

Ihr Fernstudium

PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

STUDIENHEFT 12
PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Autorin: Antje Limbach-Mayerhöfer | zertifizierte Dozentin in der Erwachsenenbildung
Herausgegeben von:



**PRIVATAKADEMIE FÜR
PRAKTISCHE PSYCHOLOGIE**

© 2024

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Autors reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

IMPRESSUM:

Entwicklung und Gestaltung: Oleg Haak.

Oberstraße 3, 47829 Krefeld

www.psychologie-zertifikat.de

Inhaltsverzeichnis

Lernorientierung.....	5
Einleitung.....	6
1 Psychische Störungen — die wissenschaftliche Basis.....	8
1.1 Die Unangemessenheit des Verhaltens und Erlebens.....	12
1.2 Die Verletzung von sozialen Normen.....	13
1.3 Die leidvolle Beeinträchtigung der Lebensführung.....	13
1.4 Psychisch gesund oder krank: Bedingungen der Diagnose.....	14
1.4.1 Die vier Gruppen der seelischen Erkrankungen.....	17
1.4.2 Die Diagnose der psychischen Erkrankung nach der ICD.....	19
2 Organische psychische Störungen.....	21
3 Suchterkrankungen.....	22
4 Schizophrene und wahnhaftige Störungen.....	25
4.1 Die Symptome der Schizophrenie.....	28
5 Affektive Störungen.....	32
5.1 Die Depression und ihre Theorien.....	32
5.1.1 Gelernte Hilflosigkeit.....	33
5.1.2 Umattributierung.....	34
5.1.3 Hoffnungslosigkeit.....	35
5.2 Bipolare Störung.....	36
5.3 Manie.....	37
6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.....	38
6.1 Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	39
6.2 Zwang und Zwangsstörungen.....	41
6.2.1 Zwanghaftes Verhalten.....	43
6.2.2 Zwangsgedanken.....	43
6.3 Angststörungen.....	45
6.3.1 Generalisierte Angststörung.....	46
6.3.2 Panikstörung.....	46
6.3.3 Phobie.....	46
6.4 Essstörungen.....	47
6.4.1 Ess- und Magersucht:.....	47

6.4.2 Ess-Brechsucht (Bulimie):.....	48
7 Anforderungen an behandelnde Personen	51
8 Schlussbetrachtung.....	52
9 Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung.....	53
10 Verwendete Literatur.....	57

Lernorientierung

Nach Bearbeitung dieses Studienhefts sind Sie in der Lage,

- die Kenntnisse, die für Sie als Psychologische Berater/innen wichtig sind, wiederzugeben;
- anhand eines fundierten Basiswissens die wesentlichen psychiatrischen Krankheitsbilder zu beschreiben;
- zu erklären, wo die Grenzen Ihrer Tätigkeit liegen;
- mit größerer Sicherheit an Ihr berufliches Handeln heranzugehen.

Einleitung

Die Feststellung eines psychischen Gesundheitsproblems durch eine Expertin oder einen Experten nennt man Diagnose. Ärztinnen und Ärzte im Fachbereich Psychische Gesundheit sowie Psychologinnen und Psychologen haben die fachliche Kompetenz und die Erlaubnis, diese Diagnosestellung vorzunehmen.¹

Eine solche Diagnose hat verschiedene Konsequenzen. Insbesondere sind eine Reihe an Hilfs- und Unterstützungsangeboten daran geknüpft.

Die Diagnose selbst ist ein Vorgang, innerhalb dessen ermittelt wird, welche Krankheit oder welcher Zustand die Symptome und Anzeichen eines Menschen erklären. Im medizinischen Bereich gibt es häufig eine Vorgeschichte und nachvollziehbare Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung, aus denen die erforderlichen Informationen gewonnen werden. Eine psychiatrische Diagnose muss hingegen oftmals ohne feststellbare körperliche Symptome und entsprechende biologische Tests auskommen, da ein psychisches Leiden nicht unbedingt in dieser Form seine Spuren hinterlässt. Zugrundeliegende körperliche Ursachen sind natürlich auszuschließen. Abgesehen davon basiert eine psychiatrische Diagnose ganz wesentlich auf den Schilderungen der betroffenen Person, den Berichten der Angehörigen und dem, was in ihrem Verhalten beobachtet werden kann.

In der Hauptsache dient die psychiatrische Diagnose heutzutage dazu, die bestmögliche Behandlungsform zu ermitteln und die Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Nicht selten führt eine psychiatrische Diagnose zur Verschreibung von Medikamenten.

Um Ihre Tätigkeit als Psychologische Berater/innen souverän ausüben zu können, müssen Sie wissen, dass eine solche Diagnose den wesentlichen Unterschied zwischen einer Psychologischen Beratung oder einem Coaching und einer Psychotherapie ausmacht.

Nach erfolgreichem Abschluss Ihrer Ausbildung zum / zur Psychologischen Berater/in machen Sie Ihren Klientinnen oder Ihren Klienten ein beraterisches Angebot. Die Behandlung psychischer Störungen beziehungsweise psychischer

¹ Menschen, die einen kulturellen Hintergrund haben, in dem die Leitbegriffe der westlichen Psychiatrie nicht enthalten sind, sind es eventuell nicht gewohnt, psychisches Leiden in dieser Form zu beschreiben. Das ist nicht unbedingt ein Nachteil. So haben internationale Studien ergeben, dass die Genesungsraten bei dem Zustand, der in der Fachsprache üblicherweise als Schizophrenie bezeichnet wird, in einem anderen kulturellen Kontext, der diese Begrifflichkeit nicht kennt, möglicherweise höher sind.

