziele trotz oder wegen ihrer Störung zu erreichen. Dabei werden Patienten immer wieder angehalten, ein möglichst **hohes Maß an Eigenverantwortung** zu übernehmen, um ihre Ziele zu erreichen.

Patienten erlernen in der DBT **spezifische Fertigkeiten** (Skills), die ihnen helfen, ihre **Gefühle zu steuern**, schulische / berufliche und private **Ziele zu erreichen** und **sich selbst sowie ihre eigene Vergangenheit besser zu akzeptieren**. Dabei müssen alte Überlebensstrategien häufig um **neue konstruktive Lebensstrategien** erweitert werden.

Therapeuten sind dabei in erster Linie Coaches / Trainer, die als Rollenmodell **eigene Lebenserfahrungen einfließen lassen** und **mit einer positiven Lebenshaltung überzeugen**.

Wikipedia: Marsha M. Linehan wuchs in Tulsa, Oklahoma, als drittes von sechs Kindern eines Ölarbeiters auf. Sie war eine begabte Schülerin und spielte sehr gut Klavier. Weil sie sich mit 17 Jahren selbst verletzte, wurde sie 1961 Patientin des Institute of Living (Psychiatrische Klinik) in Hartford. Dort erhielt sie die (Fehl-)Diagnose Schizophrenie und wurde 26 Monate mit Psychopharmaka, Psychoanalyse und Elektrokonvulsionstherapie behandelt. 2011 berichtete Linehan in einem Interview der New York Times von ihrer eigenen Geschichte als Borderline-Betroffene.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (20) – Paar- und Familientherapie



In der **Paar- und Familientherapie** wird die psychische Störung eines Mitgliedes immer unter **systemischen Gesichtspunkten** betrachtet. Das bedeutet, der Kranke ist kein unabhängiges Individuum, das sich im beziehungslosen Raum befindet, sondern er steht mit allen Familienmitgliedern im wechselseitigen Kontakt und sie beeinflussen sich gegenseitig.

Die Interaktion des gesamten Systems Familie gibt dabei mehr Auskunft und macht eine psychische Erkrankung leichter verständlich als die individuelle Perspektive des Symptomträgers. Sind gestörte familiäre Interaktionsmusterauslöser oder aufrecht erhaltende Bedingungen einer psychischen Erkrankung, können familientherapeutische Ansätze wirksam werden.

Häufig findet die Familientherapie Anwendung in der Kinder und Jugendpsychiatrie. Bei Erwachsenen sind typische **Indikationsbereiche** die **Anorexia nervosa**, **schizophrene Störungen** und **affektiven Erkrankungen**. Voraussetzung ist allerdings, dass sich die Familienmitglieder vom Problem betroffen fühlen und aktiv in der Therapie mitarbeiten wollen.

Über die Jahre haben sich sehr unterschiedliche familientherapeutische Schulen etabliert, die je nach Erkrankung und individuellen Gegebenheiten zur Therapie herangezogen werden sollten.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (21) – Gesprächspsychotherapie (1)

Die **Gesprächspsychotherapie (GT)** gehört zu den Verfahren der humanistischen Psychologie und ist eng mit dem Namen Carl Rogers (1902-1987) verbunden. Im Zentrum der Therapie steht das Gespräch mit dem Menschen, der Rat sucht. Ziel der Therapie ist die **persönliche Entwicklung und Reifung des Klienten**, die durch den Therapeuten im Gespräch gefördert wird. Dabei hat die Gesprächspsychotherapie ein eigenes Menschenbild. Sie geht von einem kreativen, selbstbestimmten Menschen aus, der im Grunde selbst weiß, was für ihn gut und richtig ist, um glücklich und in Übereinstimmung mit sich selbst zu leben.

