

Vorwort

Die Klinische Psychologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erkennung, Erklärung und Behandlung psychischer und psychophysiologischer Störungen. Angesichts der Zunahme psychischer Probleme in der Bevölkerung kommt der Klinischen Psychologie eine wachsende Bedeutung zu. So liegt z. B. die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, heute bei etwa 20 Prozent. Entsprechend hoch ist der Bedarf an gut ausgebildeten Psychologen, Psychotherapeuten und an psychologisch geschulten Fachleuten. Doch bedarf es heute auch entsprechend informierter und geschulter Politiker, Verbandsvertreter, Vorgesetzter, Kolleginnen und Kollegen, Angehöriger und Laien.

Dieses Buch will das Wissen über die wichtigsten psychischen Störungen, ihre Beschreibung, ihre Diagnostik, ihre Entstehung und ihre Behandlung in überschaubarer – damit zwangsläufig oft knapper – Weise darstellen. Das parallel erscheinende Workbook „Klinische Psychologie: Körperliche Erkrankungen“ (Claus Vögele, 2008, Beltz PVU) ergänzt dieses Buch in idealer Weise, indem dort auf das klinisch-psychologische Wissen bei der Verursachung und der Therapie somatischer, psychosomatischer und psychophysiologischer Störungen eingegangen wird.

Psychische Störungen können sich durch verschiedene Merkmale auszeichnen. Dazu gehören statistische Seltenheit, die Abweichung von sozialen Normen, persönliches Leid der Betroffenen, eine Beeinträchtigung der Lebensführung und unangemessenes Verhalten.

Statistische Seltenheit besagt, dass bestimmte Phänomene nur bei einem geringen Anteil der Bevölkerung auftreten. Zum Beispiel entwickeln nur ca. 1 Prozent der Bevölkerung in ihrem Leben eine Schizophrenie. Statistische Seltenheit bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass eine Störung vorliegt. Auch Hochbegabung tritt nur bei ca. 3 Prozent der Bevölkerung auf; trotzdem spricht man in diesem Fall nicht von einer psychischen Störung.

Ein weiteres Merkmal von psychischen Störungen ist daher häufig, dass Betroffene in ihrem Erleben und Verhalten von sozialen Wertvorstellungen und Normen abweichen. Dabei sollte natürlich der kulturelle Hintergrund der Betroffenen berücksichtigt werden, denn was in westlichen Kulturkreisen als abweichend gilt, kann in einer anderen Kultur noch normal sein.

Bei vielen der in diesem Buch beschriebenen Störungen leiden die Betroffenen sehr unter der jeweiligen Störung. Dies ist zum Beispiel der Fall bei einer Panikstörung, einer Zwangsstörung oder einer Depression. Es gibt jedoch auch psychische Störungen, unter denen die Betroffenen nicht oder erst spät leiden. Manie, Wahn, Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit sowie manche Persönlichkeitsstörungen gehören dazu. So können Psychopathen andere Menschen kalt und herzlos behandeln, ohne dabei Reue oder Schuld zu empfinden. In einem manischen Zustand oder einem Liebeswahn fühlen sich die Betroffenen zunächst gut, doch Freunde und Angehörige leiden extrem.

Menschen, die an einer psychischen Störung leiden, erleben durch die Erkrankung oft Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen. Zum Beispiel fällt es Sozialphobikern sehr schwer, in einer Gruppe von Menschen das Wort zu ergreifen. Das kann problematisch werden, wenn etwa der Berufsalltag dies verlangt.

Ein weiteres Merkmal, das psychische Störungen auszeichnen kann, ist, dass sie unangemessen sind. Ein Beispiel für eine solche unangemessene Reaktion ist eine Person, die es aus Angst vor Spinnen nicht wagt, ihre Wohnung alleine zu betreten.

Als Fach greift die Klinische Psychologie auf Erkenntnisse aus verschiedenen psychologischen Grundlagenfächern wie der Sozialpsychologie, der Kognitionspsychologie und der Motivationspsychologie zurück. Bei der Untersuchung psychischer Störungen kommen wissenschaftliche Methoden zum Einsatz, so dass auch Erkenntnisse aus psychologischen Methodenfächern umgesetzt werden. Außerdem weist die Klinische Psychologie wichtige Bezüge zur Biologie und zur Medizin (z. B. Psychiatrie, Neurologie, Endokrinologie, Genetik) auf. Menschliches Verhalten und Erleben kann nur verstanden und therapiert werden, wenn die Erkenntnisse aus den verschiedenen Bereichen genutzt und integriert werden.

Als wissenschaftliche Disziplin erhebt die Klinische Psychologie den Anspruch, bei der Untersuchung gestörten Erlebens und Verhaltens möglichst objektiv zu sein. Trotzdem arbeiten Wissenschaftler innerhalb eines bestimmten Paradigmas. Darunter versteht man grundlegende Annahmen, welche die Forschungsfragen sowie die Erhebung und Interpretation von Daten beeinflussen und leiten. Im ersten Kapitel sollen daher die zentralen Paradigmen der Klinischen Psychologie vorgestellt werden. Im zweiten und dritten Kapitel geht es um den wichtigen Bereich der Beschreibung, Abgrenzung und Diagnostik psychischer Störungen. Das vierte Kapitel gibt einen Einblick in psychologische Hilfen und Interventionen (Psychotherapien) bei psychischen Störungen. Dies wird ergänzt um Informationen zur Ausbildung in Psychotherapie, um Evaluations- und Qualitätskriterien für Psychotherapie sowie um rechtliche und ethische Aspekte klinisch-psychologischen Handelns.