Erkrankungen ist nur entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten oder Psychologinnen und Psychologen gestattet.

Jedoch brauchen Sie das nötige Wissen, um zu erkennen, wann es angezeigt ist, eine ratsuchende Person an Expertinnen und Experten, die zu einer Diagnose und Therapie befugt sind, zu verweisen. Dazu gehört, dass Sie über die Anzeichen einer psychischen Störung Bescheid wissen. Das vorliegende Studienheft will Ihnen einige unverzichtbare Kenntnisse vermitteln, die Ihnen diesbezüglich Orientierung geben. Auch Ihren Klientinnen und Klienten müssen Sie dies erklären können. Psychologische Beratung und Psychotherapie werden oft verwechselt, da die Abgrenzung nicht allgemein bekannt ist. Zudem überlappen sich diese Bereiche teilweise, sowohl inhaltlich als auch methodisch.

Einige psychische Zustände erfordern jedoch eine bestimmte Intensität und Dauer der Zusammenarbeit oder auch Interventionen, welche die Selbstbestimmung der Klientel einschränken, um sie nicht zu überfordern. Eine therapeutische Behandlung läuft unter Umständen völlig anders ab als eine Beratung, die eine Klientin oder einen Klienten gerade in dieser Selbstbestimmung stärken will. Therapeutische Situationen erfordern zuweilen direktive Anweisungen wie etwa „Legen Sie sich hier hin!“, „Atmen Sie mal tief durch!“, „Sie dürfen jetzt nicht ins Auto steigen!“, und so weiter. In der Regel sind Berater/innen für solche Fälle nicht ausgebildet.

Nachdem Sie nun dafür sensibilisiert wurden, dem Thema ausreichend Aufmerksamkeit zu schenken, erhalten Sie im Folgenden einen Überblick über psychische Störungen. Trotz der Schwere der „Lern-Kost“ soll auch hier gelten:

Wir wünschen Ihnen eine produktive Lernzeit und viel Spaß!

Dr. phil. Marcus Klische, Pädagogische Leitung und Antje Limbach-Mayerhöfer, zertifizierte Dozentin in der Erwachsenenbildung

1 Psychische Störungen — die wissenschaftliche Basis

In einer Psychologischen Beratung liegt der Fokus auf Themen, die der ratsuchenden Personen abverlangen, sich zu entwickeln, sich umzustellen oder ihre Belastbarkeit zu verbessern. Als Psychologische Berater/innen finden Sie Ihre Klientinnen und Klienten unter den Menschen, die in einer Lebenskrise stecken, ein Problem in der Partnerschaft haben oder anderen Konflikt- und Stresssituationen ausgesetzt sind, die sich im privaten oder beruflichen Bereich abspielen können. Trennungen und Alleinsein sind zu verarbeiten, eine neue Phase im Leben steht an; eine unerwartete Veränderung in den Lebensumständen bereitet Sorgen oder es geht um das Erleben von Mobbing und ähnlich belastenden Ereignissen.

Personen, die von Ihnen beraten werden, erhalten keine Diagnose für irgendeine psychische Erkrankung. Ihre Beratung ist keine Behandlung einer psychischen Störung, denn es ist Ihnen verwehrt, eine solche zu diagnostizieren. Die Psychologische Beratung ist daher auch keine Kassenleistung. Sie kann aber eine sinnvolle präventive Maßnahme sein und eine effektive unterstützende Maßnahme zur Vorbeugung von speziellen seelischen Notlagen wie Burnout, Depression oder Angsterkrankungen. Denn (ungewöhnliche) Lebensereignisse können das Auftreten einer psychischen Erkrankung auslösen.

Sie haben gelernt, dass eine Psychologische Beratung dazu da ist, die ratsuchenden Personen vernünftig zu unterstützen. Dazu werden die Themen der Beratung geordnet und strategisch aufbereitet. Notwendiges Wissen zu zwischenmenschlichen und psychologischen Zusammenhängen wird fundiert und verständlich weitergegeben. Der Verlauf der einzelnen Sitzung wird bestimmt durch eine Analyse, die je nach Ansatz in der Tiefe variiert, und der Kooperation von Berater/in und Klientin oder Klient, um Lösungsoptionen für die konkrete Problemlage aufzutun.

Die Behandlung psychischer Erkrankungen kann durch eine Psychotherapie geschehen. In diesem Sinne behandlungsbedürftige Störungen sind derart massiv, dass die Patientinnen oder Patienten Hilfe brauchen, um davon zu genesen oder jedenfalls damit leben zu können. Daher, und weil der Prozess der Heilung äußerst individuell ist, sind diese Behandlungen vielfach auch von wesentlich längerer Dauer als eine Psychologische Beratung. Die Beziehung zwischen der betroffenen Person und der Therapeutin oder dem Therapeuten (allgemein ein wichtiger Wirkfaktor in jeder Form von Beratung und Begleitung) muss stabil und belastbar sein, damit die Maßnahmen, die ein Verhalten und/oder Erfahrungen korrigieren sollen, ihre optimale Wirkung entfalten können. Die Psychotherapie braucht in besonderem Maße einen geschützten

Raum, da das innere Erleben oftmals sehr tiefgehend erforscht wird und um ein angemessenes Tempo bei der Bearbeitung zu gewährleisten.