In der Therapie wird durch Verbalisieren der Gefühle dieses Wissen wahrnehmbar gemacht und die Diskrepanz zwischen dem als „Richtig“ empfundenen und dem tatsächlich „Gelebten“ aufgedeckt. Der Klient wird dabei in Eigenverantwortlichkeit und -aktivität zu positiver Veränderung ermutigt, damit das eigene Erleben und seine Wertvorstellungen besser übereinstimmen. Der Klient kann so bisher nicht akzeptierte Erfahrungen leichter ins Konzept integrieren und neue Lösungsstrategien für sich erarbeiten. Der Therapeut bleibt dabei non-direktiv.

Die Gesprächspsychotherapie steht derzeit als anerkanntes Verfahren zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.

Grundannahmen der GT:

- **Selbstverwirklichung**: Jeder Mensch strebt danach, seine eigenen Vorstellungen, Werte und Ideen zu verwirklichen, um glücklich und in Übereinstimmung mit sich selbst zu leben (Kongruenz von selbst und Erfahrung).
- **Selbstkonzept**: Durch die Interaktion mit seiner Umgebung entwickelt jeder Mensch eine Vorstellung von sich selbst. Diese Selbstkonzept versucht er durch seine Selbstbehauptung aufrechtzuerhalten.
- Jeder Mensch verfügt über **Selbstheilungskräfte**, die in einer angstfreien und vertrauensvollen Umgebung aktiviert werden können.
- **Unbedingte Akzeptanz**: Eine nicht an Bedingungen geknüpft Akzeptanz durch seine Umgebung ermöglicht es dem Menschen, sich selbst anzunehmen.
- **Reintegration von Erlebnisinhalten**: Werden Diskrepanzen zwischen Wertvorstellungen und Erlebnisinhalten aufgedeckt, kann der Klient neue Lösungswege für sich arbeiten, die zur Integration des verdrängten Erlebens führen.
- **Therapeutisches Gespräch**: Es umfasst immer eine Wortebene („was wird gesagt“) und eine Gefühlsebene („was ist gemeint“). Diese Ebenen muss der Therapeut kennen, um das Gespräch als Vertrauen schaffendes und damit anregendes Element für den Klienten zu nutzen, damit er sich angenommen fühlt und die Aktualisierung dramatischer Erlebnisse zulassen, sie reflektieren und sich mit ihnen auseinandersetzen kann.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (22) – Gesprächspsychotherapie (2)



Krankheitskonzept: Rogers ging davon aus, dass bei **fehlender Übereinstimmung von Erleben und dem Selbst** (Inkongruenz) seelische Störungen entstehen können. Durfte ein Klient z.B. als Kind bestimmte Bedürfnisse und Gefühle (Ungehorsam, Wut) in einem strengen und rigiden Elternhaus nicht ausleben, werden diese Bedürfnisse vom Menschen ausgeblendet und der Mensch lebt nicht in voller Übereinstimmung mit seinem Selbst. Darum fällt es ihm z.B. schwer, **Ansprüche von anderen Menschen abzuwehren und Nein zu sagen**. Dementsprechend wird er in bestimmten sozialen Situationen leiden und ggf. weitere Symptome (z.B. depressiver Art) ausbilden. Im Mittelpunkt der Therapie steht, **Diskrepanzen im inneren Erleben aufzuspüren**, sie auf dem Wege der Selbsterkenntnis herauszuarbeiten und mittels der Selbstheilungskräfte zu verändern.

Therapievoraussetzungen: Klient und Therapeut sollen in der GT in einer **gleichwertigen** Beziehung zueinander stehen. Als Voraussetzung müssen bestimmte Kriterien von Therapeut und Klient weitgehend erfüllt werden:

- **Echtheit und Selbstkongruenz** des Therapeuten: Offenheit des Therapeuten für Gefühle und Erfahrungen aller Art und Übereinstimmung seiner Äußerungen mit seinem inneren Erleben (kongruent). Dabei ist es erforderlich, auf bedeutsame interaktive Gefühle und Empfindungen zu achten.
- **Positive Wertschätzung**, **unbedingte Akzeptanz** und **emotionale Wärme (Empathie)** des Therapeuten: Keine Bedingungen oder Bewertungen beeinflussen die Akzeptanz des Klienten als Person in seiner Ganzheitlichkeit. Der Therapeut es bereit, an den Gefühlen, Erlebnissen, Bemühungen des Klienten ohne Bewertung der Person, der Gedanken und Handlungen Anteil zu nehmen, ihn aber weder zu bemitleiden, noch ihn in allem zu unterstützen oder zu bestärken.
- **Selbstständige und aktive Auseinandersetzung** des Klienten mit eigenen Problemen.
- **Ausreichende Fertigkeiten** des Klienten in der **zwischenmenschlichen Interaktion**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (23) – Gesprächspsychotherapie (3)