Diese einleitenden und grundlegenden Kapitel (Teil I) werden zum Verständnis der Störungsbilder und klinischen Problembereiche benötigt, wie sie in den restlichen Kapiteln des Buches (Teil II) dargestellt und diskutiert werden. Eine Übersicht über diese störungsbezogenen Kapitel liefert die im vorderen Buchinnendeckel abgedruckte Tabelle. Der Aufbau dieser Kapitel ist am ICD-10 (Diagnosesystem) orientiert. Dabei bilden die Kapitel 12 und 13 insofern eine Besonderheit, als hier das Lebensalter der Betroffenen das Ordnungsprinzip ist. Es werden psychische Störungen behandelt, die ausschließlich oder sehr eng mit bestimmten Lebensphasen (Kindheit bzw. höheres Alter) verbunden sind.

Das Buch ist geschrieben für Interessierte an dem Thema der Verursachung und der Behandlung psychischer Störungen, für Studierende unterschiedlichster Fachrichtungen mit Bei- bzw. Nebenfach Psychologie, für Psychologen und Ärzte zur Auffrischung von Fachwissen und für Prüfungskandidaten zur Wiederholung von Prüfungswissen.

Ein Workbook muss sich auf wesentliche Themen und Erkenntnisse begrenzen. Deshalb kann hier längst nicht auf alle psychischen Störungen, ihre Erklärungsansätze und vor allem ihre Behandlungsmöglichkeiten eingegangen werden. So wie wir bereits auf das parallel erscheinende und ergänzende Workbook „Klinische Psychologie: Körperliche Erkrankungen“ von Claus Vögele verwiesen haben, so behandelt das Lehrbuch „Klinische Psychologie“ von Gerald Davison, John Neale und Martin Hautzinger (7. Auflage, 2007, Beltz PVU) die hier behandelten Störungsbilder und Themen sehr viel ausführlicher und ergänzt die Darstellungen mit zahlreichen Forschungsbefunden. Zur Vertiefung der hier behandelten Thematik sind Interessierte und Studierende daher auf dieses Lehrbuch verwiesen.

Bei der Erstellung dieses Buches haben wir uns vor allem bei unserem Lektor Reiner Klähn zu bedanken. Ohne sein Fachwissen, seine Neugierde, seine Sorgfalt und seinen Blick für die Leser und deren Bedürfnisse wäre so ein inhaltlich stimmiges und abgerundetes Buch nicht entstanden.

Tübingen, im März 2008

Martin Hautzinger, Elisabeth Thies

8 Angst-, Zwangs-, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

Die in diesem Kapitel behandelten Störungen wurden früher unter dem Begriff Neurosen zusammengefasst. Da diese Diagnose sehr vielschichtig, umgangssprachlich und somit heterogen war, litt ihre Verwendung an geringer Zuverlässigkeit, mangelhafter Übereinstimmung zwischen Klinikern und fraglicher Validität. Folglich wurde dieser alte Begriff für ein modernes Diagnosesystem unbrauchbar. Heute werden im ICD-10 verschiedene Angststörungen (z. B. phobische Störungen, Panikstörung, generalisierte Angststörung), Zwangsstörungen, Belastungsstörungen sowie dissozia-

tive und somatoforme Störungen unterschieden. Die Gruppe der Angststörungen (Phobien, Panik, Zwänge, Belastungsreaktionen) stellt die häufigsten psychischen Störungen dar. Bei dissoziativen Störungen kommt es zu einer Trennung von zusammengehörenden Bewusstseinsinhalten. Somatoforme Störungen sind gekennzeichnet durch körperliche Symptome, für die es keine (ausreichende) physiologische Erklärung gibt. In diesem Kapitel werden jeweils das Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Behandlungsmöglichkeiten für die genannten Störungsbilder vorgestellt.

8.1 Phobische Störungen

Phobien beinhalten die objektiv grundlose Furcht (Angst) vor und die Meidung von Gegenständen oder Situationen, was zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Betroffenen führt. Je nachdem, wodurch die Angst ausgelöst wird, haben sich verschiedene Bezeichnungen eingebürgert. Bekannt sind z. B. die Akrophobie (Höhenangst), die Klaustrophobie (Angst vor geschlossenen Räumen) und die Agoraphobie (Angst vor öffentlichen Plätzen).

8.1.1 Agoraphobie und Panikstörung

Ängste im Rahmen einer Agoraphobie beziehen sich nicht nur auf öffentliche Plätze, sondern allgemein auf Situationen, in denen es für die Betroffenen schwierig ist, sich schnell an einen sicheren Ort zurückzuziehen. Häufig treten Agoraphobie und Angstanfälle (Panikstörungen) zusammen auf, weswegen sie hier gemeinsam behandelt werden sollen.

