



Schweizerischer Verband
der Ernährungsberater/innen
Association suisse
des diététicien-ne-s
Associazione Svizzera
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

Nutri Info

6/2024

November / Novembre / Novembre



Nutritional Psychiatry

Fallbeispiel aus der Praxis: Ernährungsberatung von psychisch erkrankten Personen

Die Ernährungsberatung von psychisch erkrankten Menschen ist eine vielschichtige, herausfordernde, aber sehr spannende Aufgabe. Im folgenden Artikel wollen wir diesen therapeutischen Prozess vorstellen.



Carla Caduff BSc
Ernährungsberaterin SVDE,
Psychiatriezentrum
Münsingen



Katrin Haas BSc
Ernährungsberaterin SVDE,
Leitung Ernährungsbera-
tung, KSA Spital Zofingen,
Leitung SVDE Fachgruppe
Psychiatrie, Ernährungs-
psychologische Beraterin IKP



Martin Ruegge BSc
Ernährungsberater SVDE
Privatklinik Wyss AG und
Ernährungsberatung
MonBijou in Bern und
Münchenbuchsee

Mit einem Fallbeispiel aus der Praxis lässt sich ein Einblick in die umfangreiche Arbeit der Ernährungsberatung in der Psychiatrie geben: *Frau M., 37 Jahre alt, verheiratet, Mutter einer 6-jährigen Tochter, gutes soziales Umfeld, arbeitet Teilzeit im Büro. Sie hat seit mehreren Jahren Angstzustände und ist auf Grund derer seit der Geburt ihrer Tochter in psychologischer Behandlung. Ihr Gewicht ist schon fast ihr ganzes Leben ein Thema. Mit ihrem aktuellen Gewicht, bei einem BMI von 29, fühlt sie sich unwohl. Im letzten Jahr hat sie kontinuierlich zugenommen. Sie isst tagsüber wenig und abends sehr grosse Mengen. Sie beschreibt ihr Essverhalten abends als unkontrollierbar.*

An Tagen, an denen sie ihre Arbeit, die Rolle als Mutter und parallel ihre Ängste nur schwer meistern kann, trinkt sie verstärkt alkoholische Getränke. In den letzten Monaten war das nahezu täglich in steigenden Mengen der Fall. Zuletzt war sie für mehrere Wochen krankgeschrieben, da es ihr nicht

mehr möglich war, sich auf die Arbeit zu konzentrieren. Bei einem gemeinsamen Gespräch mit ihrem Mann und der Psychologin äusserte sie zudem, dass sie vor dem Schlafen die Dosis an Temesta eigenständig erhöht hat und sich tagsüber immer öfter versucht hat, mit Alkohol zu beruhigen. Sie fühlt sich als Versagerin, hat das Gefühl, die Erwartungen an ihre Rolle als Mutter nicht zu erfüllen, und hat Angst vor einem Jobverlust und den daraus resultierenden Existenzängsten. Aus diesen Gründen wird sie auf die Akutstation einer psychiatrischen Klinik eingewiesen.

In psychiatrischen Kliniken gibt es ein grosses Angebot an begleitenden Therapien, welche ressourcenorientiert den Prozess begleiten und nicht als Beschäftigung, sondern als Therapie eingesetzt werden. Einige nicht abschliessende Beispiele sind Musik-, Kunst- oder Maltherapie, Körpertherapien wie Physio- oder Tanztherapie, Krafttraining, Walking, Bogenschiessen, Klettern oder auch tiergestützte Therapien. Therapien werden im Einzel- oder im Gruppensetting angeboten. Daneben sind Gespräche mit Bezugspersonen der Pflege und Einzel- wie auch Gruppengespräche mit ärztlichen und psychologischen Fachpersonen möglich. Oft zentral sind Termine beim Sozialdienst, der bei Fragen rund um die Arbeit, Übernahme von Kosten, Wiedereingliederung oder neue Wohnformen unterstützen kann.

In den ersten sechs Wochen auf der Akutstation stabilisiert sich der Zustand von Frau M. nach und nach und sie kommt zur Ruhe. Zu Beginn fällt es ihr schwer, die Betreuung ihrer Tochter an ihren Mann und das familiäre Umfeld abzugeben, sie macht sich sehr grosse Vorwürfe. In den Therapiegesprächen sowie den begleitenden Therapien lernt sie hilfreiche Strategien, mit ihrer

Situation umzugehen und sich selbst besser zu verstehen. Zusätzlich macht sie einen Alkoholentzug, der ihr im neutralen Umfeld leichter fällt. Auch medikamentöse Unterstützung erhält sie.