Interventionstechniken des Therapeuten:

- **Verbalisieren von Erlebnisinhalten des Patienten**: Versuch des Therapeuten, die emotionalen Inhalte im verbalen und nonverbalen Verhalten des Klienten wahrzunehmen und wiederzugeben. Dabei ist der Therapeut bemüht, die innere Wahrnehmung und Erlebniswelt des Klienten zu verstehen, z.B. zu spüren, **welche Gefühle hinter dessen Worten stecken**. Die Spiegelung der ggf. verdrängten Gefühle des Patienten erlauben eine Überprüfung, Präzisierung oder Korrektur der inneren Welt. Damit wird auch künftiges Verhalten und Erleben beeinflusst.
- **Aktives Zuhören**: Durch Blickkontakt, offen zugewandte Körperhaltung, Wiederholung des Gesagten, Nicken oder akustische Signale gibt der Therapeut zu verstehen, dass er dem Klienten in seiner Erzählung aufmerksam folgt.
- **Non-direktives Vorgehen**: Der Therapeut hört dem Patienten vornehmlich zu. Er analysiert und dokumentiert nicht, strukturiert den therapeutischen Prozess nicht durch Fragen oder andere Interventionen (Rollenspiele, Übungen).

Therapieindikationen: Die GT zählt zu den **aufdeckenden Therapieverfahren**, da durch die Technik des Gesprächs verdrängte Gefühle und die damit zusammenhängenden Konflikte scheinbar ohne direktes Eingreifen des Therapeuten bewusst gemacht werden. Sie kann für eine Vielzahl von psychischen Störungen eingesetzt werden, ist aber bei akuten Formen der affektiven oder schizophrenen Störungen, bei akuter Suizidalität und ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen kontraindiziert.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (24) – Gestalttherapie



Die **Gestalttherapie** ist eine Form der **ganzheitlichen Psychotherapie** im Selbstverständnis der **humanistischen Psychotherapie**. Sie entwickelte sich aus Elementen der Gestaltpsychologie, Psychoanalyse, Existenzialismus und Lernpsychologie. Besonderes Merkmal ist der Einbezug der Körpersprache. Gründer der Gestalttherapie war der Psychologe Fritz Perls.

Die Gestalttherapie geht davon aus, dass Störungen aus der Desintegration, Abspaltung und (unbewussten) Vermeidung von Wünschen und Vorstellungen, Unbehagen oder Angst erzeugen können. Damit können bestimmte Ressourcen nicht genutzt und erweitert werden. Es kann daher keine **kontaktvolle** Begegnung mit einem Gegenüber oder der Umwelt aufgebaut werden.

Voraussetzung für die Heilung ist das **Wahrnehmen** (Bewusstheit) des eigenen Körpers und der eigenen Gefühle, sowie das bewusste **Durchleben** der aufsteigenden Phantasien, Gefühle und Vorstellungen. Dadurch wird das Entstehen einer Ganzheitlichkeit bei der nicht integrierten Persönlichkeit angestrebt, indem ausgeblendete, nicht abgeschlossene, unerledigte Impulse und Handlungsansätze aufgedeckt oder unpassende **Glaubenssätze** (Introjekte) **wahrgenommen und abgeschlossen** werden (Assimilation).

Ein Ziel in der Gestalttherapie ist es, das jeweils fehlende Stück des Ganzen zu identifizieren, es zu Verfügung zu stellen und dadurch das Ganze (die Gestalt) rund zu machen.