Psychotherapie ist eine Behandlung mit der Absicht zu heilen. Daraus ergibt sich, dass ihre Ausübung eindeutig benannten Berufsgruppen zugewiesen ist, nämlich den Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder den Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern für Psychotherapie.

Wenn Sie sich für eine Tätigkeit im Bereich der Psychotherapie begeistern können, dann gehen Sie daran, die notwendige Qualifikation zu erwerben: Ihre Heilerlaubnis. Die Akademie für praktische Psychologie bietet mit dem Fernstudium **Heilpraktiker/in – eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie** eine hochwertige Vorbereitung auf die Überprüfung vor dem Gesundheitsamt an.

Die Kosten für die ordnungsgemäße Behandlung einer psychischen Erkrankung übernimmt regelmäßig die Krankenkasse. Hier gibt es jedoch Ausnahmen, sofern die Behandlung nicht durch eine Psychotherapeutin / einen Psychotherapeuten, sondern durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker für Psychotherapie durchgeführt wurde.

Man weiß, belegt durch Studien, dass es sich lohnt, Maßnahmen der Prophylaxe und Früherkennung einzusetzen, um psychischen Erkrankungen vorzubeugen.

Auch ist durch weitere Studien geklärt, dass es bestimmte Faktoren (zum Begriff der *Ressourcen* vgl. Studienheft 4) sind, die vorbeugend besonders stark gegen solche Störungen machen:

- **Soziale Ressourcen:** Darunter sind alle positiven Einflussfaktoren zu verstehen, die auf einen jungen Menschen im gleichaltrigen Umfeld oder durch die Unterstützung Erwachsener wirken.
- **Individuelle Ressourcen:** In diesem Begriff sammeln sich sämtliche Kraftquellen, die in einem jungen Menschen angelegt sind; dazu gehört das Vertrauen in die Wirksamkeit des eigenen Handelns ebenso wie eine optimistische Einstellung und die Fähigkeit, ein Ziel trotz Rückschlägen und Hindernissen beharrlich weiterzuverfolgen.

- **Familiäre Ressourcen:** Ein günstiges Familienklima wirkt stärkend. Familiäre Wärme und der Zusammenhalt geben Sicherheit wie auch ein einheitlicher Erziehungsstil der Elternteile.

Aus jüngeren Studien weiß man, dass ein sozial schwaches Umfeld ganz besonders häufig an der Ausbildung seelischer Erkrankungen beteiligt ist. Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen, die in einem solchen Rahmen leben, entwickeln Anzeichen psychischer Auffälligkeit. Bei mehr als 50 Prozent der jungen Menschen, die bereits im Alter von acht Jahren eine dissoziale Störung² aufwies, wurde später im jungen Erwachsenenalter eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Herausfordernd daran ist auch, dass nicht überall geeignete Hilfseinrichtungen angesiedelt sind, um adäquate Hilfe zu bieten.

Die Bandbreite der **Ursachen** psychischer Störungen ist enorm. Biologische Aspekte (genetische Disposition, physiologische Zustände, etwa Stoffwechselveränderungen im Gehirn) können ebenso an der Entstehung beteiligt sein wie eine ungünstige psychische oder soziale Dynamik (belastende familiäre Gegebenheiten, psychische Erkrankungen der Eltern oder erschütternde Lebensereignisse). Meist wird es ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren sein.

Aus dem konkreten Zusammenwirken der einzelnen Entstehungsfaktoren (Risikofaktoren) lässt sich auf die Vulnerabilität (Anfälligkeit der Verwundbarkeit) einer Person schließen. Stress oder belastende Lebensereignisse (wie z. B. Trennungen oder die Pubertät) haben einen Effekt auf den menschlichen Organismus, der jedoch sehr unterschiedlich sein kann. Während Person A erst eine regelrechte Traumatisierung erleben muss, um in eine psychische Krise zu geraten, bedeutet für Person B schon eine schlichte alltägliche Aufgabe eine extreme Überforderung.

² Eine **dissoziale Persönlichkeitsstörung** beeinträchtigt das Verhalten im zwischenmenschlichen Bereich. Personen, bei denen diese Störung diagnostiziert wird, verhalten sich aggressiv und impulsiv. Sie zeigen sich verantwortungslos, halten sich kaum oder an keinerlei soziale Normen und sind sich keiner Schuld bewusst. Auch die Empfindungen anderer Menschen sind ihnen gleichgültig.



Ein Beispiel aus der Praxis:

Die Konstellation:

Anna und Sophie sind beste Freundinnen und besuchen die gleiche Abiturklasse.

Die Prüfungen stehen vor der Tür. Sophie fühlt sich durch das viele Lernen zwar gestresst, aber dem Ganzen auch gut gewachsen. Anna hingegen ist komplett überfordert. Schauen wir uns die Situation der beiden Mädchen genauer an.