Medikamente in der Psychiatrie

Psychische Erkrankungen können sowohl die Ursache wie auch die Folge einer Gewichtszunahme sein. Die schlechte psychische Verfassung kann zu sozialem Rückzug, Antriebsmangel und einseitigen Ess- und Trinkgewohnheiten führen – was wiederum in vielen Fällen eine Gewichtszunahme begünstigt. Die Einnahme von Psychopharmaka erhöht das Risiko zusätzlich (1,11). Aus der Rezeptorwirkung und -sekretion von Arzneimittelstoffen können die typischen Nebenwirkungen abgeleitet werden. Es wird momentan von der Hypothese ausgegangen, dass die von den Medikamenten ausgelösten Blockaden an den Histamin1-Rezeptoren zu einer Gewichtszunahme führen können. Je stärker dabei die antihistaminerge Wirkung ist, desto stärker ist die Appetitanregung (9,16). Dazu kommt die dämpfende Wirkung durch die Histamin1- und 5-HT2c-Serotoninblockade, was zusätzlich einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Patienten hat (14). Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, ist eine frühzeitige Anmeldung bei der Ernährungsberatung sowie Bewegungsprogrammen im stationären Setting von hoher Relevanz (11).

Quetiapin

Während einige Medikamente konkret bei bestimmten Krankheiten gegeben werden, kommt das Quetiapin häufig bei Angst- und Schlafstörungen zum Einsatz. Es gilt in diesem Bereich als Off-Label-Medikament (5,6). Im Vergleich zu Benzodiazepinen führt das Quetiapin zu keiner körperlichen Abhängigkeit und wird daher bevorzugt gewählt. Viele Patienten äussern aber verstärkten Appetit und eine schlechte Sättigung als Nebenwirkung – unabhängig von der Dosierung (8).

Frau M. nahm während der ersten sechs Wochen weiter an Gewicht zu, was sie zunehmend stresste und negative Auswirkungen auf ihr psychisches Befinden hatte. Als Mitursache wurde das Quetiapin vermutet, mit welchem bereits kurz nach Eintritt gestartet wurde. Aus diesem Grund wird sie nun, kurz nachdem sie von der Akut- auf die Therapiestation übergetreten ist, in der Ernährungsberatung angemeldet.

Ernährungsberatung im stationären psychiatrischen Setting

Die Ernährungsberatung im stationären psychiatrischen Setting ist weitläufig und umfangreich. Hier zweit Inputs zum Umgang mit verändertem Appetitverhalten, zum Beispiel ausgelöst durch Medikamente.

Dual-Prozess-Modell und verhaltensorientierte Beratung

Bei der Dual-Prozess-Theorie geht es darum, dass unser Verhalten hauptsächlich durch automatisierte Reaktionen bestimmt wird. Dies läuft oft unbewusst und routiniert ab und wird durch Erfahrungen und Lernprozesse beeinflusst. Das heisst die Erstreaktion von Menschen auf eine Situation basiert immer auf automatisierten Prozessen. Dabei geht es vereinfacht darum, die Grundbedürfnisse zu schützen (3). Dieser Ablauf ist mühelos und effizient und bei Routinetätigkeiten auch sinnvoll – durch die Inflexibilität hingegen nachteilig. Vor allem im Zusammenhang mit dysfunktionalem Verhalten ist eine absichtsvollere und flexiblere Reaktion gewünscht (4). Dazu muss der automatisierte Prozess erkannt und kognitiv entkoppelt werden – was insbesondere psychisch kranken Menschen oft schwerfällt. In der Psychotherapie oder im Beratungssetting bedeutet dies, Patient/innen darin zu begleiten, die entsprechenden Automatismen wahrzunehmen und zu verlangsamen. Dadurch erhält man Zugang zu Inhalten, Verhaltensweisen und Ressourcen der jeweiligen Patient/innen und kann so auf die gesundheitsfördernde Ebene gelangen. (12, 13, 4)

Skills-Training

Die Skillsarbeit geht auf die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) von Marsha

Linehan zurück und wird unter anderem bei emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen in der Therapie genutzt (17, 6). Die Praxis hat aber gezeigt, dass Skills in verschiedenen Behandlungskonzepten integriert werden können und nicht nur auf einzelne Erkrankungen zugeschnitten wurden. Skills sind Fertigkeiten oder Verhaltenstechniken, die Patienten lernen, um besser mit verschiedenen, oft stressigen und belastenden Situationen umgehen zu können. Das Skills-Training wirkt ressourcenaktivierend, fördert die eigene Kompetenz der Patienten und die Veränderung von dysfunktionalem Verhalten (18).