Therapieindikationen: Die Gestalttherapie kann bei **Depressionen** und **Ängsten** im Rahmen neurotischer und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, psychosomatischer und somatoformer Störungen zum Einsatz kommen. Grundsätzlich kann sie auch als Hilfe zur **Selbsterkenntnis** und Selbstentfaltung angewandt werden.

Da es sich um ein **aufdeckendes** Therapieverfahren handelt, können Unruhe- und Angstzustände, Aggressivität oder Niedergeschlagenheit, Erschöpfungsgefühle, Schlafstörungen und Suizidalität hervorgerufen werden. Im Einzelfall kann eine schizophrene Störung ausgelöst oder reaktiviert werden.

Kontraindikationen sind daher: Schizophrene Störungen, hirnorganische Störungen, Konversionsneurosen, asthenische, hypochondrische und histrionische Persönlichkeitsstörungen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Psychotherapie (25) – Transaktionsanalyse: Drei Ich-Zustände

Ein Ich-Zustand ist ein in sich geschlossenes Muster des Fühlens und Erlebens, das in direktem Zusammenhang mit einem Verhaltensmuster steht (Berne 1977)

Grundhaltung der TA:

- Menschen sind OK.
- Jeder hat die Fähigkeit zu denken.
- Entscheidungsorientiert.
- Gemeinsame Verantwortung.
- Offene und freie Kommunikation.

Beispiel: Aufwecken des kleinen Geschwisterkindes.



Eltern-Ich

Imitiertes Verhalten, Denkweisen und Empfindungen von Eltern oder anderen Autoritätspersonen (play-back)

Erwachsenen-Ich

Reaktion auf das, was jetzt und hier geschieht. Nutzung aller Möglichkeiten, die ich als Erwachsener zur Verfügung habe (Informationen verarbeiten)

Kind-Ich

Verhalten, Gedanken und Gefühle, wie sie in der Kindheit erlebt wurden (0 – 7 Jahre)

Beispiel: Emotionen und innere Haltung bei einer Umarmung

Psychotherapie (26) – Phasen im therapeutischen Prozess



1. **Chaos** mit Dysregulation, Kontrollverlust, Dissoziation, High Impact.
2. **Containment**: Beziehung und Sicherheit aufbauen, dem Patienten und seinem Leiden einen Raum geben.
3. **Psychoedukation**: Stressreaktion, Logik der Erkrankung und die Logik im Vorgehen des Behandlers erklären.
4. **Sicherheit**: Lenkung der Aufmerksamkeit auf Dinge, die funktionieren und **Sicherheit** geben (z.B. innerer Garten). Bewusstheit von hier & jetzt gegenüber dort & damals. Eine Timeline oder Traumalandkarte erstellen. Tresorübung.
5. **Verlangsamung** bringt den Patienten in Kontakt mit sich selbst. Arbeiten mit der Physiologie, um eine angefangene emotionale **Reaktion zum Ende** zu führen (nicht mit der Emotion selbst arbeiten). Emotionale Regulation (unterstützt durch Atmung, Bewegung). Emotion (z.B. Angst, Scham, Zorn) wahrnehmen, aushalten und Emotion sein lassen.
6. **Emotion differenzieren** und als Orientierungspunkt / Kraftquelle nutzen
7. **Entwicklung** von **Selbstkontrolle** und **-ermächtigung**: **Ich kann wieder oder erstmals**. Tagesstruktur aufbauen. Sammlung weiterer Ressourcen. Selbstschutz aufbauen und ggf. Täterkontakte verhindern.
8. **Traumaintegration und Transformation**: **Pendulation** zwischen **Scham** und **Selbstachtung / Selbstliebe / Würde / Stolz**. Verständnis des Schalenmodells. Eröffnung der **spirituellen Dimension**.
9. **Kontrolle wieder loslassen**: Vertrauen in Menschen. Dinge wieder geschehen lassen: **Ich bin**.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Doping am Arbeitsplatz