Übersicht

Kriterien für Agoraphobie (F 40.0)

- A. Deutliche Angst vor oder Meidung von mindestens zwei Situationen:
1. Menschenmengen
 2. öffentliche Plätze
 3. allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Auto reisen
 4. weite Reisen

B. In den gefürchteten Situationen kam es wenigstens einmal nach dem Beginn der Störung zu mindestens zwei der folgenden Symptome (wobei eines aus 1 bis 4 stammt):

1. Herzklopfen oder beschleunigter Puls
2. Schweißausbrüche
3. Zittern
4. Mundtrockenheit
5. Atembeschwerden
6. Gefühl der Beklemmung
7. Schmerzen im Brustbereich
8. Übelkeit oder andere Magenbeschwerden
9. Gefühl von Schwindel, Schwäche oder Benommenheit
10. Derealisation oder Depersonalisation
11. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden

12. Angst zu sterben
13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbeln

- C.** Die Betroffenen fühlen sich emotional belastet und sehen ein, dass die Angst bzw. Vermeidung übertrieben ist.
- D.** Die Symptome treten vornehmlich in den oder beim Gedanken an die gefürchteten Situationen auf.
- E.** Die Symptome von A sind nicht durch eine organische, psychotische, affektive oder Zwangsstörung verursacht und nicht durch eine kulturell akzeptierte Überzeugung bedingt.

F 40.00: Agoraphobie ohne Panikstörung

F 40.01: Agoraphobie mit Panikstörung

Eine Agoraphobie mit Panikstörung (F 40.01) wird diagnostiziert, wenn die Betroffenen in den agoraphobischen Situationen Panikattacken haben. Die Panikstörung allein (F 41.0) wird diagnostiziert, wenn wiederholt Angstattacken auftreten, die sich nicht auf bestimmte Situationen oder Gegenstände beziehen. Es sollten mindestens vier der bei Agoraphobie in B genannten Symptome gemeinsam auftreten, um von einer Panikattacke zu sprechen. Wenn die Attacken mindestens viermal pro Woche über einen Zeitraum von wenigstens einem Monat auftreten, spricht man von schwerer Panikstörung (F 41.01).

Definition

Panik- oder Angstattacken sind Episoden intensiver Angst, die plötzlich beginnen und innerhalb von wenigen Minuten ihren Höhepunkt erreichen. Sie können reizgebunden oder reizunabhängig auftreten.

Die Betroffenen entwickeln in der Regel Angst vor weiteren Attacken und meiden Situationen, in denen eine Panikattacke peinlich oder gefährlich sein kann. Wird die Vermeidung auf viele Situationen ausgeweitet, kann so eine Agoraphobie entstehen. Die Agoraphobie kann so weit gehen, dass die Betroffenen sich nicht mehr in der Lage fühlen, das Haus zu verlassen.

Epidemiologie. Die Lebenszeitprävalenz der Panikstörung, die meist bei jungen Erwachsenen einsetzt, wird derzeit in der westlichen Gesellschaft bei Frauen auf 12 % und bei Männern auf 5 % geschätzt (Hettinger et al., 2005). Kulturabhängig kann es Unterschiede geben. Auch die Agoraphobie tritt bei Frauen mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 9 % viel häufiger auf als bei Männern mit ca. 4 % (Hettinger et al., 2005). Die erste Panikattacke tritt oft im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen auf. Mehr als 80 % aller Patienten mit anderen Angststörungen haben ebenfalls Panikattacken. Die Panikstörung wird neben Agoraphobie häufig komorbid mit Depression, generalisierter Angststörung, Phobien, Alkoholismus und Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert.

Fallbeispiel

Frau B. war 19 Jahre alt, als sie zum ersten Mal eine Panikattacke erlitt. Sie stand kurz vor den mündlichen Abitursprüfungen und hatte große Angst zu versagen. Die Attacke kam im Bus auf dem Weg zur Schule. Sie fing an zu hyperventilieren, brach in Schweiß aus, zitterte, fühlte sich schwindelig und bekam Angst, ohnmächtig zu werden. Obwohl die anderen Passagiere kaum etwas mitbekamen, war sie sehr erleichtert, als die Fahrt zu Ende war; und sie vermied es künftig, mit dem Bus oder Zug zu fahren. Einige Zeit später be-

merkte sie beim Einkauf auf einem Wochenmarkt, dass sie wieder anfang zu zittern und zu schwitzen. Sie verließ den Markt so schnell wie möglich und zog sich an einen einsamen Ort zurück, um sich zu beruhigen. Obwohl es ihr unvernünftig erschien, begann sie doch, Menschenmengen zu meiden. Wenn dies nicht möglich war, bekam sie es mit der Angst zu tun und besorgte sich deshalb über einen Freund Beruhigungsmittel. Ohne Beruhigungsmittel in der Handtasche (als Sicherheit) verließ sie das Haus bald nicht mehr.

8.1.2 Soziale und spezifische Phobien

Soziale Phobien. Bei sozialen Phobien steht die Angst der Patienten im Zusammenhang mit der Anwesenheit anderer Menschen. Gefürchtete Situationen können z. B. das Essen, das Sprechen oder das Schreiben in der Öffentlichkeit sein. Diese Störung kann zu einer starken Beeinträchtigung der Betroffenen im Alltag und im Berufsleben führen.