Es gibt keine Liste, was alles zu sogenannten Skills gehört, es sind einfach Fertigkeiten, welche dem Patienten in der Situation helfen können. Dies kann von Patient/in zu Patient/in sehr unterschiedlich sein und über verschiedene Zugangskanäle, wie behaviorale, kognitiv, sensorisch oder physiologisch, erfolgen. Man arbeitet dabei mit sogenannten Skills-Ketten. Skills-Ketten sind Abfolgen von mehreren verschiedenen Skills, die dazu genutzt werden, Spannungen zu reduzieren, aber auch um den Patienten Zeit zu verschaffen, um aus ihren eigenen Automatismen und Routinen herauszukommen. Die Skills-Ketten sollten regelmässige geübt werden, damit sie in den entsprechenden Situationen angewendet werden können (17).

Warum das Dual-Prozess-Modell und Skills in der Ernährungsberatung?

Das menschliche Verhalten wird gesteuert durch unsere eigenen Automatismen, Schemen oder auch Routinen – welche oft sinnvoll sind, da sie unser Leben erleichtern. Bei dysfunktionalem Verhalten oder auch beim Wunsch zu einer Verhaltensänderung können diese Automatismen jedoch sehr einschränkend sein. Wir versuchen, in der Ernährungstherapie unsere Patienten bei einer Verhaltensänderung zu begleiten. Dafür müssen sie ihr Verhalten so gut es geht verstehen, um aus ihrem Automatismus herauszukommen und in eine absichtsvolle Handlung zu gelangen. Eine Gewichtszunahme im stationären psychiatrischen Setting kann nebst der Medikamentenwirkung auch andere, zum

Beispiel psychische Ursachen haben. Dem Verhalten auf den Grund zu gehen ist daher unerlässlich.

Der Begriff Skill und die Arbeit damit ist den meisten Patienten mit einer psychischen Erkrankung nicht unbekannt. Es kann dabei also an ein bereits vorhandenes Vorwissen angeknüpft werden. Im Zusammenhang mit einer medikamentenbedingten Gewichtszunahme reicht oft die gesunde, ausgewogene Ernährung nicht, um einen guten Umgang mit dem veränderten Appetitempfinden zu erreichen. Insbesondere im stationären Setting stellt dies eine grosse Herausforderung dar, da andere Schwierigkeiten meist im Fokus stehen.

Bei starkem Heisshunger hilft aus Erfahrung oft ein starker Reiz über den Mund (sensorischer Skill) wie z.B. Zähneputzen, Zitrone oder Kaugummis bis hin zu Skillbonbons extrasauer oder extrascharf, welche in diversen Onlineshops erhältlich sind.

Nach und nach wird nun auf den Austritt hingearbeitet. Eine Tagesklinik als Anschlusslösung lehnt Frau M. ab, sie will ganz nach Hause, um ihren Mann zu entlasten und für ihre Tochter wieder mehr da sein zu können. In der Ernährungsberatung, wo sie wöchentlich Termine wahrnahm, wurde eine umfangreiche Anamnese durchgeführt und zuerst vor allem am restriktiven Essverhalten tagsüber und dann im Verlauf am Heisshunger abends gearbeitet. Zusätzlich wurde eine ambulante Ernährungsberatung aufgegleist, damit Frau M. direkt nach dem stationären Setting ambulant langfristig weiterbetreut werden konnte. Eine telefonische und schriftliche Übergabe fand statt.

Ernährungsberatung im ambulanten Setting

Zu Beginn der ambulanten Ernährungsberatung war Frau M. alkoholabstinente und ihr Gewicht ist nochmals angestiegen, was Auswirkungen auf ihr psychisches Befinden hatte. Sie entwickelte eine Verlagerung der Kompensationsstrategie zu einer Binge-Eating-Störung in Kombination mit restriktivem Essverhalten.*

*Bei der Therapie von Personen mit Adipositas ist zu berücksichtigen, dass sie häufig die Kriterien eine Binge-Eating-Störung (BES) erfüllen. Die Kriterien der BES orientieren sich an den Diagnosekriterien des DSM-5. Hierzu zählen folgende Merkmale:

Regelmässige Essanfälle, mindestens einmal pro Woche über mindestens drei Monate.

Essanfall:

- Verzehr grosser Nahrungsmengen innerhalb eines abgegrenzten Zeitraums
- deutlich grösser als die Menge, welche die meisten anderen Menschen essen würden
- Gefühl von Kontrollverlust während des Essanfalls

Essanfälle in Kombination mit mindestens drei folgenden Merkmalen:

- Schnelleres Essen als normal
- Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- Grösse Nahrungsmengen essen, ohne sich körperlich hungrig zu fühlen
- Alleine essen aus Scham über die Menge, die gegessen wird
- Nach dem Essanfall Ekelgefühle, depressive Stimmung und/oder Schuldgefühle
- Verzweiflung hinsichtlich des Essanfalls

Die Integration körperzentrierter ernährungspsychologischer Ansätze bei der Therapie von BES ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg (10).

Strategie und Vorgehen im Fallbeispiel

1. Ernährungs(-psychologisches) Assessment

- Anamnese, ernährungs(-psychologische) Biografie, IST-Stand
- «Erlaubte» Lebensmittelauswahl, «Trigger-Food»
- Körperwahrnehmung, Körperbild
- Essauslöser und -muster
- Motivationsklärung
- Körperhaltung, Stimme, Mimik, Gestik, innerer Dialog (Umgang mit sich)

2. Ernährungs(-psychologische) Diagnosekriterien:

- Mahlzeitenrhythmus
- Nährstoffzufuhr der «erlaubten» Mahlzeiten im Vergleich zum Bedarf
- Kriterien für die Lebensmittelauswahl
- Befinden und Körpergefühl vor, während und nach den Mahlzeiten
- Zeitpunkt für die Entscheidung des Essanfalls
- Erkennen des gegebenenfalls restriktiven zu Grunde liegenden Essverhaltens
- Ressourcen für Veränderung (bisherige Erfahrungen, Umfeld, neue Erkenntnisse)

3. Ernährungs(-psychologische) Interventionen:

- Individuelles flexibles und realistisches Ziel (Ist-Soll-Vergleich)
- Strategiekklärung: 1. Essverhalten, 2. Gewichtsabnahme (individuelles Vorgehen)
- Sensibilisierung der Wahrnehmung, Impulskontrolle, Genussintegration
- Akzeptanz und Empathie mit sich: Zusammenhang Emotionen und Essverhalten
- Integration Genuss und eliminierter Lebensmittel
- Rückfallprophylaxe: Umgang mit Risikosituationen

4. Ernährungs(-psychologisches) Monitoring und Evaluation:

- Selbstwirksamkeit: Vertrauen in sich und Motivation
- Akzeptanz des Körpers und Selbstmitgefühl
- Selbstwert und Körperwahrnehmung

Auf Grund des restriktiven Essverhaltens tagsüber wurde zuerst der Schwerpunkt auf die bedarfsdeckende Mahlzeitenzusammenstellung gelegt und im zweiten Schritt die angestrebte Gewichtsabnahme als Ziel definiert. Anhand einer konkreten Beispielsituation wurden die individuellen auslösenden Faktoren eruiert. Entscheidend für Frau M. war das Gefühl der Überforderung in der Erfüllung der Erwartungen der Mutterrolle. Dieses Gefühl war für sie körperlich mit Anspannung und Druck spürbar und sie

kompenzierte es mit ihrem Essverhalten. Die Entstehung des Druckgefühls wurde reflektiert sowie das Bedürfnis dahinter eruiert. Frau M. gelang zur Erkenntnis, dass sie versuchte, Erwartungen zu erfüllen, um ihr psychologisches Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit zu befriedigen. Darunter lag bei ihr ein geringes Selbstwertgefühl mit der Annahme (Glaubenssatz): «Ich werde nur geliebt, wenn ich leiste.»