DAK Gesundheit

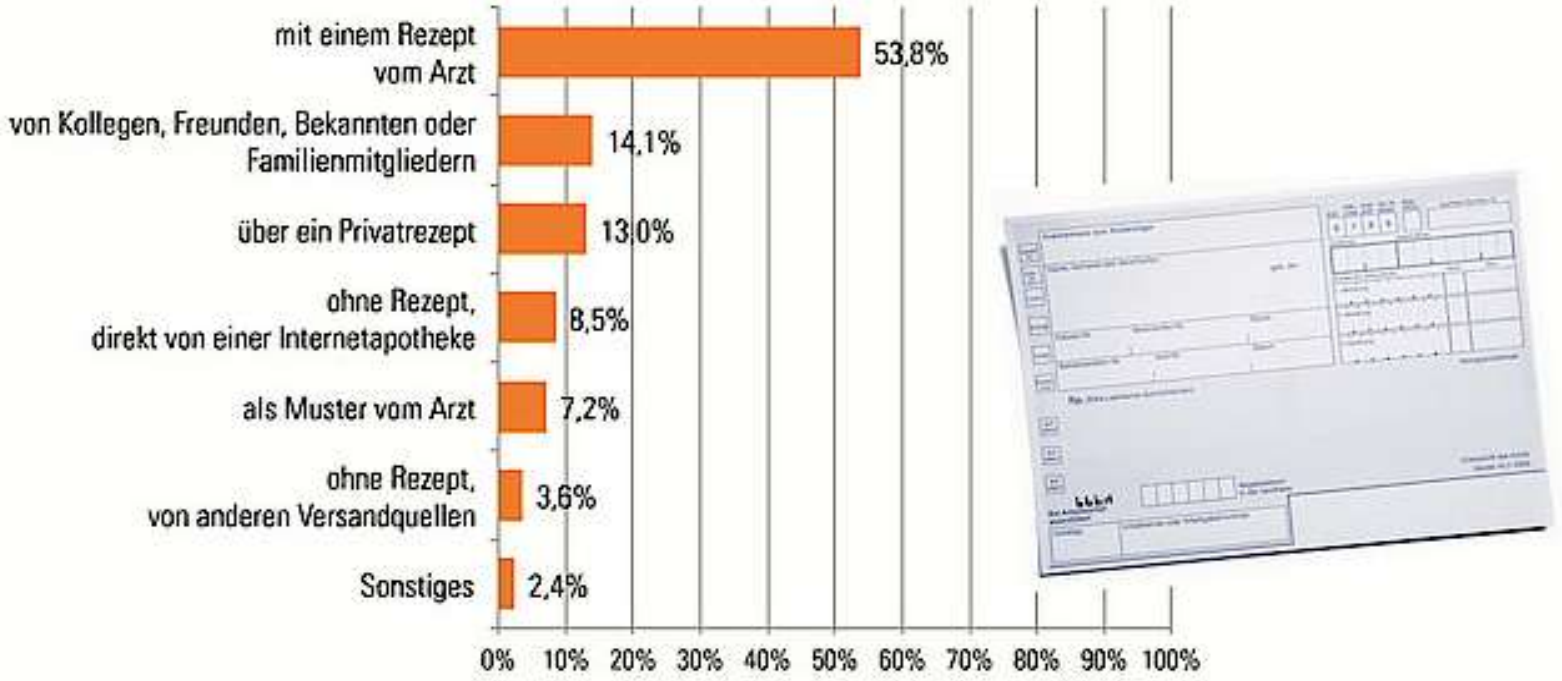
Doping im Job – diese Mittel werden eingesetzt:

1. Stimulanzien wie Methylphenidat und Modafinil zur Steigerung der Gedächtnisleistung und Wachheit
2. Antidementiva wie Piracetam und Memantin zur Steigerung der Gedächtnisleistung
3. Antidepressiva wie Fluoxetin zur Stimmungsaufhellung und Überwindung von Unsicherheit und Schüchternheit
4. Betablocker wie Metoprolol zum Abbau von Stress und Nervosität

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Doping am Arbeitsplatz

Bezugsquellen für leistungssteigernde/stimmungsaufhellende Medikamente.