Übersicht

Kriterien für soziale Phobien (F 40.1)

- A.** Entweder 1. Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten; oder 2. Vermeidung von Situationen, in denen dies eintreten könnte.
- B.** In den gefürchteten Situationen kam es mindestens einmal zu mindestens zwei Angstsymptomen wie in Kriterium B der Agoraphobie (F 40.0, s. o.) sowie zusätzlich zu mindestens einem der folgenden Symptome:
 - 1. Erröten oder Zittern
 - 2. Angst zu erbrechen
 - 3. Harn- oder Stuhldrang bzw. Angst davor
- C.** Die Betroffenen sind deutlich emotional belastet und sehen ein, dass die Angst bzw. das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig ist.
- D.** Die Symptome treten vornehmlich in den oder beim Gedanken an die gefürchteten Situationen auf.
- E.** Die Symptome von A sind nicht durch eine organische, psychotische, affektive oder Zwangsstörung verursacht und nicht durch eine kulturell akzeptierte Überzeugung bedingt.

Spezifische Phobien. Spezifische oder isolierte Phobien (F 40.2) sind im Gegensatz zu Agoraphobie und sozialer Phobie auf bestimmte Gegenstände oder Situationen eingegrenzt. Sie können nach Auslösern unterteilt werden:

- ▶ Tiere (z. B. Spinnen, Hunde)
- ▶ Naturgewalten (z. B. Wasser, Donner)
- ▶ Gegenstände (z. B. Spritzen, Blut)
- ▶ Situationen (z. B. Aufzug, Flugzeug).

Kriterium A beinhaltet die Angst vor oder die Vermeidung des Auslösers. Kriterium B und C entsprechen denen der Agoraphobie. Welche Objekte oder Situationen Angst auslösen, kann kulturabhängig variieren.

Epidemiologie. Die Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobien wird auf 6 % bei Männern und 11 % bei Frauen geschätzt. Bei den spezifischen Phobien beträgt sie ca. 10 % bei Männern und 12 % bei Frauen (Hettema et al., 2005). Komorbid zu sozialen Phobien treten häufig generalisierte Angststörungen, spezifische Phobien, Panikstörungen, affektive Störungen und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung auf. Soziale Phobien beginnen meistens in der Jugend, können sich aber auch schon im Kindesalter entwickeln.

8.1.3 Ätiologie der phobischen Störungen

Biologische Erklärungsansätze

Aus Familien- und Zwillingsstudien geht hervor, dass es bei der Panikstörung und Phobien eine genetische Diathese gibt (Bandelow & Wedekind, 2006).

Panikstörung. Bei einer Minderheit von Patienten führen krankheitsbedingte körperliche Empfindungen wie Herzklopfen oder Schwindel zur Entwicklung einer Panikstörung. Bei Personen, die Angst vor ihren körperlichen Empfindungen haben, kann z. B. Hyperventilation Panikattacken auslösen. Panikpatienten scheinen ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf angstausslösende Reize zu richten und diese intensiver zu verarbeiten. Dies könnte auf einer Fehlfunktion im Bereich von Amygdala und Hippocampus basieren. Auch neurochemische Prozesse könnten beteiligt sein: Eine Theorie geht von einer noradrenergen Überaktivität bei Panikstörung aus. Dafür spricht, dass Panikpatienten weniger GABA-Rezeptoren als Kontrollprobanden zu haben scheinen (Malizia et al., 1998), so dass die noradrenerge Aktivität durch GABA weniger gehemmt wird.

Phobien. Phobiker haben vermutlich ein leicht erregbares autonomes Nervensystem, was z. T. ebenfalls genetisch determiniert ist. Auch Eigenschaften wie Gehemmtheit oder Scheu, die möglicherweise erblich sind, können zur Entwicklung von Phobien prädisponieren (Biederman et al., 1990). Wie wichtig genetische Faktoren sind, lässt sich nur schwer einschätzen, da Verwandte neben den gemeinsamen Genen oft auch eine gemeinsame Umwelt haben.

Psychologische Erklärungsansätze

Agoraphobie mit Panikstörung. Die wichtigste psychologische Erklärung der Agoraphobie mit Panikstörung, die auch biologische Prozesse umfasst, ist die „Angst vor der Angst“. Sie besagt, die Betroffenen haben Angst, in der Öffentlichkeit eine Panikattacke zu bekommen. Ein wichtiger Grund dafür könnte die Angst vor Kontrollverlust sein. Ausgangspunkt der Theorie sind ein übererregbares Nervensystem sowie die Tendenz, sich vor körperlichen Empfindungen zu ängstigen. Kommt es zu körperlicher Erregung, wird diese als Zeichen von Gefahr interpretiert, und die Betroffenen bekommen es mit der Angst zu tun. Dadurch werden die physiologischen Symptome verschlimmert, und es kommt zu einer Panikattacke. Dieser Teufelskreis ist in Abbildung 8.1 dargestellt.

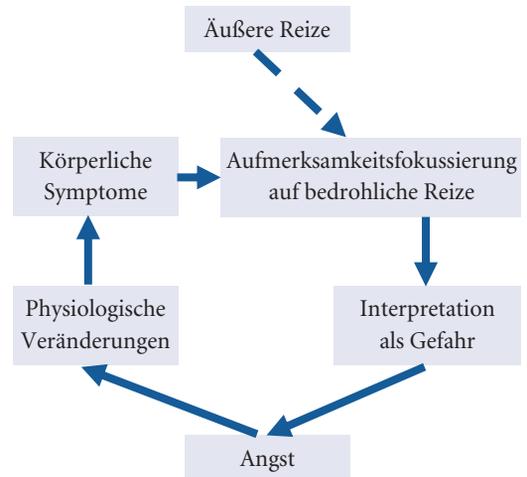


Abbildung 8.1 Teufelskreis der Angst bei Panikattacken. Manche Menschen interpretieren körperliche Symptome als bedrohlich, so dass äußere Reize gar nicht nötig sind, um Angst bei ihnen auszulösen