Die Sätze und Gedanken, die ihr in bestimmten Situationen kommen sowie die entsprechenden Emotionen und Körperempfindungen wurden von Frau M. reflektiert und den inneren Anteilen zugeordnet. Neben dem kritischen sehr strengen und leistungsbezogenen Anteil lernte sie im Beratungsverlauf ihren empathischen selbstfürsorglichen Anteil kennen und gezielt zu verstärken. Dadurch gelang es ihr verstärkt, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und in die Handlungsentscheidung miteinzubeziehen. Die zu Beginn stark wahrnehmbare Anspannung löste sich und ihr Bedürfnis zu essen, um dieses Gefühl zu kompensieren, reduzierte sich.

Die ambulante Therapie in Kombination mit einer bedarfsdeckenden Ernährung tagsüber führte dazu, dass sich die Essanfälle und damit der Leidensdruck bezüglich ihres Essverhaltens deutlich reduzierten. Gleichzeitig stieg ihre Wertschätzung sich selbst gegenüber und ihrem psychischen Befinden. Verstärkt wurde der Effekt zudem durch die Gewichtsreduktion, die sich auf Grund der reduzierten Essanfälle einstellte.

Frau M. gewann so zunehmend Vertrauen in sich, ihre Handlungsfähigkeit und die Therapie. Sie lernte schrittweise, ihren Körper zu akzeptieren. Sie versuchte verstärkt empathisch mit sich umzugehen, insbesondere auch in Situationen, in denen sie anders handelte, als sie es sich vorgenommen hatte. Die regelmässige ernährungspsychologische Begleitung und das interdisziplinäre Setting unterstützten sie und gaben ihr langfristig die Sicherheit und das Vertrauen in sich, die Umstellung beibehalten zu können.

Erklärung zur im Fallbeispiel angewandten Intervention:

Körperwahrnehmung bezeichnet die bewusste und unbewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers. Wahrgenommen werden können Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen. Letztere umfassen die Fähigkeit, körperliche Empfindungen wie Spannung, Entspannung, Schmerzen, Berührungen, Temperatur oder räumliche Positionen von Körperteilen, aber auch Emotionen im Körper wahrzunehmen. Zu Beginn steht das wertfreie Wahrnehmen und im Verlauf die Möglichkeit des flexiblen Wechsels zwischen den Bereichen Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen. Diese Flexibilität kann die Voraussetzung sein, für sich stimmige und «gesunde» (Handlungs-)Entscheidungen zu treffen. Diese Flexibilität und Entscheidungsfreiheit sind nicht immer gegeben (15).

Mögliche Fragen zur Körperwahrnehmung in der Ernährungsberatung

- Was nehmen Sie wahr?
- Was ist jetzt gerade?
- Was löst das bei Ihnen aus?
- Wie merken Sie das im Körper?
- Wie fühlt sich das an?
- Was würde Ihnen (oder Ihrem Körper) jetzt guttun?

Die Arbeit mit inneren Anteilen ist eine Methode, die psychologischen und emotionalen Faktoren zu verstehen, die das Essverhalten beeinflussen. Die inneren Anteile vertreten verschiedene Bedürfnisse, Wünsche oder Ängste. Diese inneren Anteile können miteinander in Konflikt stehen sowie die bewusste Handlungsentscheidung wie das Essverhalten beeinflussen. Innere Anteile sind verschiedene Teile der Persönlichkeit oder des Selbst, die unterschiedliche Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen repräsentieren.

Im Rahmen der ambulanten Therapie geht es darum, diese Anteile zu erkennen, den dahinterstehenden Grundbedürfnissen zuzuordnen, im Verlauf diese schrittweise zu akzeptieren und sie dann miteinander in Beziehung zu setzen und zu integrieren. Das Ziel ist, dass die Person ein tieferes Ver-

ständnis ihrer inneren Dynamiken erlangt und stärkeres Gefühl von Kontrolle über die eigenen Anteile erlangt. Dadurch wird sie selbst handlungsfähiger, um für sich ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, die ihre körperlichen und emotionalen Bedürfnisse einbeziehen

Durch die integrative Arbeit mit den inneren Anteilen in der Ernährungsberatung können Patientinnen und Patienten nicht nur ein besseres Verständnis für ihr Essverhalten entwickeln, sondern es auch langfristig anpassen und die neuen Verhaltensweisen etablieren.

Frau M. lernte mit der Zeit, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und diese in ihre Entscheidungen miteinzubeziehen. Sie reduzierte ihr Arbeitspensum und hatte daher mehr Zeit für sich. Diese für sich zu nutzen war für sie zudem ein herausfordernder Prozess. Seit dem Klinikaufenthalt ist sie alkoholabstinent. Ihre individuellen Risikosituationen und Warnzeichen sind ihr bewusst und sie kennt Strategien für sich, damit umzugehen. Die bewusste Wahrnehmung ihrer Körperempfindungen sowie die Reflektion des inneren Dialogs sind für sie sehr hilfreich in diesem Prozess und unterstützen sie in der Selbstwirksamkeit. Durch gezieltes Anwenden ihrer gelernten Skills ist es ihr verstärkt möglich, ihre Emotionen bewusst zuzulassen, zu akzeptieren und damit umzugehen.

Nur an emotional sehr stark belasteten Tagen war für sie Essen die einzige wirksame Kompensationsstrategie. Sie hatte aber gelernt, sich und ihr Handeln zu verstehen und empathisch mit sich umzugehen, auch wenn ihr Handeln nicht in allen Situationen ihren Vorstellungen entsprach. Von den hohen Leistungsvorgaben und Erwartungen versucht sie sich schrittweise zu lösen.

Somit war ihr Selbstwert nicht mehr von ihrem Gewicht und dessen Abnahme abhängig. Auf Grund des überwiegenden Wegfalls des emotionalen Essens nahm Frau M. zudem stetig ab. Sie hatte kein besonderes Verzichtsgefühl durch die Kalorienreduktion, da sie hilfreiche Skills und Strategien im Umgang mit sich und ihren Emotionen gelernt hatte.

Mit unserem Fallbeispiel wollen wir andeuten, wie komplex die Arbeit in der Ernährungsberatung stationär in der Psychiatrie und ambulant mit psychisch erkrankten Personen sein kann. In diesen Therapien werden die gleichen Beratungskompetenzen benötigt wie bei anderen Indikationen: Empathie, Authentizität und Wertschätzung als vertrauensvolle Basis und für eine kompetente und wirksame Beratung.

Wir wollen unseren Berufskolleginnen und -kollegen Mut machen, Beratungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen motiviert anzugehen. In der Fachgruppe Psychiatrie tauschen wir uns über solche und ähnliche Fallbeispiele aus. Es geht hierbei darum, wie wir unsere Patientinnen und Patienten bestmöglich und kompetent begleiten können, aber auch wie wir selbst mit unseren eigenen Emotionen, Gedanken und Empfindungen im Zusammenhang mit unserer herausfordernden Arbeit umgehen und unsere eigenen Ressourcen stärken. Eine davon ist für uns der Austausch mit anderen Fachpersonen in unserer Fachgruppe.

Literaturverzeichnis

- 1) Arzneimittellexikon für Krankenpflegeberufe. (2016). Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 2) Bronstein, M. V., Pennycook, G., Joormann, J., Corlett, P. R., & Cannon, T. D. (2019). Dual-process theory, conflict processing, and delusional belief. *Clinical Psychology Review*, 72(101748), 101748. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101748>
- 3) Epstein, S. (2014). Cognitive-Experiential Theory: An Integrative Theory of Personality.
- 4) Jäncke, L. (2024). *Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften*. Hogrefe AG.
- 5) Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U. W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F. M., Aud, L. & Hoffmann, S. (2021b). S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen». SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research And Practice, 67(2), 77–103. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000704>
- 6) Lieb, K., die Leitliniengruppe, & Stoffers-Winterling, J. (2020). Die neuen S3-Leitlinien: Borderline Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie Forum*, 24(3–4), 87–88. <https://doi.org/10.1007/s00729-020-00162-1>
- 7) McIntyre, R. S., Kwan, A. T. H., Rosenblatt, J. D., Teopiz, K. M., & Mansur, R. B. (2024). Psychotropic drug-related weight gain and its treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 181(1), 26–38. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2023.922>
- 8) Modesto-Lowe, V., Harabasz, A. K., & Walker, S. A. (2021). Quetiapine for primary insomnia: Consider the risks. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 88(5), 286–294. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88.5.20031>
- 9) Müller, D. J., Peter, C., Puls, I., Brandl, E. J., Lang, U. E., Gallinat, J., & Heinz, A. (2009). Genetics of weight gain associated with antipsychotic medications. *Der Nervenarzt*, 80(5), 556–563. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2650-8>
- 10) Ozier, A. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the Eating and Appraisal Due to Emotions and Stress Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association*.