QUELLE: DAK-Gesundheitsreport 2015

DAK Gesundheit

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Doping am Arbeitsplatz

DAK im März 2015: Doping im Job nimmt zu: Knapp drei Millionen Menschen in Deutschland schlucken verschreibungspflichtige Pillen, um am Arbeitsplatz leistungsfähiger zu sein und Stress sowie Ängste abzubauen.

Immer mehr Beschäftigte schlucken Pillen, um mit ihrem Job besser zurechtzukommen. Zu diesem Ergebnis kommt eine am Dienstag in Berlin veröffentlichte Studie der Krankenkasse DAK-Gesundheit. Binnen sechs Jahren stieg der Anteil der Beschäftigten, die "Hirndoping" betreiben, damit von 4,7 auf 6,7 Prozent. Die Dunkelziffer sei aber noch viel höher.

Auslöser für den Griff zur Pille sind meist hoher **Leistungsdruck** sowie **Stress** und **Überlastung**. Vier von zehn Dopern gaben demnach an, bei konkreten Anlässen wie Präsentationen oder wichtigen Verhandlungen Medikamente zu schlucken. **Männer** versuchen laut Studie damit vor allem, noch **leistungsfähiger** beim Erreichen ihrer beruflichen Ziele zu werden. Zudem wollen sie auch nach der Arbeit noch Energie für Freizeit und Privates haben. **Frauen** nehmen hingegen solche Medikamente am ehesten, damit ihnen die Arbeit leichter von der Hand geht und sie **emotional stabil** genug sind.

"Ergebnisse sind ein Alarmsignal"

Am häufigsten greifen Beschäftigten demnach zu **Medikamenten** gegen **Angst**, **Nervosität** und **Unruhe** (60,6 Prozent) sowie zu Mitteln gegen **Depressionen** (34 Prozent). Etwa jeder achte Doper schluckt Tabletten gegen starke **Tagesmüdigkeit**. Mehr als jeder Zweite bekommt laut DAK-Report für die entsprechenden Medikamente ein Rezept vom Arzt. Jeder Siebte erhält Tabletten von Freunden, Bekannten oder Familienangehörigen, und jeder Zwölfte bestellt sie ohne Rezept im Internet.

"Auch wenn Doping im Job in Deutschland noch kein Massenphänomen ist, sind diese Ergebnisse ein Alarmsignal", warnte DAK-Vorstandschef Herbert Rebscher. Suchtgefahren und Nebenwirkungen des Hirndopings seien nicht zu unterschätzen.

Analyse von Arzneimitteldaten

Nach Angaben des Doping-Experten Klaus Lieb zeigen die Medikamente oft nur **kurzfristige und minimale Effekte auf die kognitive Leistungsfähigkeit**. Auf der anderen Seite gebe es "hohe gesundheitliche Risiken, wie körperliche Nebenwirkungen bis hin zur Persönlichkeitsveränderung und Abhängigkeit", erklärte der Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz. Es könne zu **Herzrhythmusstörungen**, **Schwindel**, **Kopfschmerzen**, **Nervosität** und **Schlafstörungen** kommen, mögliche Langzeitfolgen seien noch völlig unklar.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Substanzungebundene Abhängigkeiten

Als **substanzungebundene Abhängigkeiten** werden jene Formen psychischer Zwänge und Abhängigkeiten bezeichnet, die nicht an die Einnahme von psychoaktiven Substanzen (wie z.B. Alkohol, Nikotin oder anderer Drogen) gebunden sind.

Sie sind durch wiederholte Handlungen ohne ***vernünftige*** Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen des betroffenen Patienten oder anderer Menschen schädigen. Betroffene berichten von ***impulshaftem Verhalten***. Die Abhängigkeit kann die Lebensführung beherrschen und zum ***Verfall der*** sozialen, beruflichen, materiellen und familiären ***Werte und Verpflichtungen*** führen.