Sophies Eltern waren immer schon darauf bedacht, ihrer Tochter genügend Ruhe und ausreichend Gelegenheit zu geben, einen Ausgleich im Sport und anderen Hobbys zu finden. Sophie weiß, wie man den Kopf freibekommt. Und sie sieht bei ihren Eltern, dass es funktioniert. Sie hat gelernt, ohne Druck zu lernen.

Anna ist gerade von ihrem Freund verlassen worden. Sie ist ohnehin schon überaus traurig. Ihre Eltern möchten gerne, dass sie Psychologie oder Medizin studiert. Dafür braucht sie unbedingt sehr gute Noten. Irgendwie will sie ja selbst so erfolgreich sein, aber es wird ihr alles zu viel. Der ganze Stress wächst Sophie über den Kopf. Sie kann kaum noch schlafen und das Lernen klappt überhaupt nicht mehr. Wie soll sie sich denn nun noch konzentrieren können? Von Woche zu Woche wird es schlimmer.

Dieses Beispiel zeigt sehr gut, dass die verschiedenen Risikofaktoren bei Stress eine individuelle Dynamik entwickeln, die darüber entscheidet, wie gut eine Person belastende Phasen übersteht.

Für **Deutschland** wird davon ausgegangen, dass etwa 40 Prozent der Bevölkerung bereits eine Krankschreibung aufgrund eines psychischen Leidens hinter sich haben. Der Begriff der **psychischen Störung** wird dabei bevorzugt verwendet. Trotzdem sind sich viele Expertinnen und Experten einig, dass es im Grunde diesbezüglich keine einheitliche Definition gibt.

Jedes Bild einer gesundheitlichen Störung hat eine ganze Reihe von spezifischen Merkmalen aufzuweisen. Nichts anderes gilt für Auffälligkeiten, die sich auf die Psyche beziehen. Daher ist es nur schwer möglich, die Charakteristika psychischer Störungen bereits im Vorfeld eindeutig zu bestimmen.

INFO

Wenn Sie recherchieren, werden Sie zu dem Ergebnis kommen, dass es aufwendige Versuche gibt, die einzelnen Begriffe exakter zu bestimmen. Dies hat damit zu tun, dass man möglichst viele relevante Faktoren in diesen Definitionen unterbringen wollte.

Die **WHO** (Weltgesundheitsorganisation) beschreibt psychische Erkrankungen als **Störungen der psychischen Gesundheit**, „*die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind*«.

Einige Aspekte gelten als prinzipiell kennzeichnend für das Merkmal des Erlebens und Verhaltens, so wie es innerhalb einer psychischen Störung vorkommt:

- Die Betroffenen leiden.
- Das Verhalten und das Erleben einer Situation wirkt überzogen bzw. unangemessen.
- Soziale/moralische Normen werden verletzt.
- Elementare Funktionsbereiche und die persönliche Lebensführung werden beeinträchtigt.

Sich mit diesen Aspekte auszukennen ist hilfreich, um den gemeinsamen Nenner der einzelnen Ausdrucksformen einer solchen Störung zu entdecken und zu verstehen. Hier zu den einzelnen Punkten die wichtigsten Informationen:

1.1 DIE UNANGEMESSENHEIT DES VERHALTENS UND ERLEBENS

Natürlich ist dies im Einzelfall zu betrachten. Reagiert eine Person völlig überzogen oder unangemessen auf Reize oder andere Herausforderungen im Umfeld, kann eine Verhaltensstörung vorliegen, die als psychische Störung behandelt werden muss. Im Vorgriff auf die weiteren Ausführungen seien hier die Angst bei Klaustrophobie oder der übermäßige Drang, immer wieder eine kontrollierende Handlung auszuführen (Zwangsstörung) genannt.

1.2 DIE VERLETZUNG VON SOZIALEN NORMEN

Liegt tatsächlich ein gestörtes Verhalten vor, so besteht durchaus die Möglichkeit, dass die betreffende Person dadurch auch mit sozialen oder moralischen Normen in Konflikt gerät und andere Menschen belästigt oder ihnen sogar Schaden zufügt. Ein ungewöhnliches Verhalten an sich ist jedoch immer auch im Kontext zu betrachten. Kulturell bedingt haben Normen keine absolute Gültigkeit, daher reicht allein die Abnormalität eines Verhaltens nicht aus, um eine Störung festzustellen.³ Der soziale Hintergrund spielt ebenfalls eine Rolle.

I N F O

In einem Umfeld, in dem es üblich und möglich ist, junge Menschen Kinder zu Freiheit und Selbstbestimmtheit zu erziehen, kann es sich ergeben, dass Eltern kritisiert und verurteilt werden, wenn sie dies nicht tun, sondern ihren Kindern aus Gründen der Tradition ein bestimmtes Benehmen abverlangen.

Auch in anderer Hinsicht muss dieses Merkmal differenziert betrachtet werden: Ein Mensch, der unter einer Depression mit ihren Symptomen des sozialen Rückzugs und der Antriebslosigkeit (vgl. Kapitel 5.1) leidet, wird durch sein Verhalten regelmäßig keine Normen verletzen.

