

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet

Bearbeitet von

Herausgegeben von Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, und Iris Veit

1. Auflage 2019. Buch. 408 S. Hardcover

ISBN 978 3 456 85729 9

Format (B x L): 17,9 x 24,6 cm

Gewicht: 917 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



Detlef E. Dietrich
Cornelia Goesmann
Jochen Gensichen
Iris Hauth
Iris Veit
(Hrsg.)

Praxisleitfaden

Psychische

Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern
gemeinsam für die Praxis erarbeitet

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit

Programmbereich Medizin

**Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann,
Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit**
(Hrsg.)

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern
gemeinsam für die Praxis erarbeitet

unter Mitarbeit von

Ilka Aden
Borwin Bandelow
Frank Bergmann
Martin Bohus
Detlef E. Dietrich
Hermann Elgeti
Petra Garlipp
Jochen Gensichen
Cornelia Goesmann
Iris Tatjana Graef-Calliess
Gerhard Gründer
Arthur Günthner
Elmar Habermeyer
Iris Hauth
Markus Herrmann
Walter Hewer
Fritz Hohagen

Vjera Holthoff-Detto
Hanna Kaduszkiewicz
Joachim Klosterkötter
Thorsten Körner
Uwe Lange
Michael Linden
Margrit Löbner
Thomas Messer
Manfred Nowak
Frank-Gerald Pajonk
Michael Paulzen
Michael Pentzek
Andrea Pfennig
Jana Rauschenbach
Steffi Riedel-Heller
Theresia Rost
Rainer Schaefer

Ingo Schäfer
Hildegard Schain
Julia Schellong
Maren Schneider
Nils Schneider
Meryam Schouler-Ocak
Cornelis Stadtland
Katarina Stengler
Sarah Trost
Iris Veit
Tanja Veselinović
Ulrich Voderholzer
Jens Wiltfang
Manfred Wolfersdorf
Bartosz Zurowski



Korrespondenzadressen der Autoren:

siehe Autorenverzeichnis

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG

Lektorat Medizin

Länggass-Strasse 76

3012 Bern

Schweiz

Tel: +41 31 300 45 00

E-Mail: verlag@hogrefe.ch

Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Susanne Ristea, Lisa Maria Pilhofer

Bearbeitung: Martin Kortenhaus, MT-Medizintexte GbR, Illertissen

Herstellung: René Tschirren

Umschlagabbildung: iStockphoto/sturti

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: punktgenau GmbH, Bühl

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín

Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95729-6)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75729-2)

ISBN 978-3-456-85729-9

<http://doi.org/10.1024/85729-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	17
<hr/>	
I Einführung und Navigationshilfe	19
1 Einleitung	21
<i>Cornelia Goesmann, Detlef E. Dietrich</i>	
Literatur	22
2 Leitsymptome psychischer Erkrankungen	23
<i>Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen</i>	
2.1 Bewusstseinsstörungen	23
2.2 Orientierungsstörungen	24
2.3 Aufmerksamkeit und Konzentration	24
2.4 Gedächtnis	25
2.5 Denkstörungen	26
2.6 Zwänge	26
2.7 Wahn	27
2.8 Wahrnehmungsstörungen	27
2.9 Ich-Störungen	28
2.10 Affektivität	28
2.11 Selbstschädigendes Verhalten	29
2.11.1 Suizidalität	30
2.11.2 Eigengefährdung durch Desorientiertheit	30
2.12 Fremdgefährdung	30
2.13 Störungen des Antriebs und der Psychomotorik	31
2.14 Krankheitseinsicht	31
2.15 Intrusionen	31
2.16 Wichtige körperliche Befunde bei psychischen Störungen	32
Literatur	32
3 Psychopharmakotherapie	33
<i>Michael Paulzen, Tanja Veselinović, Gerhard Gründer</i>	
3.1 Einleitung	33
3.2 Grundlagen	33
3.2.1 Geschichte	33

3.2.2	Wirkstoffspiegel und Therapiesteuerung	35
3.2.3	Therapeutisches Drug-Monitoring	35
3.2.4	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Risiken einer Psychopharmakotherapie	36
3.3	Antidepressiva	38
3.3.1	Charakteristika	38
3.3.2	Routineuntersuchungen	40
3.3.3	Therapeutisches Drug-Monitoring	41
3.4	Stimmungsstabilisierer	45
3.4.1	Charakteristika	45
3.4.2	Routineuntersuchungen	49
3.4.3	Therapeutisches Drug-Monitoring	51
3.5	Antipsychotika	51
3.5.1	Charakteristika	51
3.5.2	Therapeutisches Drug-Monitoring	53
3.5.3	Notfälle durch Antipsychotika	53
3.6	Anxiolytika und Hypnotika	55
3.6.1	Charakteristika	55
3.6.2	Anwendung	56
3.7	Antidementiva	57
3.8	Psychostimulanzien	59
3.9	Psychopharmakotherapie in speziellen Notfallsituationen	59
3.9.1	Akute Suizidalität	59
3.9.2	(Akute) psychomotorische Erregungszustände	60
3.9.3	Delirante Syndrome	64
	Literatur	64
4	Psychotherapie aus Sicht des Hausarztes	67
4.1	Gesprächsleistungen und Psychotherapie in der Hausarztpraxis <i>Michael Linden</i>	67
4.1.1	Inhaltlich und formal voneinander abzugrenzende Formen verbaler Interventionen	67
4.1.2	Inhalt von Gesprächen zwischen Allgemeinarzt und Patient	69
4.1.3	Wirksamkeit der allgemein-ärztlichen und psychosomatischen Grundversorgung	72
4.2	Was ist psychosomatische Grundversorgung? <i>Iris Veit</i>	74
4.2.1	Psychosomatische Grundversorgung ist eine Kernkompetenz hausärztlicher Tätigkeit	74
4.2.2	Historisches: Psychosomatische Grundversorgung als Teil des Versorgungssystems und der Weiterbildung	77
4.2.3	Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden	77
	Literatur	80

II Akutversorgung psychischer Krisen in der hausärztlichen Praxis	83
5 Notfallpsychiatrie	85
<i>Thomas Messer, Frank-Gerald Pajonk</i>	
5.1 Grundlagen	85
5.1.1 Definition	85
5.1.2 Epidemiologie	86
5.1.3 Notfallpsychiatrisch relevante Störungsbilder und Situationen	86
5.1.4 Notarzt und Rettungsdienst	88
5.2 Wichtige psychiatrische Syndrome im notärztlichen und hausärztlichen Bereitschaftsdienst	88
5.2.1 Agitiertheit und fremdaggressives Verhalten psychisch kranker Menschen	89
5.2.2 Bewusstseinsstörungen – delirante Syndrome/Verwirrtheitszustände	95
5.2.3 Drogennotfälle	100
5.2.4 Psychopharmakainduzierte Notfälle	101
5.2.5 Rechtliche Aspekte	103
Literatur	104
6 Suizidalität	107
<i>Manfred Wolfersdorf</i>	
6.1 Einleitung	107
6.1.1 Unser heutiges Verständnis von Suizidalität	107
6.1.2 Begriffsbestimmung von Suizidalität	108
6.2 Epidemiologische Anmerkungen	110
6.3 Risikogruppen und Suizidprävention	111
6.3.1 Risikogruppen	111
6.3.2 Suizidprävention	113
Literatur	116

III Versorgung psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis	117
7 Affektive Störungen, Depressionen	119
7.1 Manische Episode und bipolare affektive Störung	119
<i>Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen</i>	
7.1.1 Manische Episode und Hypomanie	119
7.1.2 Bipolare affektive Störung	120
7.1.3 Tipps für das diagnostische und das Behandlungsgespräch	122
7.1.4 Therapie	124
7.2 Unipolare Depression	127
<i>Jochen Gensichen, Detlef E. Dietrich</i>	
7.2.1 Diagnostik	128
7.2.2 Häufigkeit	129
7.2.3 Depression als Komorbidität	130
7.2.4 Therapie	130
Literatur	135