Das ICD-10 unterscheidet (neben F50: Essstörungen):

F63: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

F63.0: Pathologisches Spielen

F63.8: Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

F63.9: Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet.

Beispiele für substanzungebundene Abhängigkeiten (ICD-10 F63) sind:

- ***Pathologisches Spielen*** (Glücksspielsucht)
- ***Medienabhängigkeiten*** (Computerspiel-, Internet-, Fernseh-, Handyabhängigkeit)
- Arbeitszwang, Kaufzwang, Messie-Syndrom, Hypersexualität und exzessives Sporttreiben.

Betroffene leiden unter ***psychischen Entzugserscheinungen***, wenn sie an dem von ihnen exzessiv ausgeübten Verhalten ***gehindert*** werden. Das exzessive Verhalten stimuliert das ***limbische System*** im Gehirn, wodurch Hormone wie ***Endorphine*** ausgeschüttet werden, was als angenehm erlebt wird. Die Verhaltenssucht wird genutzt, unangenehme Gefühle wie ***Ängste*** und ***Frustration*** sowie ***Stress*** zu verdrängen und die Auseinandersetzung damit zu vermeiden (***Eskapismus***).

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Substanzungebundene Abhängigkeiten

Das revidierte **DSM-V** enthält **Internet Gaming Disorder** als Forschungsdiagnose. Dazu müssen fünf der folgenden Kriterien über 12 Monate erfüllt sein: ***Gedankliche Eingenommenheit***, ***Entzugssymptome***, ***Toleranzentwicklung***, ***fehlende Kontrolle***, ***Interessenverlust***, ***exzessive Nutzung***, ***Vertuschen***, ***Flucht*** und ***schwerwiegende Folgen***. Insbesondere stehen auch die Hersteller von als besonders suchtgefährdend klassifizierten Computerspielen in der Kritik. Während diese abwiegeln, wird ihnen von anderer Seite vorgeworfen, mit dem Suchtpotenzial gezielt zu kalkulieren.

Als ***Fernsehabhängigkeit*** bezeichnet man das zwanghafte Verlangen, Fernsehen zu schauen. Fernsehabhängigkeit ist eine Medienabhängigkeit, wobei als Alleinstellungsmerkmale der **passive Konsum** und der **fehlende soziale Aspekt** genannt werden müssen. Es existieren derzeit keine allgemein akzeptierten Diagnosekriterien zur Feststellung der Abhängigkeit.

Merkmale einer Fernsehabhängigkeit können sein:

- ***Unruhe bis Unwohlsein***, Aggressivität, Lustlosigkeit und Passivität, wenn kein Fernseher läuft oder es ruhig ist.
- Sofortiges, ***reflexartiges Einschalten*** des Fernsehers, sobald man nach Hause kommt.
- Fernsehschauen ohne vorherige Planung und Interesse an den Inhalten, damit einher geht oft ***stundenlanges Zapping***, also Durchschalten der Kanäle, ohne dass man etwas findet, was man sehen möchte *und* ohne dass man den Fernseher ausschalten kann.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Substanzungebundene Abhängigkeiten

WhatsApp, Instagram oder Snapchat können süchtig machen. Nach einer neuen DAK-Studie erfüllen 2,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland die Kriterien für eine Abhängigkeit nach der sogenannten „**Social Media Disorder Scale**“. Das Suchtrisiko wurde jetzt erstmals in einer repräsentativen Untersuchung der Krankenkasse **DAK-Gesundheit** und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen am **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf** (UKE) analysiert. Laut Studie verbringen Jungen und Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren durchschnittlich rund **zweieinhalb Stunden täglich mit sozialen Medien**. Durch die intensive Nutzung entstehen gesundheitliche Probleme. Es gibt sogar einen Zusammenhang zwischen **Social-Media-Sucht** und **Depressionen**. Die sozialen Probleme sind vielfältig: **zu wenig Schlaf**, **Realitätsflucht** und **Streit mit den Eltern**.