1.3 DIE LEIDVOLLE BEEINTRÄCHTIGUNG DER LEBENSFÜHRUNG

Oftmals bedeutet eine psychische Störung für die Betroffenen, dass sie in persönliche Schwierigkeiten hineingeraten oder diese noch zunehmen. Eine harmonische Lebensführung bedingt eine gewisse innere Ordnung. Diese führt auch meist zu angemessenen Handlungen. Umgekehrt hat ein gestörtes Verhalten das Potenzial, den Alltag durcheinanderzubringen oder zu erschweren. Zwangshandlungen beeinträchtigen Abläufe, die objektiv betrachtet simpel sind, ein Burn-out kann berufliche oder private Aktivitäten zum Erliegen bringen. Teamarbeit kann schwierig werden, das Familienleben durcheinandergeraten.

Auch dieses Merkmal ist in Abhängigkeit der konkreten Konstellation zu betrachten. So ist eine Abneigung gegen bestimmte Speisen oder gegen

³ vgl. Davison, G. et al., Klinische Psychologie, 2007 (S.6)

Flugreisen keine Beeinträchtigung der Lebensführung, die eine Behandlung rechtfertigen würde.

Zu den Faktoren, anhand derer sich die psychische Verfassung objektiv beurteilen lässt, ist auch das **subjektive Leiden** von Betroffenen von Bedeutung. Häufig leiden Menschen erheblich unter ihrer psychischen Störung. Es kann sich ein Leidensdruck ausbilden, der sie in ihrem Handeln hemmt oder (mit der Zeit) sogar völlig handlungsunfähig macht. Die Psyche wird in ihrer regulierenden Funktion dermaßen eingeschränkt, dass unter Umständen auch der körperliche Zustand in Mitleidenschaft gezogen wird.⁴

Depressionen (vgl. dazu Kapitel 5) lassen die Betroffenen leiden. Ebenso werden suchterkrankte Personen (vgl. Kapitel 3) belastende Ergebnisse aus ihrem psychischen Befinden oder dem körperlichen Zustand erfahren. Es gibt jedoch auch Leid, das sich nicht behandeln lässt oder einen ganz anderen Grund hat. Viele Menschen leiden unter ihren Geldsorgen, nehmen sich eine bedenkliche Nachrichtenlage schwer zu Herzen oder haben Hunger.

1.4 PSYCHISCH GESUND ODER KRANK: BEDINGUNGEN DER DIAGNOSE

Immer noch sind psychische Störungen in der öffentlichen oder privaten Diskussion häufig mit einem Tabu belegt oder der Umgang mit diesen Themen und den betroffenen Personen ist aus Unkenntnis mit Vorurteilen belastet. Denn die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit sind teilweise diffus.

Um den Vorgaben wissenschaftlich korrekter Arbeitsweise gerecht zu werden, ist es jedoch unabdingbar, klar entscheiden zu können, wann genau eine Behandlung angezeigt ist. Diese Abgrenzung erfolgt anhand bestimmter Faktoren, die festgelegt werden und auf die sich in der Diagnostik der psychischen Verfassung berufen wird.

Folgendes ist wichtig zu wissen: Psychische Störungen können in allen Sektoren menschlichen Erlebens auftreten. Sie können sich im Gefühlsleben zeigen, in der Qualität der Gedanken. Die Wahrnehmung kann betroffen sein oder auch die Funktionen des Gedächtnisses.

Doch selbst wenn einzelne dieser auffälligen Faktoren zutreffen, ist nicht automatisch von einer psychischen Erkrankung auszugehen. Vielleicht haben Sie in eigener Sache Erinnerungen an Phasen depressiver Verstimmung oder unklarer Erschöpfung, haben einmal vor Wut getobt oder sich anderweitig

⁴ vgl. Gerring, R.J., Psychologie, 2015 (S.5)

»abnormal« (nicht normal) gefühlt oder verhalten. Viele Menschen können von solchen Erfahrungen berichten, die auch wieder vorübergegangen sind, ohne in eine dauerhafte seelische Instabilität zu führen.

Fragt man nun, was eine normal funktionierende Psyche auszeichnet, so hilft eine weitere **Definition der WHO**: „*Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.*“⁵

Nun ist klar, dass das Innenleben des Menschen gemeint ist; die Art und Weise, wie eine Person denkt, fühlt und welche Handlungen darauf beruhen.

Aus der obigen Definition lässt sich schlussfolgern, dass psychische Gesundheit auch mehr ist als die bloße Abwesenheit von psychischen Belastungen oder Erkrankungen. Eine Person, die im obigen Sinne psychisch gesund ist fühlt sich seelisch und geistig wohl und befindet sich in einer Art Optimum. Dieser ideale Status quo macht es ihr möglich, ein Leben ohne übermäßigen Stress zu führen, Belastungen gesund zu meistern und die eigenen Fähigkeiten vollends zu nutzen. Psychische Gesundheit verhilft zu Leistungsfähigkeit, Engagement in Beziehungen und aktiver Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dieses Ideal ist erreichbar, jedoch kaum ohne Unterbrechung über die gesamte Lebensspanne aufrechtzuerhalten.

Was also ist »normal«?

Der Bereich, in dem sich das normale Verhalten abspielt, ist die »gesunde Mitte« zwischen dem, was als »psychisch gesund« und dem, was als »psychisch krank« gilt.

Gelegentlich kommt es auch unter normalen Umständen dazu, dass die Seele leidet, sich eine Person also psychisch belastet fühlt. Damit gehen verschiedene Beschwerden einher, eventuell von unterschiedlicher Intensität, die sowohl die geistig-psychische Ebene als auch den Körper betreffen können.

Die Beschwerden unter einer psychischen Belastung nennt man Symptome. Sie stützen die Diagnose.



⁵ Weltgesundheitsorganisation, Faktenblatt Psychische Gesundheit, 2019

Manche psychischen Belastungen gehören zum Leben selbstverständlich dazu. Gefühle wie Trauer oder Angst und eher unangenehme innere Zustände wie Nervosität ergeben sich auch natürlicherweise. Zum Problem wird das Ganze erst dann, wenn diese Symptomatik anhält und / oder sich verstärkt, so dass es zu vehementen Einschränkungen im alltäglichen Ablauf kommt.

Anhand der folgenden Szene lässt sich der zuweilen feine Unterschied zwischen einer „normalen“ Belastung und einer psychischen Krankheit verdeutlichen:



Ein Beispiel aus der Praxis:

Martin kennt diese Tage, an denen der Ängste hatte, die er nicht nachvollziehen konnte.

Teilweise war es richtig schlimm, er konnte nachts des Öfteren nicht gut schlafen. Zu sehr war er damit beschäftigt, den Grund für diese unangenehmen Gefühle herauszufinden. Kein Zweifel, dies passierte ihm häufig dann, wenn er vor dem Termin einer schwierigen Präsentation im Job stand. Zumeist war ein Ende dieser Phasen jedoch absehbar, spätestens ein paar Tage nach der Präsentation war Schluss damit und alles konnte wieder in normalen Bahnen verlaufen.

Bis zum letzten Sommer. Seitdem werden die Gefühle stärker und die Nächte, in denen er Schlaf findet, noch seltener. Er bemerkt, dass er nun auch tagsüber häufiger Herzrasen bekommt und sich irgendwie sehr angstvoll oder sogar panisch fühlt. Außerdem kennt er den Grund für dies alles immer noch nicht.

Martin tritt immer mehr den Rückzug an, verlässt nach der Arbeit nur noch selten das Haus und schreibt auch seine sozialen Kontakte auf ein Minimum zurück. Er glaubt, sich kaum noch auf etwas anderes als seine Angstzustände konzentrieren zu können, so sehr gehören sie bereits zu seinem Alltag.

An diesem Beispiel sehen Sie, wie sich aus einem bloßen Unwohlsein eine psychische Störung werden kann. Die vage Angst, die Martin mit vielen anderen gesunden Menschen teilt, ist zu einer beeinträchtigenden Angststörung geworden. Das Gefühl der Angst übt einen immensen Einfluss auf Martins ganze Lebenssituation aus.

(Zu den Symptomen einer Psychischen Störung vgl. auch Kapitel 1.6.3.)

Unter dem Begriff **psychische Störung/Krankheit** versammeln sich verschiedene Krankheitsbilder⁶. In den folgenden Kapiteln werden wichtige Informationen zur Symptomatik dargestellt, um Ihnen einen ersten Überblick an die Hand zu geben.

INFO

Dies ist ein wenig knifflig, denn ebenso wie es nicht nur die kranke Bauchspeicheldrüse gibt, sondern sich dazu auch Probleme mit der Verdauung einstellen, so hat ein psychisch erkrankter Mensch womöglich ein Suchtproblem, weil ihm Tabletten oder der „Griff zur Flasche“ die depressive Gemütslage erträglich machen. Eine korrekte Diagnose zu stellen erfordert Expertise und Präzision.

1.4.1 Die vier Gruppen der seelischen Erkrankungen

Eine mögliche (grobe) Einteilung seelischer Erkrankungen könnte so aussehen:

- **Mono- und bipolare Erkrankungen:** Hierunter sind Gemütszustände zu finden, die von der nicht mehr aushaltbaren depressiven Bedrücktheit bis zur Manie reichen.
- **Persönlichkeitsstörungen:** Sie liegen vor, wenn menschliche Eigenschaften abnorme Züge annehmen, wie es bei den Angststörungen, den Zwangserkrankungen oder bei einem Borderlinesyndrom zu beobachten ist.
- Unter den **Erkrankungen aus dem schizoformen Kreis** finden wir Psychosen und auch die Schizophrenie.
- Im Falle von **Suchterkrankungen** werden Substanzen wie Alkohol missbräuchlich eingenommen und / oder bewusstseinsverändernde Drogen konsumiert.

⁶ Ein *Krankheitsbild* ist die Gesamtheit der Erscheinungen, die den Verlauf einer Krankheit charakterisiert.

Psychische Störungen / Erkrankungen sind häufig so individuell, wie die Menschen, die an ihnen leiden!



Dennoch sind ein paar allgemeine Merkmale feststellbar. Fassen wir zusammen:

INFO

Psychische Störungen

- können alle Menschen treffen und sich auf verschiedene Bereiche (Gedanken, Gefühle, Wahrnehmung und/ oder Verhalten) auswirken,
- werden von jeder Person anders, also individuell erlebt und
- sind zumeist therapiebar!

Ein paar der psychischen Erkrankungen gelten bislang als nicht heilbar. Hier gehören die chronische Form der Depression, Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie. Mit einer guten Behandlung wird das Leiden jedoch erträglicher und ein weitgehend normales Leben mit diesen Erkrankungen möglich. Neben der Gabe von Medikamenten und / oder Psychotherapie lernen die Betroffenen vor allen Dingen den richtigen Umgang mit den Warnsignalen ihrer Störung.

Bleibt eine psychische Erkrankung unbehandelt, kann sie chronisch werden. Dieser ungünstige Verlauf mindert oftmals die gesamte Lebensqualität erheblich und schlägt sich auch sonst auf die Gesundheit nieder. Im Extremfall können unbehandelte psychische Störungen schwerwiegende gesundheitliche Schäden nach sich ziehen oder sogar zum Tod führen.

Anorexia nervosa, die Magersucht (vgl. dazu Kapitel 6.4) ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Sterberate. Circa zehn bis 15 Prozent der Betroffenen überleben diese nicht.

Hieran wird nochmals deutlich, wie wichtig es ist, die Grenzen der Psychologischen Beratung zu kennen und an die zuständigen

Expertinnen/Experten zu verweisen, wenn es Anzeichen für psychische Störungen mit Krankheitswert gibt!



Wiederholungsfrage № 1:

a) Nennen Sie die Berufsgruppen, die befugt sind, eine psychische Störung / Erkrankung zu diagnostizieren.

b) Welche Definition einer psychischen Störung kennen sie?

c) Beschreiben Sie bitte, warum die Abgrenzung der psychischen Erkrankungen von einem gesunden Zustand der Psyche oftmals schwierig ist. Finden Sie ein Beispiel.

1.4.2 Die Diagnose der psychischen Erkrankung nach der ICD

Die zuständigen Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Psychiater/innen werden eine psychischen Erkrankung diagnostizieren, wenn das Verhalten der Patientin oder des Patienten **belastend, dysfunktional und abweichend** ist.

Dysfunktional ist ein Verhalten, das unzureichend oder ohne jede Funktion und daher unsinnig ist.



Ob etwas belastend ist und wie sehr, dies unterliegt der subjektiven Einschätzung eines jeden Menschen. Daher bleibt in dieser Hinsicht unklar, wann genau die Grenze zu einer psychischen Störung überschritten ist. Auch das abweichende Verhalten ist nicht objektiv aus sich heraus zu beurteilen, sondern im kulturellen oder sozialen Kontext und vor dem Hintergrund des jeweiligen Zeitgeistes.

Ein klassisches Beispiel ist die „**Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung**“ (ADHS), die heute oftmals dort diagnostiziert wird, wo man früher von einem „hibbeligen“ Kind oder einem „Suppen-Kaspar“ gesprochen hätte.

Weil es immer neue Erkenntnisse zu den einzelnen Krankheitsbildern gibt und verschiedenartige Zusammenhänge sowie Versuche, diese zu kategorisieren, ist die **Klassifikation der psychischen Störungen** nach der ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) jeweils nur für eine begrenzte Zeit gültig. Sie wird regelmäßig überarbeitet und inhaltlich an die Entwicklungen angepasst.

Das System der ICD ist ein Code, der weltweit zum Einsatz kommt und der dazu erstellt wurde, um medizinische Diagnosen zu vereinheitlichen. ICD ist die Abkürzung für *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. In der Übersetzung und einer verkürzten Version ist dies die *Internationale Klassifikation der Krankheiten*. Informieren Sie sich bitte über die jeweils aktuelle Version!

Ein weiteres Klassifikationssystem ist das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM), ebenfalls in der jeweils gültigen Fassung.

Die Symptome der verschiedenen Krankheitsbilder können sich unterschiedlich intensiv zeigen. Sie sind oftmals vielfältiger Natur und teilweise auch unspezifisch. Dies bedeutet, dass verschiedene Erkrankungen hinter ein und demselben Anzeichen stecken können. Dazu kommen die Fälle, in denen es nahezu ganz an einer äußerlichen Symptomatik fehlt. Eine Essstörung wie Magersucht kann sich sehr deutlich zeigen, jedoch auch völlig unbemerkt bleiben.⁷

Halten Sie sich nochmals vor Augen, dass es, abgesehen von den Symptomen, die einem Krankheitsbild zugeordnet werden, eine ganze Reihe **allgemeiner**

⁷ Starker sichtbarer Gewichtsverlust ist womöglich ein Indiz für Hungern oder exzessive sportliche Aktivität. Verbunden mit einem deutlichen sozialen Rückzug spricht dann vieles für eine Essstörung. Die Symptome können jedoch auch eher das innere Erleben betreffen: Wenn sich nach dem Essen das schlechte Gewissen einstellt, das Essverhalten übermäßig kontrolliert wird (z. B. durch Kalorien zählen oder selbst auferlegte Lebensmittelverbote) und der eigene Körper nur noch schamvoll betrachtet wird, dann ist dies nicht immer im Außen nachvollziehbar.

Symptome gibt, die für eine psychische Erkrankung sprechen. Dies sind unter anderem:

- **Angst**
- **Innere Unruhe**
- **Alpträume**
- **Libidoverlust**
- **Körperliche Beschwerden und Schmerzen (wie Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen)**
- **Schlafstörungen**
- **Stimmungsschwankungen**
- **Stress**
- **Tinnitus**
- **Zähneknirschen im Schlaf**

Bedenken Sie dies stets – natürlich im Kontext der jeweiligen Beratungssituation!