8	Angststörungen	137
	<i>Borwin Bandelow, Jochen Gensichen</i>	
8.1	Diagnostik	137
8.2	Häufigkeit	140
8.3	Differenzialdiagnostik	140
8.4	Tipps für das Behandlungsgespräch	140
8.5	Therapie	142
	8.5.1 Nicht-pharmakologische Behandlung	142
	8.5.2 Medikamentöse Therapie	142
	Literatur	147
9	Suchterkrankungen	149
	<i>Arthur Günthner, Manfred Nowak (9.1–9.6), Uwe Lange (9.7)</i>	
9.1	Leitsymptome	150
9.2	Epidemiologie	150
9.3	Diagnostik und differenzialdiagnostische Aspekte/Erwägungen	151
	9.3.1 Screening	151
	9.3.2 Assessment	153
9.4	Behandlung	154
	9.4.1 Versorgungsanlässe	155
	9.4.2 Motivationale Gesprächsführung	155
	9.4.3 Beratung, Therapieplanung, Kurzintervention	160
	9.4.4 Medikamentöse Therapie	161
9.5	Hinweise zu einzelnen Stoffgruppen/Substanzen und spezielle Interventionen bei substanzbezogenen Suchterkrankungen	163
	9.5.1 Störungen durch Alkohol	163
	9.5.2 Störungen durch illegale Drogen	164
	9.5.3 Störungen durch Medikamente	166
	9.5.4 Störungen durch Tabak	167
	9.5.5 Störungen durch Halluzinogene und neue psychoaktive Substanzen („legal/illegal highs“)	168
9.6	Zusammenfassung	169
9.7	Substitution kann gelingen – ein Erfahrungsbericht aus der Praxis	169
	9.7.1 Einleitung	169
	9.7.2 Substitution bei Opioidabhängigkeit	170
	9.7.3 Organisation und Durchführung in der Praxis unter formalen und ärztlichen Aspekten	172
	9.7.4 Komorbiditäten der Suchtkranken	177
	9.7.5 Kooperationen und Vertretungen	178
	9.7.6 Handlungsapell	179
	Literatur	180
10	Schizophrenie und Wahn	183
	<i>Petra Garlipp, Detlef E. Dietrich</i>	
10.1	Begriffsdefinition	183
10.2	Diagnostik	184
	10.2.1 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	184

10.3	Differenzialdiagnostik	187
10.4	Tipps für das Behandlungsgespräch	188
10.5	Therapie	188
10.5.1	Medikamentöse Therapie	188
10.5.2	Andere Maßnahmen	189
10.5.3	Psychotherapie	190
	Literatur	191
11	Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (NFS)	193
	<i>Iris Veit, Markus Herrmann, Rainer Schaefer</i>	
11.1	Diagnostik	193
11.1.1	Häufige Beschwerden und Schweregradeinteilung	193
11.1.2	Klassifikation	193
11.2	Häufigkeit	194
11.3	Ätiopathogenese	195
11.3.1	Wahrnehmungs-Filter-Modell	195
11.3.2	Weitere Modelle	196
11.3.3	Integratives Störungsmodell: Brücke zwischen Patient und Arzt	197
11.4	Beziehungsdynamik zwischen Arzt und Patient: programmierte Enttäuschung	199
11.5	Umgang mit NFS	199
11.5.1	NFS in der Hausarztpraxis	199
11.5.2	NFS bei schwereren/komplizierten Verläufen	204
11.5.3	Gestufte, kooperative und koordinierte Versorgung	205
	Literatur	207
12	Psychische Störungen während und nach der Schwangerschaft	209
	<i>Maren Schneider, Nils Schneider</i>	
12.1	Häufigkeit und Risikofaktoren	209
12.2	Babyblues und Depression	210
12.2.1	Diagnostik	210
12.2.2	Differenzialdiagnostik	211
12.2.3	Therapie	212
	Weiterführende Literatur	213
13.1	Zwangsstörungen – Einleitung	215
	<i>Bartosz Zurowski, Fritz Hohagen, Ilka Aden</i>	
13.1.1	Leitsymptome	215
13.1.2	Epidemiologie und Verlauf	216
13.1.3	Diagnostik	216
13.1.4	Differenzialdiagnostik	217
13.1.5	Therapie	217
13.2	Zwangsstörungen aus fachpsychiatrischer Sicht	219
	<i>Bartosz Zurowski, Fritz Hohagen</i>	
13.2.1	Leitsymptome	219
13.2.2	Epidemiologie und Verlauf	219

13.2.3 Diagnostik	219
13.2.4 Differenzialdiagnostik	219
13.2.5 Therapie	220
13.2.6 Tipps für das Behandlungsgespräch	222
Literatur	223
13.3 Zwangsstörungen aus hausärztlicher Sicht	225
<i>Ilka Aden</i>	
13.3.1 Pathophysiologische Modellvorstellungen	225
13.3.2 Diagnostik	226
13.3.3 Therapie	226
13.3.4 Überweisung zum Psychotherapeuten/Gebietsarzt für Psychiatrie	228
14 Essstörungen	229
<i>Thorsten Körner, Ulrich Voderholzer</i>	
14.1 Diagnostik	229
14.1.1 Leitsymptome	229
14.1.2 Früherkennung bei Verdacht auf eine Essstörung	231
14.2 Häufigkeit	232
14.3 Tipps für das Behandlungsgespräch	233
14.4 Differenzialdiagnostik	233
14.5 Therapie	234
14.5.1 Medikamentöse Therapie	234
14.5.2 Cave	234
14.5.3 Weitere Maßnahmen	235
Literatur	235
<hr/>	
IV Patienten mit psychischen Erkrankungen in speziellen Lebenssituationen	237
15 Hohes Alter und psychische Erkrankungen	239
<i>Walter Hewer, Vjera Holthoff-Detto</i>	
15.1 Organische psychische Störungen	240
15.1.1 Delir	240
15.1.2 Andere organische psychische Störungen	241
15.2 Depressive Syndrome und Suizidalität im hohen Lebensalter	242
15.2.1 Depressive Syndrome	242
15.2.2 Suizidalität	245
15.3 Weitere Erkrankungen	246
15.3.1 Substanzbedingte Störungen	246
15.3.2 Psychotische Störungen	248
15.3.3 Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	249
15.3.4 Somatoforme und Angststörungen	249
15.4 Besonderheiten im praktischen Vorgehen	250
Literatur	251

16 Demenz	253
<i>Jens Wiltfang, Sarah Trost</i>	
16.1 Definition und klinische Symptomatik	253
16.2 Demenzformen und Häufigkeiten	254
16.3 Diagnostik und Differenzialdiagnostik	255
16.3.1 Psychiatrische Differenzialdiagnosen	256
16.3.2 Screeningverfahren und Kurztests zur Demenzdiagnostik	257
16.3.3 Weitere diagnostische Verfahren	258
16.4 Therapie	259
16.4.1 Medikamentöse Therapieverfahren	259
16.4.2 Nicht medikamentöse Therapieverfahren (psychosoziale Interventionen)	260
Literatur	261
17 Ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen	263
<i>Cornelia Goesmann</i>	
17.1 Einleitung	263
17.2 Patientenstruktur in Alten- und gerontopsychiatrischen Pflegeheimen	263
17.3 Somatische Komorbidität	264
17.4 Therapieziele	265
17.5 Aufgaben des Hausarztes	265
17.6 Rechtslage bei Betreuungen	266
17.7 Kooperation des Hausarztes	267
17.7.1 Ziele einer guten kooperativen Heimversorgung	267
17.7.2 Kooperation mit dem Facharzt	267
17.7.3 Kooperation mit den Heimmitarbeitern	267
17.7.4 Multiprofessionelle Kooperation	268
Literatur	268
18 Migranten und Geflüchtete in der Hausarztpraxis	269
<i>Iris T. Graef-Calliess, Meryam Schouler-Ocak</i>	
18.1 Einleitung	269
18.2 Migration und Akkulturation	270
18.2.1 Migrationserfahrung und Akkulturationsprozesse	270
18.2.2 Traumatische Erfahrungen von Geflüchteten	270
18.2.3 Migrations- und kulturspezifische Anamnese	271
18.2.4 Häufige Störungsbilder bei Migranten und Geflüchteten	273
18.3 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung	275
18.3.1 Inanspruchnahme und interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems	275
18.3.2 Sprach- und Kulturmittler	276
18.3.3 Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten	277
18.4 Implikationen für die hausärztliche Praxis	280
Literatur	281

V	Psychotraumata und Selbstverletzung	285
19	Gewalt im sozialen Nahraum und sexualisierte Gewalt	287
	<i>Julia Schellong</i>	
19.1	Einleitung	287
19.1.1	Definitionen	287
19.1.2	Prävalenz	288
19.2	Gesundheitliche Folgen von Gewalterleben	289
19.2.1	Körperliche Folgen von Gewalterleben	289
19.2.2	Psychische Folgestörungen	289
19.3	„Worte für Unsagbares“	289
19.3.1	Dunkelfeldstudie	289
19.3.2	Ärzte als zentrale Schnittstelle im Hilfesystem	290
19.4	Hinsehen – Erkennen – Handeln	290
19.4.1	Traumainformierte Praxis	292
19.4.2	Weitervermittlung in spezialisierte Hilfestrukturen	293
19.4.3	Selbstfürsorge	294
	Literatur	294
20	Traumatisierung und körperliche Erkrankung	297
	<i>Ingo Schäfer</i>	
20.1	Einleitung	297
20.2	Traumatisierungen in Kindheit und Jugend	297
20.3	Gesundheitsfolgen früher Traumatisierungen	298
20.3.1	Psychische Erkrankungen	298
20.3.2	Körperliche Gesundheit	298
20.4	Vermittelnde Faktoren	299
20.5	Screening in der Hausarztpraxis	300
20.5.1	Hochrisikopatienten ermitteln	301
20.5.2	Kindheitsbelastungen erfragen	301
	Literatur	302
21	Selbstverletzendes Verhalten	303
	<i>Martin Bohus</i>	
21.1	Leitsymptom	303
21.2	Inzidenz	304
21.3	Differenzialdiagnostische Aspekte	304
21.3.1	Wirkmechanismen von Selbstverletzungen	305
21.3.2	Wichtige differenzialdiagnostische Überlegungen	305
21.4	Therapie	308
	Literatur	309

VI Präventive Psychiatrie in der primärärztlichen Versorgung	311
22 Vorsorgeuntersuchung und Screenings bei jungen Menschen	313
<i>Andrea Pfennig, Joachim Klosterkötter</i>	
22.1 Epidemiologie	313
22.2 Vorsorgeuntersuchungen	314
22.2.1 Jugendgesundheitsuntersuchung J1	314
22.2.2 Jugendgesundheitsuntersuchung J2	316
22.2.3 Vorsorgeuntersuchungen für junge Erwachsene	316
22.3 Screening-Instrumente	316
22.4 Zusammenfassung	317
Literatur	317
23 Früherkennung affektiver Störungen	319
<i>Detlef E. Dietrich</i>	
23.1 Depression	319
23.1.1 Frühsymptome	319
23.1.2 Screening-Fragebögen	320
23.1.3 Burn-out-Syndrom	322
23.1.4 Risikofaktoren	323
23.1.5 Residualsymptome	323
23.2 Bipolar-II-Störung	324
23.3 Bündnisse gegen Depression	325
Literatur	326
24 Frühwahrnehmung und Risikoabschätzung von Demenzen in der Hausarztpraxis	327
<i>Michael Pentzek, Hanna Kaduszkiewicz</i>	
24.1 Einleitung	327
24.2 Allgemeinmedizinische Demenzerkennung	328
24.3 Risikogruppen	328
24.4 Vorgehen und Instrumente für die Hausarztpraxis	328
24.5 Kognitive Kurztests	330
24.6 Konsequenzen aus Frühwahrnehmung, Risikoabschätzung und Früherkennung	334
24.7 Fazit	334
Literatur	334
VII Forensische und organisatorische Fragen für Hausärzte	337
25 Sozialrechtliche Begutachtung	339
<i>Cornelis Stadland</i>	
25.1 Einleitung	339
25.2 Aspekte des Sozialrechts	339
25.2.1 Strukturen des Sozialrechts	339
25.2.2 Bewertungsmaßstäbe im Sozialrecht	339
25.2.3 Fehlerquellen	340

25.2.4	Gesetzliche Rentenversicherung	341
25.2.5	Fazit: „Medikalisierung“ allgemeiner menschlicher Lebenserfahrungen und Lebensbereiche vermeiden	342
25.3	Gutachtenbeispiel und Kommentierung (fiktives Beispiel einer Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung)	342
25.3.1	Diagnose und Erläuterung	342
25.3.2	Arbeitsunfähigkeit	343
25.3.3	Gesetzliche Rentenversicherung	343
25.3.4	Schwerbehindertengesetz	344
25.3.5	Unfallversicherungen, soziales Entschädigungsrecht	344
25.3.6	Geschäftsfähigkeit	344
	Literatur	344
26	Gundlagen der Begutachtung zum Betreuungsrecht	347
	<i>Elmar Habermeyer</i>	
26.1	Voraussetzungen	347
26.2	Gründe für die Einrichtung einer Betreuung	347
26.3	Praktische Aspekte der Betreuung	348
	Literatur	349
27	Beurteilung von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit	351
	<i>Frank Bergmann, Hildegard Schain</i>	
27.1	Einleitung	351
27.2	Arbeitsunfähigkeit	352
27.3	Berufsunfähigkeit	353
27.4	Erwerbsunfähigkeit	354
27.5	Beispiele	354
	Literatur	355
28	Psychische Erkrankungen und Arbeit	357
	<i>Katarina Stengler, Jana Rauschenbach</i>	
28.1	Einleitung	357
28.2	Arbeit und ihre gesundheitsförderlichen und für psychisch kranke Menschen therapeutischen Aspekte	358
28.3	Arbeitsplatzbezogene psychische Belastungsfaktoren, einschließlich Burn-out-Syndrom: Definition und Einordnung	359
28.4	Aktionsfeld und Akteure: Arbeit und psychische Gesundheit	360
28.5	Implikationen für die Praxis	362
	Literatur	364
29	Chancen von internetbasierten Interventionen für körperliche und psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis	365
	<i>Theresia Rost, Steffi Riedel-Heller, Margrit Löbner</i>	
29.1	Einleitung	365
29.2	Indikationen, Evidenz und Akzeptanz von internetbasierten Interventionen	366
29.3	Versorgungssituation durch internetbasierte Interventionen in Deutschland	367

29.4 Moodgym – ein kostenfreies internetbasiertes Selbstmanagementprogramm zur Reduktion depressiver Symptomatik	368
Literatur	370
30 Basiswissen Sozialpsychiatrie	371
<i>Hermann Elgeti</i>	
30.1 Einführung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Hausarztmedizin und Sozialpsychiatrie	371
30.2 Ungleichmäßige Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung	372
30.3 Erste Empfehlung: Zusammenstellung eines Wegweisers zur Nutzung gemeindepsychiatrischer Hilfen	373
30.4 Zweite Empfehlung: Vorbereitung auf vier typische Problemfälle im Praxisalltag	374
30.5 Zukunftsperspektiven: Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Hausarztmedizin und Sozialpsychiatrie	375
Weiterführende Literatur	376
Autorenverzeichnis	377
Sachwortverzeichnis	383
<hr/>	
VIII Anhänge	401
Anhänge	403

Vorwort

Die zentrale Rolle des Hausarztes bei Diagnostik und Langzeitbehandlung von akuten wie chronischen Störungen, in der Koordination von Patientenanliegen und in der oft lebenslangen Betreuung seiner ihm anvertrauten Kranken stellt eine wichtige und anerkannte Säule unseres Gesundheitswesens dar.

Gut gelingen können diese Aufgaben aber nur bei einer engen Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten. Optimal ist deswegen eine ständige Kommunikation über individuelle Fragen der gemeinsamen Patienten wie über Neuentwicklungen in den jeweiligen Fachgebieten. Als sehr hilfreich für die (unerlässliche) Fortbildung der Hausärzte stellen sich daher gemeinsame Veranstaltungen dar, in denen Fachärzte anderer Gebiete zusammen mit Hausärzten Themen anbieten, die speziell auf die Bedürfnisse der täglichen hausärztlichen Praxis zugeschnitten sind.

Dasselbe gilt für Lehrbücher und andere schriftliche Medien – das vorliegende Buch hat als Praxisleitfaden den Anspruch, in der Kooperation von Hausärzten und Fachärzten wesentliche Krankheitsbilder der Psychiatrie, ihre Diagnostik, Therapie und sozialen Konsequenzen anhand von Fragestellungen des hausärztlichen Alltags darzustellen. Die Autoren sind sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Jedes einzelne Kapitel wurde von einem Hausarzt und Psychiater zusammen verfasst oder von einem Tandem-Team Hausarzt/Facharzt so überarbeitet, dass es den spezifischen allgemeinmedizinischen Bedarf trifft. Neben den an Krankheitsbildern orientierten Kapiteln gibt es Beiträge, die psychische Erkrankungen insbe-

sondere unter dem Blickwinkel spezifischer Lebenssituationen bzw. der Früherkennung betrachten oder rechtliche und organisatorische Fragen in den Fokus nehmen.

Auch zukünftig soll sich dieses Buch am aktuellen Informationsbedarf der Hausärzte/innen orientieren. Deshalb verfolgen wir das Ziel, es in regelmäßigen Abständen an diesen Bedarf anzupassen. Hierzu bieten wir allen Lesern/innen an, Rückmeldungen und Anregungen für folgende Auflagen des Buches zu geben (Rückmeldungen bitte an den Verlag senden, Kontakt siehe Impressum).

Geboren wurde die Idee zu dem vorliegenden Praxisleitfaden beim sogenannten „Schwerpunkt Hausarztpraxis“ des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Auch hier stehen die Kooperation Hausarzt-Facharzt und die inhaltliche Fokussierung von Symposien und Vorträgen auf die spezifischen Bedürfnisse der hausärztlichen Versorgung ganz im Vordergrund. Viele der dortigen Referenten sind als Autoren im vorliegenden Buch vertreten.

Die Herausgeber hoffen, mit diesem Konzept hausärztliche Leser anzusprechen und zur engen Kommunikation zwischen den beiden Fachgruppen beitragen zu können.

Dezember 2018

Detlef E. Dietrich
Cornelia Goesmann
Jochen Gensichen
Iris Hauth
Iris Veit

Einführung und Navigationshilfe

1 Einleitung

Cornelia Goesmann, Detlef E. Dietrich

Die Anzahl behandelter psychisch überlagerter und primär psychiatrisch erkrankter Patienten hat nicht nur im subjektiven Erleben des einzelnen Hausarztes, sondern auch in gesundheitspolitischen Studien und Statistiken deutlich zugenommen.

Mit rund 30 % wird derzeit das Risiko in der Normalbevölkerung angegeben, mindestens einmal im Leben an einer seelischen Störung zu erkranken. Psychische Erkrankungen sind in Deutschland inzwischen die Hauptursache für eine vorzeitige Berentung und in 20 % die Indikation für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Häufigste Diagnosen sind depressive Störungen, Angststörungen, Belastungsreaktionen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen, insbesondere alkoholbedingte Störungen.

Die meisten Betroffenen suchen in der Regel zuerst bei ihrem Hausarzt Hilfe und Behandlung. Nach einer repräsentativen Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der AOK, des WIdO, von Ende 2013 waren es 84,5 % der zufällig ausgewählten Bürger, die angaben, bei psychischen Problemen zuerst den Facharzt für Allgemeinmedizin angesprochen zu haben. Von diesen wurden sie in 43 % zur Weiterbehandlung an einen Psychotherapeuten und in 13 % an den Facharzt für Psychiatrie bzw. den Nervenarzt überwiesen.

Dass psychische Störungen oft zuallererst beim Allgemeinarzt diagnostiziert werden, liegt nicht nur am hohen Vertrauen, das diese Patien-

ten ihren Hausärzten entgegenbringen, sondern auch an der zu beachtenden Komorbidität von rein somatischen und psychischen Störungen sowie an der hohen Anzahl von Patienten mit funktionellen bzw. nicht spezifischen Körperbeschwerden, die eine Abklärung körperlicher Beschwerden wünschen.

So lautete schon das Fazit einer Studie der WHO von 1996 [1]: „In der allgemeinärztlichen Versorgung sollten körperliche und seelische Gesundheit der Patienten gleichrangige Behandlungsziele darstellen. Die hohe Prävalenz von gleichzeitig vorhandenen psychischen und somatischen Störungen und die dabei erhöhte psychosoziale Beeinträchtigung erfordern die gleichzeitige Beachtung und ggf. Behandlung der beiden Symptomebenen.“

Prädestiniert zu dieser Aufgabe sind die Hausärzte, die in der Regel nicht nur den körperlichen Zustand des Patienten, sondern auch seine Familie und seine sozialen und beruflichen Verhältnisse gut kennen und in das gesamte Behandlungskonzept einbeziehen können. Oft sind sie die ersten, die Frühsymptome einer depressiven, wahnhaften oder demenziellen Entwicklung oder den Beginn einer Suchterkrankung erkennen und ansprechen, dann die weitere Behandlung koordinieren und den Betroffenen langjährig begleiten.

Sehr gute Kenntnisse in Psychiatrie und psychosomatischer Medizin, die weit über das im Medizinstudium erworbene Wissen hinausgehen, sind für den Hausarzt deswegen ausgesprochen wichtig. In die Weiterbildungsordnung für das Gebiet Allgemeinmedizin wurde daher die Seminarweiterbildung „Psychosoma-

tische Grundversorgung“ als obligatorischer Bestandteil aufgenommen. Weil sie ihre Kompetenz zur Behandlung seelischer Leiden und ihre Kommunikationsfähigkeiten gegenüber betroffenen Patienten schulen und verbessern wollen, absolvieren viele Hausärzte darüber hinaus noch die fachgebundene Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“.

Um psychisch Kranke und ihre Familien angemessen betreuen und ausreichende Kenntnisse für ihre Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung erwerben zu können, ist außerdem eine gute, ein Arztleben lang gepflegte Fortbildung nötig. Für ein regelmäßiges Update dieser Kenntnisse dient z. B. der „Schwerpunkt Hausarztpraxis“, eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung, angegliedert an den Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Hier stellen Fachärzte und Hausärzte in Kooperation ein aktuelles und kompetentes Fortbildungsprogramm für Hausärzte zusammen, moderieren gemeinsam und achten stets auf hausärztliche Relevanz der Vorträge. Einige der dortigen Referenten sind daher gebeten worden, ihre Beiträge und Forschungsergebnisse für den vorliegenden Praxisleitfaden so aufzubereiten, dass Hausärzte ein praxisnahes Nachschlagewerk für die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen in ihrem Alltag vorfinden. Erleichtert wird ihnen dies durch eine praxisoptimierte Buchform mit einem sich in den einzelnen Kapiteln wiederholenden Raster, hervorgehobenen Abschnitten mit „Praxistipps“ oder mit „Merke“ und „Cave“.

Im Anhang sehen Sie weiterhin Hilfreiches wie Formulare und eine Kurzübersicht über die ICD-10-Klassifikation.

Es finden sich prägnante und auf die wesentlichen Aspekte konzentrierte Kapitel zur heutigen State-of-the-Art-Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder, Kapitel zu Leitsymptomen psychischer Erkrankungen, zum Einsatz von Psychopharmaka und zu psychotherapeutischen Möglichkeiten, Informationen zu Maßnahmen in Notfällen, zum sinnvollen Einschalten sozialpsychiatrischer Institutionen und Fachberufe sowie zur optimierten Kooperation in psychiatrischen Pflegeheimen. Darüber hinaus beinhaltet das Buch Erläuterungen über eine korrekte Begutachtung bei sozialrechtlichen Fragestellungen und über internetbasierte Unterstützungsmöglichkeiten und weitere aktuelle Themen, die auf Wunsch vieler hausärztlicher Kollegen mit aufgenommen wurden.

Angesichts der Zunahme von seelischem und sozialem Leid bei psychisch kranken Menschen soll dieser Praxisleitfaden in übersichtlicher und schnell abrufbarer Form Hausärzten Bausteine für ihr nötiges Fachwissen bieten, damit sie dieser speziellen Patientengruppe ganzheitlich gerecht werden können.

Literatur

1. Linden M, Maier W, Achberger M, et al. Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study. *Nervenarzt*. 1996;67:205–15.

2 Leitsymptome psychischer Erkrankungen

Detlef E. Dietrich, Jochen Gensichen

Es gibt einige Leitsymptome in der psychiatrischen Diagnostik, die pathognomonisch für bestimmte psychische Erkrankung sind. In diesem Kapitel werden die wichtigsten psychiatrischen Symptome (*kursiv*) in einem Überblick beschrieben und Erkrankungen benannt, auf die diese Symptome differenzialdiagnostisch hinweisen können. Es wird dabei die AMDP-Systematik [3] (AMDP = Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) berücksichtigt und auf die allgemeine Psychopathologie nach Scharfetter [2] Bezug genommen. Grundsätzlich gilt, dass sich viele der psychischen Symptome aus den subjektiven Schilderungen der Betroffenen ergeben (z.B. Stimmenhören), andere nur aus der objektiven Beobachtung durch den Untersucher (z.B. Neologismen) und einige Symptome durch Selbst- und Fremdbeurteilung deutlich werden (z.B. eingegengtes Denken). Eine differenziertere Darstellung einzelner (Leit-)Symptome sowie passende Kasuistiken finden sich in den störungsspezifischen Kapiteln. Auf diese wird jeweils hingewiesen.

Durch ein gezieltes Nachfragen zur psychiatrischen und organmedizinischen Vorgeschichte sowie zum Verlauf der akuten Symptomatik wird die Diagnosestellung erleichtert.

Zusätzlich zur systematischen Anamnese können auch einfache Screening-Fragebögen wie der PhQ-D [1], der insbesondere für die Diagnostik der wichtigsten psychischen Beschwerden in der primärärztlichen Versorgung entwi-

ckelt wurde, Anamneseerhebung und Diagnostik erleichtern. Der psychopathologische Befund sollte folgende Aspekte beschreiben:

- äußeres Erscheinungsbild
- Mimik und Gestik
- Bewusstsein und Orientierung
- zwischenmenschliches Verhalten
- Psychomotorik
- Wahrnehmung
- Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen
- Antrieb
- Stimmung
- Denken
- Ich-Erleben
- Suizidalität und Fremdgefährdung

2.1 Bewusstseinsstörungen

Störungen des Bewusstseins werden in quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen unterteilt. Die **quantitativen Bewusstseinsstörungen**, die Bewusstseinsverminderung, die man als Veränderungen auf einer Schlaf-wach-Skala verstehen kann, sind:

- *Benommenheit* (der Patient ist verlangsamt und in der Informationsaufnahme und -verarbeitung eingeschränkt)
- *Somnolenz* (der Patient ist abnorm schläfrig, aber leicht erweckbar)
- *Sopor* (Patient schläft und ist nur durch starke Reize erweckbar)
- *Koma* (Patient ist bewusstlos und nicht erweckbar)

Unter den **qualitativen Bewusstseinsstörungen** versteht man:

- *Bewusstseinstrübung* (gekennzeichnet durch eine Verwirrtheit von Denken und Handeln, d. h., der Zusammenhang des Erlebens geht verloren, wirkt zerstückelt)
- *Bewusstseinsinengung* (Einengung des Bewusstseinsumfangs, z. B. im Sinne einer Fokussierung auf ein bestimmtes Erleben bei gleichzeitig vermindertem Ansprechen auf Außenreize, wie z. B. beim epileptischen Dämmerzustand)
- *Bewusstseinsverschiebung* (Bewusstseinsveränderungen im Sinne von Intensitäts- und Helligkeitssteigerungen oder Bewusstseinssteigerung der Wachheit und der Wahrnehmung intrapersonaler oder externer Vorgänge wie z. B. beim Halluzinogen-Konsum)

Bewusstseinsstörungen sind meist Ausdruck hirnorganischer Veränderungen (Kap. 5.2, Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2) oder von Intoxikationen (Kap. 5.2 und Kap. 9.5).

Merke

Bewusstseinsverschiebungen entziehen sich in der Regel der Beobachtung und müssen gezielt erfragt werden.

2.2 Orientierungsstörungen

Orientierungsstörungen sind gekennzeichnet durch ein eingeschränktes Wissen über zeitliche, räumliche, situative und/oder persönliche Fakten:

- Unter *zeitlicher Desorientiertheit* versteht man das fehlende Wissen über das aktuelle Datum, den Tag, das Jahr und die Jahreszeit.
- *Örtliche Desorientiertheit* beschreibt das eingeschränkte Wissen darüber, wo sich jemand gerade befindet.

- Bei der *situativen Desorientiertheit* erfasst der Patient die Situation nicht korrekt, in der er sich gerade befindet (wähnt sich z. B. in der Schule anstatt in der Klinik).
- Bei der *Desorientiertheit zur eigenen Person* kann der Patient den eigenen Namen, das eigene Geburtsdatum und sonstige wichtige persönliche lebensgeschichtliche Fakten nicht benennen.

Desorientiertheit findet sich in unterschiedlicher Ausprägung insbesondere bei akuten und chronischen hirnorganischen Prozessen (Kap. 3.9, Kap. 5.2, Kap. 16).

Praxistipp

Um eine Bloßstellung der betroffenen Menschen möglichst zu vermeiden, sollten die notwendigen Fragen soweit möglich im Verlauf des Gesprächs geschickt versteckt werden. Eine kreative Gesprächsführung ist hierbei sehr hilfreich.

2.3 Aufmerksamkeit und Konzentration

Unter *Aufmerksamkeitsstörungen* versteht man eine Beeinträchtigung von Umfang und Intensität der Aufnahme von Wahrnehmung, Vorstellungen oder Gedanken.

Konzentrationsstörungen sind Beeinträchtigungen der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausreichend lange auf bestimmte Tätigkeiten, Gegenstände oder Sachverhalte ausrichten zu können. Als orientierende Prüfung der Konzentrationsfähigkeit können einfache Testaufgaben dienen, die hilfreicher sind als die subjektive Beurteilung der Störung. In der Praxis einfach durchzuführen sind z. B. die Aufgaben, eine Zahl fortlaufend zu subtrahieren (z. B. 100

- 7, - 7 usw.), das Buchstabierenlassen längerer Wörter (z.B. Landebahn, Rückhaltebecken) oder das Rückwärtsaufsagen von Monaten oder Wochentagen. Ein Steckenbleiben oder der Abbruch der Aufgabe sind als pathologisch zu werten.

Schwere Konzentrationsstörungen werden subjektiv oft als Gedächtnisstörung erlebt („Ich kann mir nichts mehr merken.“) wie z.B. bei depressiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2).

Konzentrationsstörungen finden sich insbesondere bei hirnorganischen Störungen (Kap. 5.2, Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2, Kap. 16.3), bei affektiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2), Intoxikationen (Kap. 5.2, Kap. 9.5) oder bei der Schizophrenie (Kap. 10).

Wenn Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung nicht begriffen und nicht miteinander verbunden werden können, spricht man von *Auffassungsstörungen*. Diese werden in der Regel automatisch im Gespräch ermittelt. Hierbei stellt sich die Frage, ob der Betroffene nur konkrete oder auch abstrakte Gesprächsinhalte erfasst. Möchte man dies gezielter untersuchen, kann die Bitte hilfreich sein, ein Sprichwort zu deuten oder eine Bildergeschichte nachzuzählen.

2.4 Gedächtnis

Unter Gedächtnis versteht man die Fähigkeit, neue aktuelle und ältere Erfahrungen wiederzugeben. Unterschieden werden insbesondere *Störungen der Merkfähigkeit* sowie des *Altgedächtnisses*, bei differenzierterer Betrachtung werden Ultrakurz- (im Sekundenbereich), Kurzzeit- (im Minutenbereich) und Langzeitgedächtnisinhalte (dauerhaft) unterschieden. Störungen der Gedächtnisfunktionen können meist im Untersuchungsgespräch ausreichend gut abgeschätzt werden. Entweder berichtet der Betroffene selbst über Vergesslichkeit oder

man fragt ihn nach Gesprächsinhalten aus dem Beginn des Gesprächs oder den Inhalt des letzten Arztbesuchs („Worüber haben wir bei Ihrem letzten Arztbesuch hier gesprochen?“).

Unter einer *Amnesie* versteht man eine inhaltliche und zeitlich begrenzte Erinnerungslücke. Bei einer *retrograden Amnesie* ist ein bestimmter Zeitraum vor dem Ereignis betroffen und bei einer *anterograden Amnesie* ein bestimmter Zeitraum nach dem Ereignis.

Bei *Konfabulationen* werden Erinnerungslücken mit Einfällen ausgefüllt, die der Patient selbst für Erinnerungen hält. Unter *Paramnesien* versteht man verfälschte Erinnerungen wie „Déjà-vu“ (das Gefühl, Situationen schon früher erlebt zu haben) oder „Jamais-vu“ (Situationen noch nie erlebt zu haben). Unter einer *transitorischen globalen Amnesie* versteht man akute vorübergehende Episoden von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen.

In der klinischen Praxis interessiert insbesondere, wie sich Merkfähigkeit und Altgedächtnis prüfen lassen. Zur orientierenden Beurteilung der Merkfähigkeit kann man z.B. Telefonnummern nachsprechen lassen (5-7 aufeinanderfolgende einstellige Zahlen), 3 Gegenstände benennen lassen, die sofort und etwa nach 2-5 Minuten im Gespräch wiederholt werden sollen. Das Altgedächtnis lässt sich insbesondere aus der Anamnese erschließen, wenn objektive Daten wie Berufsabschluss, Heirat oder Geburt der Kinder bekannt sind.

Aufschlussreich kann auch die Frage an den Patienten nach der eigenen Einschätzung seiner Gedächtnisfunktion sein.

Störungen der Gedächtnisfunktion kommen insbesondere bei organisch bedingten psychischen Störungen (Kap. 15.1, Kap. 16.1, Kap. 16.2, Kap. 16.3 sowie Kap. 23.1), bei suchtmittelbezogenen Störungen (Kap. 9.5) und als Folge von Gewalterfahrungen (Kap. 19.2) vor. Konfabulationen finden sich meist beim Korsakow-Syndrom (Kap. 26.2).

2.5 Denkstörungen

Denkstörungen sind Störungen des Denkablaufs, sie werden von den Patienten meist selbst bemerkt und/oder äußern sich im Wesentlichen sprachlich.

Bei der *Denkverlangsamung* ist der Gedankengang verzögert, schleppend, häufig von Patienten als *Denkhemmung* empfunden (wie bei der Depression [Kap. 7.2]). Beim *eingeeengten Denken* ist der inhaltliche Umfang eingeschränkt und oft auf ein oder wenige Themen beschränkt (z. B. auf Schuldgefühle oder den Tod bei suizidalen Krisen [Kap. 6.1]). Das *umständliche Denken* ist gekennzeichnet durch Weitschweifigkeit und unwesentliche Denkinhalte, die wesentliche Denkinhalte oft überdecken.

Bei der *Perseveration* werden gleiche Denkinhalte wiederholt und der Betroffene haftet an vorherigen Worten und Angaben, die zum Zeitpunkt der Äußerung nicht mehr sinnvoll erscheinen (z. B. bei der Schizophrenie [Kap. 10.2] oder demenziellen Prozessen [Kap. 16.1]). Beim *Gedankendrängen* fühlt sich der Betroffene überflutet von wiederkehrenden Gedanken und Einfällen (Manie [Kap. 7.1]). Beim *Grübeln* ist der Patient kontinuierlich mit bestimmten Gedanken beschäftigt, die als unangenehm erlebt werden und in den meisten Fällen im Zusammenhang mit der aktuellen Lebenssituation stehen (zwanghaftes Grübeln [Kap. 13.1], negatives Grübeln bei der Depression [Kap. 7.2]).

Bei der *Ideenflucht* werden Gedankengänge durch assoziative neue Ideen verdrängt, ohne dass ein zusammenhängendes zielgerichtetes Denken entsteht (z. B. bei manischen Syndromen [Kap. 7.1] oder Amphetaminintoxikation [Kap. 5.2]). Beim *Gedankenabreißen* gibt es plötzliche Abbrüche sonst flüssiger Gedankengänge (besonders bei Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1] und Intoxikationen [Kap. 5.2]). Bei der *Inkohärenz/Denkzerfahrenheit* ist ein sprunghafter Gedankengang nachweisbar, dem

die logischen assoziativen Verknüpfungen fehlen. Bei schweren Verlaufsformen kann der Satzbau zerstört sein (Paragrammatismus) bis hin zu einer unverständlichen Aneinanderreihung von Worten und Silben (Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1]). Unter *Neologismen* versteht man Neubildungen, die nicht unmittelbar verständlich sein müssen (Schizophrenie [Kap. 10.2], Demenz [Kap. 16.1]). Beim *Vorbeireden* geht der Betroffene auf scheinbar verstandene Fragen nicht inhaltlich ein und bringt etwas anderes zum Ausdruck (Schizophrenie).

2.6 Zwänge

Zwänge sind sich wiederkehrend aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die vom Betroffenen selbst als unsinnig oder übertrieben erlebt werden, aber nur schwer zu unterbinden sind. Bei *Zwangsgedanken* wird besonders deren Persistenz und oft gleichförmige Wiederholung als belastend empfunden. Auch *magisches Denken* kann auftreten („wenn ich beim Gehen die Fugen berühre, habe ich heute Pech“).

Zwangsimpulse sind sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die wiederum als unsinnig oder übertrieben erlebt werden, wie z. B. etwas wiederholt zu kontrollieren, sich oder andere zu schädigen, obszöne Dinge auszusprechen o.Ä.

Zwangshandlungen treten meist aufgrund von Zwangsimpulsen und Zwangsbefürchtungen auf und müssen meist in einer bestimmten Form oder Reihenfolge durchgeführt werden (Kap. 13.1). Häufig sind Wasch- und Kontrollzwänge.

Praxistipp

Hilfreich kann die Frage sein: „Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten (oder Handlungen ausgeführt), die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie gar nicht wollten?“

2.7 Wahn

Wahnideen zählen zu den inhaltlichen Denkstörungen. Sie sind oft im Kontakt nicht offensichtlich, weil sie vom Patienten nicht aktiv benannt werden. Für den wahnhaften Charakter der Gedanken ist typisch, dass sie nicht korrigierbar eine subjektive und nicht realitätskonforme Einschätzung der Realität darstellen, an denen die Betroffenen mit Gewissheit festhalten.

Es werden unterschiedliche Wahnsymptome unterschieden: Mit *Wahneinfall* ist das plötzliche Auftreten wahnhafter Überzeugungen gemeint, bei der *Wahnwahrnehmung* wird richtigen Sinneswahrnehmungen eine abnorme Bedeutung zugeschrieben, als *Wahnstimmung* bezeichnet man ein unbestimmtes Gefühl, dass etwas nicht stimmt, Vieles erscheint den Betroffenen unheimlich, unwirklich, auf sich bezogen, häufig wirken Betroffene dadurch ängstlich und ratlos. Unter *Wahndynamik* versteht man die affektiven Aspekte des Wahns, die Stärke der im Wahn wirkenden Affekte. Beim *systematischen Wahn* werden Wahnideen durch subjektiv logische Verknüpfungen zu einer Art Wahngebäude verknüpft, d. h. z. B., dass eine Wahnidee durch eine andere erklärbar wird.

Beim *Beziehungswahn* werden Personen oder Geschehnisse aus der Umwelt pathologisch auf sich bezogen. Beim *Bedeutungswahn* wird einem eher zufälligen Ereignis eine besondere überwertige Bedeutung zugeschrieben (Meldungen im Fernsehen werden z. B. auf sich selbst bezogen). Wahnsymptome sind insbesondere Ausdruck einer Schizophrenie (Kap. 10.2), wahnhafter Manie oder Depression (Kap. 7.1, Kap. 7.2) oder Intoxikation (Kap. 5.2).

Weitere häufige Wahnthemen sind *Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn*, *Liebeswahn* (die wahnhafte Überzeugung, man werde von jemand anderem geliebt), *Eifersuchtswahn*, *Verarmungswahn*, *nihilistischer Wahn*, *Schuldwahn*

(z. B. wahnhafte Überzeugung, Schuld an der eigenen Erkrankung oder dem Leid anderer zu sein) und *hypochondrischer Wahn* (die 4 letztgenannten sind typisch für die wahnhafte Depression), *Größenwahn* (bei wahnhafter Manie). Im Kap. 10 werden einzelne Wahnformen differenzierter beschrieben und Beispiele benannt.

Praxistipp

Besteht der Verdacht, dass die Schilderungen des Betroffenen auf Wahnsymptome hinweisen, könnten folgende Fragen hilfreich sein: „Ist Ihnen in letzter Zeit etwas merkwürdig vorgekommen? Waren Sie beunruhigt oder hatten Sie Angst? Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen jemand etwas Böses will, etwas gegen Sie hat? Haben Sie in letzter Zeit das Gefühl gehabt, man beobachtet Sie besonders oder spricht über Sie? Wenn ja, können Sie dies bitte beschreiben.“

2.8 Wahrnehmungsstörungen

Halluzinationen sind Sinnestäuschungen/Trugwahrnehmungen, die ohne Außenreiz auftreten und vom Betroffenen als real eingeschätzt werden. Im Gegensatz hierzu unterscheidet man *Illusionen*, bei denen etwas Wirkliches, Gegenständliches für etwas anderes gehalten wird.

Halluzinationen unterscheidet man insbesondere nach ihrer sensorischen Qualität:

Merke

Akustische Halluzinationen (einfache bis hochkomplexe wie z. B. Stimmenhören) finden sich insbesondere bei der Schizophrenie oder bei wahnhaften Störungen (Kap. 10.1, Kap. 10.2), *optische Halluzi-*

nationen (hier auch wieder einfache bis zu komplexen Szenen) meist bei hirnor-
ganischen Ursachen (Kap. 5.2, Kap. 9.1,
Kap. 15.1).

Seltener sind *olfaktorische und gustatorische Halluzinationen* (z. B. bei wahnhaften Vergiftungs-
ängsten, der Betroffene rieche oder schmecke
„das Gift“), *Zönästhesien*, d. h. Sinnestäuschun-
gen im Bereich der Körperwahrnehmung (häu-
figer bei wahnhaften Störungen im Alter), und
taktile Halluzinationen.

Unter *hypnagogen Halluzinationen* versteht
man optische und akustische Sinnestäuschun-
gen in der Einschlaf- oder Aufwachphase sowie
im Halbschlaf. Sie können auch bei Gesunden
auftreten, z. B. bei Sinnesdeprivation oder Me-
ditation.

Weitere Sinnesstörungen sind z. B. Verände-
rungen der Wahrnehmungsintensität wie die
Mikro-/Makropsie (Gegenstände werden klei-
ner, entfernter oder näher und größer wahrge-
nommen) sowie *Metamorphopsie* (Dinge werden
verzerrt oder in Farbe und Form verändert
wahrgenommen).

2.9 Ich-Störungen

Unter Ich-Störungen versteht man Erlebenswei-
sen, bei denen es zu Störungen der Ich-Umwelt-
Grenze oder zu Störungen des personalen Ein-
heitserlebens kommt. Bei der *Derealisation*
werden das Umfeld oder das Zeiterleben als un-
wirklich (unvertraut, sonderbar) verändert er-
lebt, bei der *Depersonalisation* erlebt sich der Pa-
tient selbst als fremd, unwirklich oder verändert.

Diese Phänomene können bei Gesunden in
besonderen Situationen (Ermüdung, Erschöp-
fung, Isolation) vorkommen oder bei neuroti-
schen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, In-
toxikationen, Depression und Psychosen.

Bei der *Gedankenausbreitung* gehören die
Gedanken nicht mehr dem Patienten allein,
sondern andere wissen, was er denkt, beim *Ge-
dankenentzug* werden die Gedanken als wegge-
nommen oder „abgezogen“ erlebt, unter *Ge-
dankeneingebung* versteht man das Gefühl, dass
Gedanken oder Vorstellungen beeinflusst, ge-
lenkt, gesteuert oder eingegeben werden.

Zu den Ich-Störungen zählen auch Fremdbeeinflussungserlebnisse, bei denen Gefühle, In-
tentionen, Verhalten oder Körperfunktionen als
„gemacht“ erlebt werden.

Ich-Störungen zählen zu den wichtigsten
Symptomen der Schizophrenie (Kap. 10.1, Kap.
10.2).

2.10 Affektivität

Veränderungen des Affekts kommen bei Gesun-
den und bei psychischen Störungen vor. Der
Krankheitswert wird insbesondere durch die Aus-
prägung und zusätzliche Symptome bestimmt.
Deprimiertheit und *Freudlosigkeit* zählen zu den
Kernsymptomen depressiver Störungen (Kap. 7.1
und Kap. 7.2). Weitere depressive Symptome kön-
nen das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ (Verlust af-
fektiven Erlebens) sein, die *Affektarmut*, die auch
bei der Schizophrenie und Persönlichkeitsstörun-
gen vorkommen kann, sowie *Klagsamkeit* und
Ängstlichkeit, die häufig ungerichtet ist.

Praxistipp

Eine hilfreiche Frage zur Klärung möglicher (hypo-)manischer Symptome wie pathologischer Euphorie kann sein: „Waren sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, sodass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“

Eine pathologische *Euphorie*, wechselhafte Affekte bis hin zu Wutausbrüchen finden sich

häufig bei manischen Syndromen (Kap. 7.1), bei Intoxikationen (Kap. 5.2) oder beim Suchtmittelmissbrauch (Kap. 9).

Dysphorie und *Gereiztheit* können bei depressiven und manischen Syndromen sowie Mischepisoden bipolarer Störungen vorkommen, sind aber insgesamt eher unspezifische Symptome und können bei vielen anderen psychischen Syndromen vorkommen. *Affektlabilität* oder *Affektinkontinenz* finden sich insbesondere bei organisch bedingten psychischen Störungen (vgl. Kap. 15.1, Kap. 15.2, Kap. 15.3, Kap. 16.2).

Eine *Affektstarre* ist häufig bei depressiven Störungen (Kap. 7.1, Kap. 7.2), nicht selten auch bei der Schizophrenie (Kap. 10.2) oder organisch bedingten psychischen Störungen (Kap. 15.1, Kap. 15.2, Kap. 15.3, Kap. 16.1, Kap. 16.2) zu finden. Eine *Parathymie* (das von den Patienten berichtete Erleben und der äußere Gefühlsausdruck stimmen nicht überein) findet sich insbesondere bei der Schizophrenie (Kap. 10.2).

Ängste sind zunächst als gesunde Phänomene anzusehen, werden aber ab einer bestimmten Intensität als pathologisch gewertet. Sie werden unterschieden hinsichtlich ihres Charakters sowie ihrer Intensität und können dabei unspezifisch (*generalisierte Angst*) oder spezifisch auf eine Situation oder ein Objekt gerichtet (*Phobie*) sein und sich in ihrer Intensität bis zur Panikattacke steigern. Häufig sind Ängste mit körperlichen Symptomen wie vermehrtem Schwitzen oder Puls- und Blutdruck-erhöhung verbunden. Nicht selten werden auch Herzstechen, Luftnot, Engegefühle im Hals oder Bauchbeschwerden angegeben. Phobien gehen meist mit Vermeidungsverhalten einher, das zur Symptompersistenz beiträgt (vgl. Kap. 8.1).

Ängste treten außer bei Angststörungen u. a. auch bei depressiven Syndromen und psychotischen Störungen auf (psychotische Ängste sind oft begleitet von *Misstrauen*), sowie bei körperlichen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und substanzmittelbezogenen Störungen.



Praxistipp

Hilfreiche Fragen, um Ängste näher zu spezifizieren sind:

- „Hatten Sie schon einmal einen Angst-anfall, bei dem Sie plötzlich von ganz starker Angst, Bekommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“ (Panikstörung)
- „Haben Sie sich schon einmal über mindestens 1 Monat oder länger ängstlich, angespannt oder voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“ (generalisierte Angststörung)
- „Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“ (soziale Phobie)
- „Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“ (Agoraphobie)
- „Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“ (spezifische Phobie)

Folgen von Störungen der Affektregulation sind nicht selten *Aggressivität*, *selbstschädigende Verhaltensweisen* und *Suizidalität*.

2.11

Selbstschädigendes Verhalten

Selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten ist ein typisches Symptom der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und kann auch bei Psychosen vorkommen. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung tritt die Selbstverletzung oft im

Sinne von „Ritzen“ auf, um hierdurch eine innere Anspannung zu reduzieren, die als unerträglich erlebt wird (Kap. 21.1). Bei psychotischen Erkrankungen treten Selbstverletzungen hingegen weniger kontrolliert und meist mit gravierenderen Folgen auf. Hierbei handelt es sich meist um Folgen imperativer Stimmen oder suizidaler Handlungen.

2.11.1 Suizidalität

Das Thema Suizidalität sollte bei jedem Gespräch, bei dem der Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung entsteht, behutsam angesprochen werden: „Haben Sie aktuell lebensmüde Gedanken?“. Wird dies bejaht oder erscheint Suizidalität möglich, muss dieses Thema näher beleuchtet werden. Das Suizidalitätsrisiko ist insbesondere bei schweren De-

pressionen (Kap. 7.2), bipolaren Störungen (Kap. 7.1), Schizophrenie (Kap. 10) und im Alter (Kap. 15.2) erhöht (s. a. Kap. 6).

2.11.2 Eigengefährdung durch Desorientiertheit

Demenzerkrankungen (Kap. 16.2) gehen mit Desorientiertheit einher, die je nach Ausprägung der Erkrankung zu unterschiedlichen Situationen der Eigengefährdung führen kann. Bei der Abschätzung der Eigengefährdung ist man meistens auf die Hinweise der Angehörigen oder der betreuenden Personen angewiesen. Häufige selbst- und potenziell auch fremdgefährdende Situationen sind z. B. der angelassene Herd. Nicht selten kommt auch das Hinlaufen oder Verlaufen vor und führt insbesondere in kälteren Jahreszeiten zur Eigengefährdung.

2.12 Fremdgefährdung

Neben der Eigengefährdung sollte auch auf eine mögliche Fremdgefährdung geachtet werden. Hat man einen solchen Verdacht, könnte man gezielt nach früheren Anzeigen oder Strafen wegen Körperverletzung fragen oder nach aggressiven Impulsen und ggf. danach, in welchen Situationen diese auftreten und gegen wen sie sich richten. Gewalttätiges Verhalten im Rahmen psychiatrischer Notfälle wird in Kap. 5.2 behandelt.

Praxistipp

Zur Klärung des Suizidrisikos können folgende Fragen hilfreich sein:

- „Haben Sie in letzter Zeit öfter denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Das heißt: Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt?“
- „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie dies tun würden?“
- „Haben Sie eventuell sogar Vorbereitungen getroffen?“
- „Gibt es etwas, was Sie davon abhält?“
- „Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?“
- „Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis schon mal jemand das Leben genommen?“

Praxistipp

Sowohl im Fall möglicher Fremdgefährdung als auch möglicher Eigengefährdung sollte dokumentiert werden, dass man sich hierüber Gedanken gemacht hat (z. B. „eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung wurde glaubhaft verneint“).

2.13

Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

Ist der allgemeine Antrieb zur Durchführung einer Handlung vermindert, spricht man in der Regel von *Antriebsarmut* oder *Antriebshemmung*, im entgegengesetzten Fall von einer *Antriebssteigerung*. Antriebsstörungen können letztlich bei fast allen psychischen Störungen als Begleitphänomen auftreten, sind aber insbesondere als Leitsymptom der affektiven Störungen zu sehen (Kap. 7.2). Hier zählen sie mit zu den Kernsymptomen der Erkrankung. Eine Antriebsarmut oder Antriebshemmung findet sich insbesondere bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen. Bei der Depression mit somatischen Symptomen (melancholische Verlaufsform) ist der Antrieb insbesondere am Morgen vermindert. Eine Antriebssteigerung findet sich insbesondere bei (Hypo-)Manien der bipolaren Störung und Intoxikationen. Meist ist die Antriebssteigerung bei der Manie verbunden mit einem vermehrten Tatendrang, motorischer Unruhe, verstärktem Redefluss (Logorrhö) sowie Distanzminderung (Kap. 7.1, Kap. 23.2).

Hirnorganische Störungen können mit Veränderungen des Antriebs in beiden Richtungen einhergehen. Weitere häufiger mit Veränderungen des Antriebs einhergehende Erkrankungen sind die Schizophrenie und schizoaffektive Störung (Kap. 10.2) und der Suchtmittelmissbrauch bzw. die Suchtmittelabhängigkeit (Kap. 9.5).

Unter psychomotorischen Störungen werden insbesondere Störungen der durch psychische Vorgänge geprägten Bewegungsabläufe verstanden. Dies können folgende Phänomene sein:

- (psycho-)motorische Unruhe
- manieriertes, bizarres oder theatralisches Verhalten
- Mutismus (Wortkargheit bis hin zum Verstummen) sowie das Gegenteil hierzu, die Logorrhö

Eine gesteigerte Psychomotorik ist ein Leitsymptom der Manie (Kap. 7.1). Eine starke Einschränkung der Bewegungsabläufe im Sinne eines katatonen Stupors ist selten, aber typisch für die Schizophrenie (Kap. 10.2). Zu bedenken ist, dass auch depressive Störungen mit einer gesteigerten Psychomotorik (Unruhe) einhergehen können, man spricht dann von einer „agitierten Depression“ oder es liegt eine Mischepisode einer bipolaren Störung vor.

2.14

Krankheitseinsicht

Ein *Fehlen der Krankheitseinsicht* findet sich typischerweise als Symptom in der manischen Episode einer bipolaren Störung (Kap. 7.1, Kap. 23.2). Die Betroffenen fühlen sich gesund und in der Regel „ganz ausgezeichnet“ und keinesfalls krank. Erst in der depressiven Phase sind ein Leidensdruck und eine Krankheitseinsicht vorhanden, die allerdings in der nächsten (hypo-)manischen Episode meist wieder verschwunden sind. Bei der Schizophrenie (Kap. 10.2) ist die Krankheitseinsicht insbesondere bei wahnhaften Symptomen und bei der fortgeschrittenen Demenz (Kap. 16.1, Kap. 16.2) durch realitätsferne Überzeugungen beeinträchtigt.

2.15

Intrusionen

In der Folge von Traumatisierungen (vgl. Kap. 19.2) können sich traumatische Bilder, Szenen und Gefühle „überfallartig“ aufdrängen oder durch bestimmte Situationen aktiviert werden. Dazu gehören Flashbacks (Nachhallerinnerungen) und Alpträume. Auslösende Situationen werden in der Regel vermieden. Intrusionen sind oft begleitet durch vegetative Übererregung, Ängste, Schlaflosigkeit und depressive Symptome.

Merke

Häufig sind traumaassoziierte Symptome schamhaft besetzt und müssen explizit erfragt werden, z. B.: „Treten bei Ihnen häufiger sich plötzlich aufdrängende belastende Erinnerungen (z. B. Bilder) an die Traumatisierung (an eine belastende Situation) auf?“

2.16**Wichtige körperliche Befunde bei psychischen Störungen**

Häufige vegetative und somatische Befunde, die auf eine psychische Störung hinweisen können und ggf. spezifischer erfragt werden sollten, sind:

- *Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Verkürzung der Schlafdauer, Früherwachen, Tagesmüdigkeit*
- *Appetitstörungen* (vermindert oder vermehrt), *vermehrter Durst*
- *verminderte* oder auch *gesteigerte sexuelle Appetenz*
- *gastrointestinale Störungen* mit Mundtrockenheit, Hypersalivation, Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Obstipation, Diarrhö
- *kardiorespiratorische Störungen* (Atembeschwerden, Schwindel, Herzklopfen, Herzdruck)

- *vegetative Symptome* wie Akkommodationsstörungen, vermehrtes Schwitzen, Seborrhö, Miktionsstörungen, Menstruationsstörungen
- *allgemeine Beschwerden* wie Kopfdruck/Kopfschmerz, Rückenbeschwerden, Schweregefühl in den Beinen, Hitzegefühl, Frösteln

Somatische Beschwerden bei nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden werden in Kap. 11.1 behandelt. Als mögliches Frühsymptom kommen sie außerdem bei affektiven Störungen vor (Kap. 23.1).

Zusammenfassung

- Leitsymptome können auf eine bestimmte psychische Störung hinweisen. Eine differenzialdiagnostische Betrachtung ist jedoch notwendig. Insbesondere müssen organische Störungen als Ursache stets ausgeschlossen werden.

Literatur

1. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. 2. Aufl. [Internet]. Heidelberg/New York: Pfitzer; 2002 [abgerufen am 28.08.2018]. Verfügbar unter: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf
2. Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1991.
3. Trabert W, Stieglitz RD, Hrsg. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. Aufl. Bern: Hogrefe; 2007.