Für die DAK-Studie „WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media“ hat das **Forsa-Institut** 1.001 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren befragt. Erstmals wurde mit dieser Analyse die Häufigkeit einer Social-Media-Abhängigkeit in einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe untersucht. Grundlage sind wissenschaftliche Kriterien aus den Niederlanden (**Social Media Disorder Scale**). Werden mindestens **fünf von neun Standardfragen mit „ja“ beantwortet**, liegt laut Fragebogen eine Social-Media-Abhängigkeit vor. Kernergebnis der DAK-Studie: 2,6 Prozent der Befragten sind bereits süchtig nach Social Media – Mädchen mit 3,4 Prozent etwas häufiger als Jungen (1,9 Prozent). Auf alle 12- bis 17-Jährigen in Deutschland hochgerechnet entspricht dieser Prozentsatz etwa 100.000 Betroffenen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Social Media Disorder Scale

Beschäftigung: Kannst Du öfter nur daran denken, wann Du wieder die sozialen Medien nutzen kannst?

Toleranz: Bist Du öfter unzufrieden, weil Du mehr Zeit in den sozialen Netzwerken verbringen willst, aber nicht kannst?

Entzug: Fühlst Du Dich öfter schlecht, wenn Du keine sozialen Medien nutzen kannst?

Ausdauer: Hast Du bereits versucht, weniger Zeit online zu verbringen, es aber nicht geschafft?

Verdrängung: Vernachlässigst Du öfter Deine Hobbies oder den Sport, um online sein zu können?

Probleme: Hast Du bereits mit anderen über Deine Mediennutzung gestritten?

Täuschung: Lügst Du Deine Freunde öfter an, wenn sie Dich danach fragen, wie viel Zeit Du online verbringst?

Flucht: Nutzt Du soziale Medien öfter, um negativen Gedanken zu entkommen?

Konflikte: Hattest Du ernste Konflikte mit Deinen Freunden oder Deinem Partner wegen Deiner Social Media-Nutzung?

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.

Suchtgefahren: Social Media Disorder Scale

Wer von sozialen Medien abhängig ist, dessen ***Risiko, an einer Depression zu erkranken***, ist um den ***Faktor 4,6 höher*** als bei Nicht-Süchtigen – so das Ergebnis der DAK-Studie: Jeder dritte Jugendliche mit einer Social Media Disorder berichtet über ***Symptome einer Depression***. „Über Ursache und Wirkung haben wir noch keine Erkenntnisse“, kommentiert der Suchtexperte. „Natürlich kann es auch sein, dass sich depressive Kinder und Jugendliche ***häufiger in die virtuelle Welt zurückziehen*** und deshalb ein Suchtverhalten entwickeln. In jedem Fall verstärken sich die beiden Faktoren, so dass eine ernste gesundheitliche Gefahr droht.

Laut der 2018 veröffentlichten DAK-Studie haben soziale Medien bei den befragten Kindern und Jugendlichen häufig negative soziale Auswirkungen in verschiedenen Bereichen – auch wenn sie nicht als süchtig gelten:

- Jeder dritte Befragte nutzt soziale Medien um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen. Bei den Mädchen trifft dies sogar auf vier von zehn Befragten zu.
- Knapp ein Viertel der Befragten bekommt wegen der Nutzung sozialer Medien manchmal, häufig oder sogar sehr häufig zu wenig Schlaf.
- 22 % streiten manchmal, häufig oder sehr häufig mit den Eltern über die Nutzung sozialer Medien – öfter betroffen sind die 12- bis 13-Jährigen (32 Prozent).
- 14 % gaben an, soziale Medien oft heimlich zu nutzen. Ebenso viele können die Nutzung nicht stoppen, obwohl andere ihnen sagten, dass sie dies dringend tun müssen.
- 13 % sind unglücklich, wenn sie keine sozialen Medien nutzen können.
- 8 % der Befragten sind mit allen Freunden ausschließlich über soziale Medien in Kontakt.
- 5 % der Befragten haben regelmäßig kein Interesse mehr an Hobbys oder anderen Beschäftigungen, weil sie lieber Social Media nutzen.

© 2026 HP Markus Werthebach, Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm.