

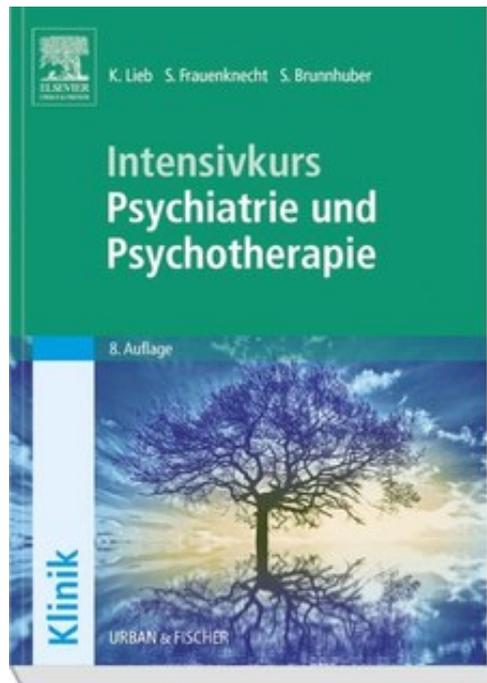
Lieb K / Frauenknecht S Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie

Leseprobe

[Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie](#)

von [Lieb K / Frauenknecht S](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.unimedica.de/b20127>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung, vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<http://www.unimedica.de>



■ Zur Entwicklung des Begriffs „neurotische Störungen“

Im traditionellen Klassifikationssystem der deutschen Psychiatrie, dem **triadischen System**, wurden psychische Störungen, die weder durch eine körperliche Erkrankung noch durch eine endogene Psychose erklärbar waren, unter dem Begriff **psychogene Störungen** oder „abnorme Variationen seelischen Wesens“ zusammengefasst.

Das Verständnis psychischer Erkrankungen war im triadischen System sehr stark von **ätiologischen Theorien** geprägt. Auch die Behandlung orientierte sich an der jeweiligen Ursache der Störung: Die psychogenen Neurosen waren demnach ausschließlich eine Domäne der Psychotherapie, was nach heutigen Erkenntnissen nicht mehr haltbar ist (z. B. Therapie mit SSRI bei der Zwangsstörung mit Zwangsgedanken, > Kap. 8.2). Diese ätiologischen Vorstellungen schlugen sich noch in der ICD-9 nieder. Viele der traditionellen Begriffe haben bis heute im klinischen Sprachgebrauch überdauert und werden in z. T. divergierenden Bedeutungen gebraucht (z. B. „Neurose“, „hysterisch“).

Dem Begriff der **Neurose** liegt das **psychoanalytische Verständnis** über die Entstehung der Störung zugrunde: Aus tiefenpsychologischer Sicht beruhen neurotische Störungen auf ungelösten (unbewussten) Konflikten der Kindheit. Unerträgliche Wünsche, Vorstellungen oder Impulse werden durch intrapsychische Prozesse abgewehrt (> Kap. 3.4.3). Die neurotische Symptomatik stellt gewissermaßen eine Kompromisslösung des Konflikts zwischen Trieben und Bedürfnissen („Es“), kontrollierenden Instanzen („Über-Ich“), der äußeren Realität und dem vermittelnden „Ich“ dar. Diese Perspektive hat das Verständnis der neurotischen Störungen und ihre Behandlung über lange Zeit entscheidend geprägt.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts konnte das Wissen über die neurotischen Störungen durch die Ergebnisse intensiver **biologischer, psychiatrischer Forschung** und durch **empirische Untersuchungen zur Verhaltenstherapie** erheblich erweitert werden. Für einige der neurotischen Störungen wurde eine Beteiligung genetischer Faktoren nachgewiesen (z. B. Zwangsstörungen). Auch die Bedeutung von Lernprozessen für die Entstehung neurotischer Störungen wie die individuelle Lerngeschichte oder die klassische und operante Konditionierung spezifischer Reaktionen (z. B. Angst) ist inzwischen gut belegt. Für viele der Störungen liegen zwischenzeitlich **Modelle** vor, die **psychische, biologische** und **soziokulturelle** Faktoren integrieren.