Wenn solche Anfälle wiederholt auftreten, entwickeln die Betroffenen verstärkt Angst vor ihren körperlichen Empfindungen und machen sie damit noch schlimmer. Die Erwartung weiterer Angstattacken führt zu einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems, wodurch die Wahrscheinlichkeit für weitere Panikattacken steigt. Hinzu kommt die zunehmende Angst vor und Vermeidung von Situationen, in denen Panikattacken bereits aufgetreten sind (oder peinlich wären), wobei das Vermeidungsverhalten durch den Wegfall der Angst verstärkt wird. So entwickelt sich aus einer anfänglichen Panikstörung eine Agoraphobie.

Lerntheoretische Erklärungsansätze. Ein klassisches lerntheoretisches Modell zur Entstehung von Phobien ist die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1947). Ihr zufolge führen zwei Arten von Lernprozessen zur Entstehung von Phobien:

1. Durch klassische Konditionierung (vgl. 1.2.1) lernt jemand, einen ursprünglich neutralen Reiz zu fürchten.
2. Durch operante Konditionierung (vgl. 1.2.2) lernt der Betroffene dann, die erworbene Angst durch Meidung oder Flucht zu reduzieren.

Das Modell sieht Phobien also als gelernte Vermeidungsreaktionen. Beispielsweise kann jemand die Angst vor Hunden dadurch erwerben, dass er von einem Hund gebissen wird (klassische Konditionierung). Wenn er danach den Kontakt mit Hunden meidet oder aus entsprechenden Situationen flieht, wird dieses Meidungsverhalten durch das Ausbleiben der Angst negativ verstärkt (operante Konditionierung). So kann eine Hundephobie entstehen.

Tatsächlich können Ängste durch Konditionierung entstehen; allerdings werden bei weitem nicht alle Phobien auf diesem Weg erworben. Bei vielen Phobikern finden sich keine negativen Erfahrungen mit gefürchteten Objekten oder Situationen. Eine mögliche Erklärung dafür ist das Modelllernen (vgl. 1.2.3): Phobien können auch durch die Nachahmung der Reaktionen anderer entstehen. Auch verbale Mitteilungen oder Berichte über schlimme Ereignisse können zur Entwicklung von Ängsten beitragen.

In verschiedenen Studien an Tieren und Menschen hat sich herauskristallisiert, dass bestimmte Reize leichter durch Lernprozesse zu einem Angstauslöser werden können als andere. Beispielsweise lässt sich die Angst vor Schlangen bei Menschen relativ gut konditionieren, nicht aber Angst vor Gesichtern oder Lämmern. Reize, auf die Mensch und Tier aufgrund ihrer physiologischen Prädisposition empfindlich reagieren, können durch klassische Konditionierung Angst

auslösen (Seligman, 1971). Dieses Phänomen wird physiologische Bereitschaft („preparedness“) genannt.

Bei sozialen Phobien werden mangelnde soziale Fertigkeiten als eine weitere Ursache sozialer Ängste diskutiert. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass einige Sozialphobiker geringe soziale Fertigkeiten besitzen. Es ist aber möglich, dass sie diese Defizite erst infolge der Vermeidung sozialer Interaktionen erworben haben; d. h., die Wirkrichtung bleibt noch zu klären.

Kognitive Erklärungsansätze. Kognitive Prozesse können – neben einer genetischen Diathese – möglicherweise erklären, warum manche Menschen nach einem traumatischen Erlebnis eine Phobie entwickeln und andere nicht. Phobiker neigen dazu, zu glauben, dass sich ähnliche Ereignisse in Zukunft wiederholen werden, und entwickeln deshalb Angst. Sie interpretieren mehrdeutige Informationen eher als bedrohlich (Mathews & MacLeod, 1994). Sozialphobiker scheinen sich besonders viele Sorgen darum zu machen, welchen Eindruck sie bei anderen erwecken, und neigen zu einem negativen Selbstbild trotz guter Leistungen (Wallace & Alden, 1997).

Obwohl die erlebte Angst den Betroffenen in der Regel irrational erscheint, bleibt sie bestehen. Das ist ein Hinweis darauf, dass Angst durch frühe kognitive Prozesse verursacht wird, die dem Bewusstsein nicht zugänglich sind (Öhmann & Soares, 1994).

Psychobiologische Erklärung

Von außen kommende Reize werden über den anterioren Thalamus zur Amygdala geleitet. Aber auch Informationen über den Zustand des Organismus erreichen die Amygdala. In Gefahrensituationen gibt es zwei Schaltkreise, einen schnellen für die (Überleben sichernde) Sofortreaktion und einen langsameren für die Bewertung und Analyse einer Situation. Die schnelle Verbindung über Thalamus und Amygdala umgeht den Kortex und damit das Bewusstsein (wir handeln und empfinden, ohne zu wissen). Auf dieser Ebene finden auch (klassische) Konditionierungsvorgänge statt. Der langsamere (bewusste) Schaltkreis analysiert und vergleicht, wozu Gedächtnisinhalte und frühere Erfahrungen (Handlungsmuster) aus kortikalen und hippocampalen Strukturen herangezogen werden. Dieser (kognitive) Schaltkreis greift in die (vegetative, affektive und motorische) Spontanabläufe (damit auch in die Amygdala) ein. Überwindung (Therapie) von Angst ist nur bei intaktem kortikalem Schaltkreis möglich, während Angstlernen (Konditionierung) auch ohne Kortex möglich ist (LeDoux, 2002; Hamm, 2006).

8.1.4 Therapie der phobischen Störungen

Nur wenige Menschen begeben sich wegen einer Phobie in Behandlung. Stattdessen versuchen sie – oft über Jahre – die gefürchteten Situationen oder Gegenstände zu meiden.

Medikamentöse Therapie

Agoraphobie und Panikstörung. Zur medikamentösen Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie sind Antidepressiva zu bevorzugen. Nachteile sind jedoch eine verzögerte Hauptwirkung und die möglichen Nebenwirkungen (vgl. 7.3.5). Außerdem ist beim Absetzen mit erneuten Symptomen zu rechnen. Benzodiazepine (z. B. Aprazolam) wirken zwar schneller gegen Angstsymptome, haben jedoch ein hohes Suchtpotential (vgl. 5.1.3). Sie sollten deshalb nicht über einen längeren Zeitraum verordnet werden. Benzodiazepine steigern die Aktivität des hemmenden Neurotransmitters GABA.

13 Psychische Störungen im Alter

Was Sie in diesem Kapitel erwartet

Die Lebenserwartung ist in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Dadurch hat sich der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung erhöht und wird weiter steigen. Bald wird ein Viertel der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Daher ist es wichtig, sich in der Psychologie verstärkt mit der Behandlung psychischer Probleme im Alter auseinander zu setzen. Das Altern geht mit körperlichen, aber auch geistigen Veränderungen einher, die es zu bewältigen gilt. Eine besondere Herausforderung dabei ist, dass sich ältere Menschen noch mehr voneinander unter-

scheiden als jüngere. Nur weil man das Alter eines Menschen kennt, kann man daraus keine Schlüsse auf seinen körperlichen oder geistigen Zustand ziehen.

In diesem Kapitel soll zunächst auf Altersforschung und psychische Störungen im Alter allgemein eingegangen werden. Dann werden zwei organische psychische Störungen, die Demenz und das Delir, näher beschrieben. Zum Schluss werden Schlafstörungen thematisiert, die im Alter gehäuft auftreten.

Derzeit gelten Menschen ab 65 Jahren als alt. Die Gerontologie nimmt eine weitere Einteilung in drei Gruppen vor:

- ▶ die „jüngeren Alten“ zwischen 65 bis 74 Jahren,
- ▶ die „älteren Alten“ zwischen 75 und 84 Jahren und
- ▶ die „Ältesten oder Hochbetagten“ ab 85 Jahren.

Die Gerontologie oder Altersforschung befasst sich generell mit biologischen, körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen im Alter, die Geriatrie oder Altersheilkunde speziell mit den Erkrankungen im Alter. In der psychologischen Erforschung verschiedener Altersgruppen gibt es unterschiedliche Effekte zu berücksichtigen:

- ▶ Unter Alterseffekten versteht man die Konsequenzen eines chronologischen Alters.
- ▶ Kohorteneffekte sind die Folgen daraus, dass man in einem bestimmten Jahr geboren und in einem bestimmten Zeitalter aufgewachsen ist.
- ▶ Messzeitpunkteffekte entstehen daraus, dass Störfaktoren zu bestimmten Zeitpunkten einen Einfluss auf Messungen ausüben.

13.1 Erscheinungsbild und Behandlung psychischer Störungen im Alter

Insgesamt ist die Prävalenz psychischer Störungen bei alten Menschen (ab 65 Jahren) eher niedriger als bei den jüngeren. Das häufigste psychische Problem im Alter ist die zunehmende Beeinträchtigung kognitiver Funktionen, z. B. des Gedächtnisses. Etwa 20 % der Alten leiden an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Darunter sind Depressionen besonders häufig.

Häufigkeit psychischer Störungen im Alter

- ▶ **Substanzinduzierte Störungen:** Ihre Prävalenz ist im Alter geringer als in der jüngeren Allgemeinbevölkerung. Für Alkoholismus wird sie im Mittel auf etwas weniger als 2 % geschätzt, wobei Männer mehr als sechsmal so oft betroffen sind wie Frauen. Am häufigsten werden im Alter Medikamente wie z. B. Tranquilizer und Schlafmittel missbraucht.
- ▶ **Psychotische Störungen:** Die Schizophrenie ist bei alten Menschen seltener als in der Allgemeinbevölkerung. Ein häufiges Problem ist jedoch die wahnhaftige Störung mit paranoidem Inhalt.
- ▶ **Affektive Störungen:** Ihre Prävalenz im Alter wird auf etwa 12 % geschätzt. In den allermeisten Fällen handelt es sich um unipolare Depressionen, die komorbid zu körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen auftreten. Frauen sind auch hier häufiger betroffen. Die Suizidrate ist im Alter etwa um das Dreifache erhöht, v. a. bei Männern.
- ▶ **Angststörungen:** Im Alter sind Ängste und Angstsymptome häufig und meist schwer von depressiven Symptomen bzw. Störungen zu trennen. Ängste bezüglich der eigenen Sicherheit und Gesundheit dominieren. Die abgegrenzten Angststörungen (Phobien, soziale Phobie, Agoraphobie, Panik, Zwänge) gehen eher zurück.
- ▶ **Sexuelle Funktionsstörungen:** Sie nehmen im Alter zu.

Substanzinduzierte Störungen

Vermutlich sinkt die Prävalenz substanzinduzierter Störungen im Alter, weil die Mortalität bei Abhängigkeitserkrankungen erhöht ist, so dass viele Betroffene gar nicht alt werden. Die am häufigsten missbrauchten Substanzen im Alter sind Alkohol und Medikamente.

Alkoholismus. Bei Alkoholismus im Alter sind die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms (vgl. 5.1) zu streng, so dass bei ihrer Anwendung problematische Trinkmuster übersehen werden können. Es ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmendem Alter die Alkoholtoleranz sinkt und dass der Alkohol langsamer abgebaut wird. Es kann also schneller zu toxischen Reaktionen, z. B. Delir, kommen. Zudem führt Alkoholismus im Alter zu stärkeren kognitiven Defiziten wie Gedächtnisstörungen.

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Alte Menschen in unserer Gesellschaft konsumieren über ein Drittel der verschriebenen Medikamente. Dazu gehören z. B. Schmerzmittel, um chronische Schmerzen zu lindern, und Antidepressiva oder Tranquilizer, um mit Verlusten, Schlafstörungen oder Einsamkeit fertig zu werden. Vor allem in Pflegeheimen werden sehr häufig Tranquilizer verabreicht, die jedoch ein hohes Abhängigkeitsrisiko bergen. Entsprechend hoch ist die Gefahr von schädlichem Gebrauch bis hin zur Abhängigkeit. Meistens haben die Betroffenen keine Schwierigkeiten, über Ärzte an die Medikamente heranzukommen. Viele Ärzte verschreiben eher ein Medikament, um vorgebrachte Beschwerden zu lindern, als sich eingehend mit den Problemen eines älteren Patienten zu befassen und nach anderen, möglicherweise zeitintensiveren Behandlungsmöglichkeiten zu suchen.

Ein besonderes Problem der Medikamenteneinnahme im Alter ist, dass geringere Dosen verschrieben werden sollten und die körperlichen Funktionen, z. B. von Leber, Nieren und Herz, sorgfältiger Überwachung bedürfen. Medikamentenmissbrauch oder auch multiple Medikation führt zu Verwirrtheitszuständen, Delir, was tödlichen Ausgang haben kann.

Psychotische Störungen

Schizophrenie. Viele Menschen mit Schizophrenie sterben aufgrund der erhöhten Mortalität schon, bevor sie alt werden. Bei anderen gehen die Symptome im Alter stark zurück. Nur in seltenen Fällen setzt eine Schizophrenie erst nach dem 60. Lebensjahr ein; man spricht dann von „Paraphrenie“. Im Vordergrund stehen Halluzinationen und paranoide Wahnvorstellungen, wohingegen Kognitionen und Affekte weitgehend intakt bleiben. Bei der Diagnose sind Verwechslungen mit anderen psychischen Störungen wie Demenz oder Depression auszuschließen. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass schizophrenieähnliche Symptome im Alter durch medizinische Probleme ausgelöst werden können, z. B. Schilddrüsenerkrankungen, die Addison-Krankheit, das Parkinson-Syndrom, die Alzheimer-Krankheit und Vitaminmangel. Zur Behandlung von Schizophrenie im Alter können Antipsychotika eingesetzt werden, allerdings mit erhöhter Vorsicht. Hilfreich ist auch therapeutische Unterstützung.

Paranoia. Im Alter häufiger als Schizophrenie sind wahnhaftige Störungen, die mit dem Sammelbegriff Paranoia bezeichnet werden. Verschiedene Ursachen werden diskutiert:

- ▶ Paranoia kann eine Fortsetzung einer schon früher vorhandenen Störung sein.
- ▶ Sie wird aber oft auch durch hirnorganische Störungen wie Demenz oder Delir ausgelöst. Bei Demenz können Wahnvorstellungen dazu dienen, Erinnerungslücken zu füllen.
- ▶ Eine möglicherweise wichtige Ursache von Paranoia im Alter ist Schwerhörigkeit oder generell die Einschränkungen der Sinnesfunktionen. Wenn die Betroffenen schlecht hören, können sie glauben, dass andere mit Absicht leise reden, damit sie nichts verstehen können. Darauf wird dann mit der Entwicklung paranoider Wahnvorstellungen reagiert. In einem bedeutenden Experiment konnten Zimbardo et al. (1981) nachweisen, dass eine den Betroffenen nicht bewusste Schwerhörigkeit zur Entwicklung paranoider Gedanken führt.
- ▶ Auch soziale Isolation kann Wahnvorstellungen fördern, da die Betroffenen nicht die Möglichkeit haben, ihr Misstrauen gegen andere zu überprüfen.

Bei der Diagnose sollte beachtet werden, dass nicht alle alten Menschen, die Verfolgungsgedanken äußern, eine wahnhaftige Störung haben. Das Alter macht verletzlich und anfällig für reale Formen von Missbrauch.

In der Therapie von Paranoia sind Geduld, Empathie und Unterstützung gefragt. Erst wenn der Patient Vertrauen gefasst hat, können die Wahnvorstellungen anhand kognitiver Methoden in Frage gestellt werden. Bei Schwerhörigkeit ist eine Hörhilfe vonnöten. Bei sozialer Isolation können die Betroffenen z. B. durch Verhaltensübungen darin unterstützt werden, soziale Kontakte auszubauen. Antipsychotika können zwar zur Behandlung wahnhafter Störungen im Alter eingesetzt werden, sollten aber wegen körperlicher Risiken (vgl. 6.3.1) mit erhöhter Vorsicht verabreicht werden.

Depression

Die Symptome der Depression unterscheiden sich zwischen Alten und Jungen: Alte Menschen haben weniger Schuldgefühle und suizidale Gedanken. Sie leiden stärker an motorischer Verlangsamung und Gewichtsverlust und klagen häufiger über somatische Beschwerden und Gedächtnisstörungen. Meistens ist eine Depression im Alter die Fortsetzung einer schon lange anhaltenden Krankheitsgeschichte. Depressionen, die erst im Alter einsetzen, gehen häufig auf körperliche Ursachen zurück. Bei chronischen Gesundheitsstörungen im Alter, u. a. bei Demenz, Schlaganfall oder Parkinson, leiden bis zu 40 % der Betroffenen auch an depressiver

Symptomatik. Neben körperlichen und organisch bedingten psychischen Störungen können weitere Faktoren eine Depression im Alter verursachen:

- ▶ Medikamente, z. B. zur Blutdrucksenkung oder gegen Parkinson, und Hormonpräparate können depressive Symptome auslösen oder verschlimmern.
- ▶ Auch im Alter spielt eine genetische Diathese für affektive Störungen eine Rolle.
- ▶ Psychische Belastungen, z. B. der Verlust des Ehepartners, können depressive Episoden im Alter auslösen.

Die Depression im Alter lässt sich mit den gleichen Mitteln erfolgreich behandeln wie bei Jüngeren auch. Dazu gehören kognitive Verhaltenstherapie (vgl. 7.3.3), die Interpersonale Psychotherapie (vgl. 7.3.2) und Antidepressiva (vgl. 7.3.5). Da sich jedoch im Alter die Nebenwirkungen von Antidepressiva häufiger und gefährlicher äußern als bei Jüngeren, sind nichtmedikamentöse Behandlungen zu bevorzugen. In der Psychotherapie sollte besonders auf die Lebensveränderungen im Alter eingegangen werden, die es zu bewältigen gilt.

Angstsymptome und Angststörungen

Wie Depressionen können auch Angststörungen im Alter eine Fortsetzung früherer Zustände sein oder aber erstmals auftreten. Viele Betroffene leiden unter ungerechtfertigten Ängsten, die jedoch nicht die vollen Kriterien einer Angststörung erfüllen. Daher wird die Prävalenz von Angst im Alter in epidemiologischen Untersuchungen möglicherweise unterschätzt. Zu den Ursachen von Angstsymptomen gehören körperliche Krankheiten wie Stoffwechselstörungen (z. B. Hypoglykämie), endokrine Störungen (z. B. Schilddrüsenüberfunktion) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. dekompensierte Herzinsuffizienz), aber auch Gesundheitssorgen, medikamentöse Nebenwirkungen, z. B. von Antidepressiva oder Parkinsonmitteln, sowie Delir und Demenz.

Angststörungen im Alter wurden bislang nur unzureichend erforscht. Vermutlich lassen sie sich mit den gleichen therapeutischen Methoden behandeln wie bei Jüngeren auch (vgl. 8.1.4). Tranquilizer werden zwar häufig von Ärzten verschrieben, sind jedoch wie auch andere Medikamente mit einem erhöhten Risiko verbunden.

Sexuelle Funktionsstörungen

Landläufige Vorurteile sprechen Älteren sexuelles Vermögen und Interesse ab. Dies entspricht jedoch nicht den Tatsachen: Gesunde Menschen können sogar bis zum Alter von 100 Jahren mit Lust sexuelle Aktivitäten ausüben. Weder das sexuelle Interesse noch die sexuelle Aktivität nehmen im Alter zwangsläufig ab. Dennoch kommt es zu physiologischen Veränderungen der sexuellen Reaktionsfähigkeit.

- ▶ Bei Männern dauert es länger, bis eine Erektion zustande kommt; diese kann dann aber vor der Ejakulation länger aufrechterhalten werden. Der Orgasmus ist weniger intensiv, und es wird weniger Samenflüssigkeit ausgestoßen als bei Jüngeren. Danach baut sich die Erektion schneller ab.
- ▶ Bei Frauen dauert es länger, bis sich sexuelle Erregung aufbaut. Wegen des sinkenden Östrogenspiegels verringert sich die vaginale Lubrikation, es kann zu Juckreiz in der Vagina kommen, und die Hautempfindlichkeit kann sich verändern; daher werden das Einführen des Penis und das Streicheln der Brüste nicht mehr so angenehm empfunden wie bei Jüngeren. Die Kontraktionen beim Orgasmus werden seltener und weniger rhythmisch und können Unbehagen oder gar Schmerzen verursachen. Anschließend lässt die Erregung schneller nach.

Durch die physiologischen Veränderungen kann es zu sexuellen Funktionsstörungen kommen. Wenn Männer oder ihre Partnerinnen auf den verlangsamten Aufbau der Erektion mit Beunru-