Bereits in der ICD-10 schlug sich dies in Form deskriptiver, operationalisierter Diagnosekriterien nieder, die weitgehend auf ätiologische Modelle verzichteten. Das seit 2013 vorliegende DSM-5® geht noch einen Schritt weiter: Der Begriff der „Neurose“ wird überhaupt nicht mehr verwendet. Die Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Trauma- und belastungsbezogenen Störungen, dissoziativen und somatoformen Störungen werden in separaten Kapiteln als jeweils eigenständige diagnostische Kategorien geführt. Dies gewährleistet einen objektiveren Zugang zu den genannten Diagnosen und eine verbesserte Verständigung über die psychiatrischen Krankheitsbilder.

8.1 Angststörungen

Das **Phänomen Angst** ist jedem aus eigenem Erleben bekannt. Angst gehört zu den existenziellen Grunderfahrungen des Menschen. Sie tritt dann auf, wenn eine Gefahr oder Bedrohung subjektiv als nicht zu bewältigen erscheint; der Betreffende fühlt sich „in die Enge getrieben“ (Angst von lat. *angustiae*, Enge). Neben der **emotionalen** Komponente (dem Gefühl, „in der Falle zu sitzen“) zeigt sich das Phänomen Angst auch auf **vegetativer, kognitiver** und **motorischer Ebene** (die sog. „vier Ebenen der Angst“): Eine über den Sympathikus vermittelte Erregung führt zu den bekannten körperlichen Erscheinungen wie Schweißausbrüchen, Herzklopfen, schnellem, flachem Atmen oder Mundtrockenheit. Bei höchster Erregung ist die Aufmerksamkeit auf die Gefahrensituation eingengt und die kognitive Leistungsfähigkeit reduziert („geistige Blockade“ bei großer Prüfungsangst!). Es kommt zu einer Erhöhung des Muskeltonus bis zur Inhibition motorischer Reaktionen („vor Angst wie erstarrt sein“).

Pathologische Angst unterscheidet sich von der Realangst **nicht** in der **Qualität** der mit ihr verbundenen Empfindungen oder körperlichen Reaktionen. Sie tritt jedoch in Situationen auf, die **real keine Gefahr oder Bedrohung** darstellen. Sie kann sich auf äußere Objekte oder bestimmte Situationen beziehen (z. B. Spinnen, Bus fahren) oder durch als bedrohlich eingeschätzte körperliche Sensationen und Gedanken ausgelöst werden. In der Regel ist den an einer Angststörung leidenden Patienten selbst der irrationale oder übersteigerte Charakter ihrer Ängste zumindest teilweise bewusst. Gleichzeitig fühlen sie sich ihren Ängsten ausgeliefert und scheitern häufig bei ihren Versuchen, die Angst in den Griff zu bekommen.

Klassifikation

Sigmund Freud prägte 1895 den Begriff der Angstneurosen, unter denen er die **frei flottierenden Ängste** und die **Phobien (Angsthysterie)** voneinander abgrenzte. Phobien beschrieb er als durch bestimmte Objekte oder Situationen verursachte Ängste, während die frei flottierenden Ängste als ängstliche Erregung ohne äußere Auslöser auftreten.

In den neueren Diagnosemanualen ist diese Typisierung in Angststörungen mit und ohne situative Auslöser noch nachzuvollziehen. Eine Auflistung der wichtigsten Angststörungen nach der ICD-10 findet sich in > Tabelle 8.2. Zu berücksichti-

Tab. 8.2 Einteilung der wichtigsten Angststörungen

Angstneurosen (nach Freud)	Angststörungen (nach ICD-10)
Angsthysterie (Phobien)	Phobische Störungen (F40) <ul style="list-style-type: none"> • Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (F40.0) • soziale Phobie (F40.1) • spezifische (isolierte) Phobie (F40.2)
Frei flottierende Ängste	Andere Angststörungen (F41) <ul style="list-style-type: none"> • Panikstörung (F41.0) • generalisierte Angststörung (F41.1)

gen ist, dass es sich dabei um primäre Angststörungen handelt, d.h. eine Angstsymptomatik, die nicht durch eine körperliche oder psychische Grunderkrankung zu erklären ist. Im DSM-5® werden auch die bei Kindern und Jugendlichen auftretende Störung mit Trennungsangst und der selektive Mutismus zu den Angststörungen gezählt.

Epidemiologie und Verlauf

Die Lebenszeitprävalenz der Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung wird mit etwa 13% angegeben; in Deutschland betrug in einer jüngeren Studie die 12-Monats-Prävalenz 15,3% bei 18- bis 79-Jährigen. Angststörungen sind damit vor den depressiven Störungen die größte Gruppe psychischer Erkrankungen (> Tab. 8.3).

Tab. 8.3 Mittlere Lebenszeitprävalenzen der wichtigsten Angststörungen

Diagnose	Mittlere Lebenszeitprävalenz der Allgemeinbevölkerung [%]
Soziale Phobie	12
Spezifische Phobien	9-12
Panikstörung/Agoraphobie	6
Generalisierte Angststörung	6-9

Die **Komorbidität** mit anderen psychischen Erkrankungen ist hoch. Insbesondere die Assoziation mit weiteren Angststörungen, depressiven Syndromen, Suchterkrankungen und Substanzmissbrauch (Benzodiazepin-Präparate, Alkohol) gelten als gesichert.

Der **Verlauf** unbehandelter Angststörungen ist ungünstig. Spontanheilungen sind lediglich in etwa 20 % der Fälle zu beobachten, während 40-50% der Erkrankten unter einer chronischen Symptomatik leiden. Tragischerweise vergehen vom Zeitpunkt der Erstmanifestation bis zur Diagnosestellung je nach Störungstyp zwischen 5 und 15 Jahre (!). Dies führt zu erheblichem Leiden und begünstigt eine Chronifizierung der Angstsymptomatik.

Folgen und Komplikationen

Während spezifische Phobien die persönliche Lebensführung Ld.R. nur in geringem Maße beeinträchtigen, haben vor allem die **Agoraphobie** und die **Panikstörung**, aber auch die **soziale Phobie** und die **generalisierte Angststörung** erhebliche **negative Konsequenzen** für die **Alltagsbewältigung** und die **Beziehungsgestaltung** der Betroffenen: Das beeinträchtigte Befinden durch wiederkehrende Ängste und die Vermeidung Angst auslösender Situationen führen häufig dazu, dass sich der persönliche Aktionsradius einengt, genussvolle Unternehmungen aufgegeben werden und Alltagsaktivitäten nicht mehr oder nur mit fremder Hilfe bewältigt werden können. Häufig ist das Selbstwörterleben der Betroffenen reduziert; ihre Beziehungen zu Angehörigen und Freunden werden durch Hilfsbe-

dürftigkeit, schwere Vermittelbarkeit der Symptomatik und sozialen Rückzug belastet.

Die multiplen körperlichen Symptome bei Angsterkrankungen führen - insbesondere bei der Panikstörung - zu häufigen Konsultationen auf verschiedensten medizinischen Fachgebieten. Die den körperlichen Symptomen zugrunde liegende Störung wird dabei nicht immer diagnostiziert. Bei längerem Verlauf entstehen nicht selten finanzielle Einbußen für den Betroffenen sowie erhebliche **sozialmedizinische Folgekosten** durch Arbeitsunfähigkeit und Berentung.

Die Entwicklung zusätzlicher psychischer Erkrankungen wie Depression, Sucht oder Substanzmissbrauch wird als prognostisch ungünstig eingeschätzt. **Lebensbedrohliche Situationen** können durch Suizidalität, Intoxikationen oder Entzugssyndrome entstehen.

Ätiologie

Nach heutiger Auffassung sind Angststörungen multifaktoriell bedingte Erkrankungen. Prädisponierend wirkt eine erhöhte Angstbereitschaft, die sowohl durch biologische als auch durch psychosoziale Faktoren bedingt sein kann. Durch entsprechende **Lebensereignisse** oder **-bedingungen** wird auf dem Boden dieser **Disposition** eine **überschießende Angstreaktion** getriggert. **Ungünstige Bewältigungsstrategien** oder **Reaktionen der Umwelt** führen dann häufig zur **Eskalation** oder **Aufrechterhaltung der Beschwerden**. Eine Zusammenfassung **prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren** im Sinne eines **Vulnerabilitäts-Stress-Modells** findet sich in > Tabelle 8.4.

■ Biologische Modellvorstellungen

Zwillingsstudien und Familienuntersuchungen belegen, dass - je nach Art der Störung - genetische Faktoren zu 20-48 % zu deren Entstehung beitragen.

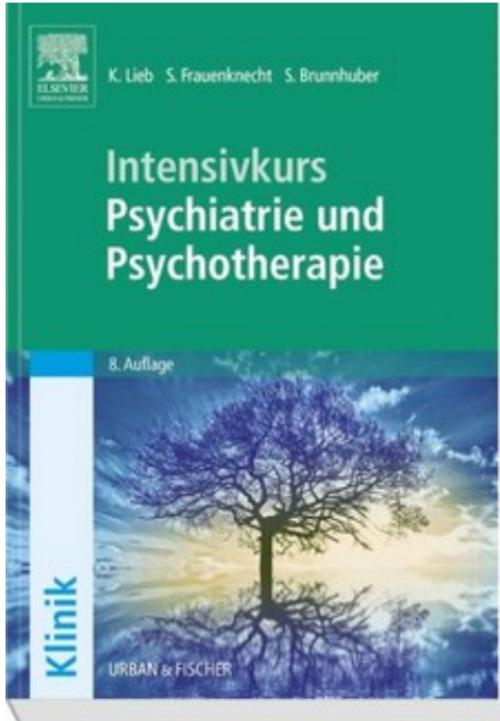
Bestimmte Genloci, die z. B. für Cholezystokin-B, die Catechol-O-Methyltransferase oder einen Serotonintransporter (5-HTT) kodieren, könnten hier eine Rolle spielen und bilden vielversprechende Ansätze für weitere Untersuchungen.

Neuroanatomische und neurophysiologische Untersuchungen deuten auf eine Beteiligung bestimmter Hirnregionen an der Entstehung pathologischer Angst hin: Eine zentrale Rolle spielen hier möglicherweise die noradrenerge Aktivität des Locus coeruleus und eine erhöhte Aktivierung der Amygdalae. An der Verarbeitung der Angstreaktion sowie der Generierung von Reaktionen sind aber auch kortikale, hippocampale und limbische Strukturen beteiligt. Die komplexe Interaktion der genannten Strukturen wird auch als „Angstnetzwerk“ bezeichnet.

■ Psychische Faktoren

Psychodynamische Erklärungsansätze

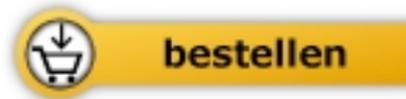
Freud erklärte die Genese der Angststörungen zunächst durch eine Stauung libidinöser Energie, später durch entwicklungs-geschichtliche Traumata im Zusammenspiel mit konstitutionellen Faktoren. Andere Autoren betonten bei der Entstehung



Lieb K / Frauenknecht S

[Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie](#)

464 Seiten, kart.
erschienen 2015



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung www.unimedica.de