2 Organische psychische Störungen

Eine organische Psychische Störung (OPS) ist dann gegeben, wenn die psychische Störung ihre Ursache unmittelbar in einer Schädigung des Gehirns hat (z. Bsp. Amnesie). Daher gelten auch solche körperlichen Krankheiten als Auslöser der OPS, die das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen. Eine Erkrankung an Alzheimer kann zu Demenz⁸ führen. Infolge einer funktionellen Störung oder einer Schädigung des Gehirns können sich Halluzinationen einstellen.

Körper und Psyche des Menschen existieren nicht unabhängig voneinander, sondern beeinflussen sich wechselseitig. Psychische Herausforderungen können den Körper krank machen. Körperliche Beschwerden wiederum hinterlassen Spuren im Denken und Fühlen.

⁸ *Demenz* ist eine Erkrankung, bei der die geistige Leistungsfähigkeit derart nachlässt, dass es im Alltag Probleme gibt. Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Demenz.

3 Suchterkrankungen

Suchterkrankungen (Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen⁹) werden begünstigt durch ein frühes Einstiegsalter in den Konsum von Alkohol oder Drogen und das vielfältige Angebot an solchen Substanzen.

SUCHT ist ein Begriff, der früher das Siechtum jeder Krankheit bezeichnete. Heutzutage ist die Bedeutung enger gefasst und reduziert auf ein Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten, das sich nicht verstandesmäßig eindämmen lässt. Ein Mensch kann süchtig sein nach Nikotin, Cannabis, Heroin und diversen anderen Substanzen oder nach einem Verhalten, also danach, etwas immer wieder zu tun. Spielen, Essen, Kaufen, Arbeiten, all dieses kann zur Sucht werden.

INFO

Ein aussagekräftiges Beispiel: In Deutschland sind etwa 1,7 Millionen Menschen alkoholabhängig; 1,6 Millionen trinken missbräuchlich und nehmen körperliche, psychische und soziale Folgen in Kauf!

Folgende Symptome gehen mit allen Suchterkrankungen einher:

- Das Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten ist zwingend.
- Die Kontrolle über Häufigkeit (und Menge) des Verhaltens/ Konsums geht verloren.
- Der Konsum/ das Verhalten steht im Mittelpunkt, andere Aktivitäten (Arbeit, soziale Kontakte, Hobbies, Körperpflege) werden vernachlässigt.
- Das Suchtverhalten wird beibehalten, auch wenn sich schädliche Folgen einstellen.
- Oftmals wird die Sucht geleugnet.

Die Sucht fungiert als Ersatzbefriedigung für ein anderes erwünschtes Erlebnis, für etwas, das angestrebt, aber bisher nicht gefunden wurde: erfüllende Beziehungen, Wertschätzung oder einfach ein gutes Lebensgefühl. Diese

⁹ *Psychotrope Substanzen* (Alkohol, Cannabis, LSD, Opiate, Kokain, Amphetamine und Extasy) wirken sich auf die Psyche aus.

leidvolle Bedürfnislage wird durch das Gefühl, das sich bei dem Konsum der Substanzen oder dem sonstigen Suchtverhalten einstellt, verdeckt. Das eigentliche Problem wird nicht mehr wahrgenommen.

Das Suchtverhalten beeinträchtigt die psychische Gesundheit in hohem Maße, da es weitere belastende Aspekte mit sich bringt:

- Je nachdem, welches Suchtverhalten vorliegt, ist ein beträchtlicher Aufwand nötig, um an die Substanzen etc. zu gelangen und diese unbemerkt zu konsumieren. Der / dem Süchtigen bleibt weniger bis keinerlei Energie übrig für sonstige persönliche Lebensführung und Entfaltung. Da die Bewältigung des Alltags schwierig wird, erfährt sie / er sich zunehmend als unfrei.
- Wenn verbotene Substanzen konsumiert werden, leidet das gesellschaftliche Dasein Leben noch stärker darunter. Gesetzesübertretungen (Beschaffungskriminalität) sind oftmals der einzige Weg, um an diese Substanzen zu kommen. Personen, die so agieren müssen, isolieren sich zunehmend selbst vom sozialen Leben.
- Wie das Verhalten der / des Süchtigen wird auch die geistige Kapazität negativ beeinflusst, wenn aufgrund der körperlichen Abhängigkeit von einer Substanz hirnorganische Veränderungen entstehen.
- Nicht selten ergeben sich durch die Abhängigkeit andere schwere psychische Störungen.

Psychotrope Substanzen sind dazu geeignet, Psychosen auszulösen oder bereits ausgeheilte psychische Störungen erneut aufleben zu lassen. Dies kann, eine entsprechende Disposition vorausgesetzt, bereits bei einem einmaligen Konsum der Fall sein. Solche drogeninduzierten Psychosen gelten teilweise als nicht therapierbar.

Suchterkrankungen sind Störungen im Verhalten, die chronisch (chronifiziert) sind. Sie machen in der Regel eine langwierige Behandlung erforderlich, da die belastenden Verhaltensstrukturen tief verankert wurden. Daher sind Rückfälle sehr wahrscheinlich, insbesondere, wenn körperlich abhängig machende Drogen oder bestimmte Medikamente (Valium, Tavor, Tafil, Lexotanil, etc.) konsumiert wurden. Dies erklärt, warum die betroffene Person nach einer Drogentherapie abstinent bleiben muss.

Der akute Drogenentzug wird zumeist stationär durchgeführt, da sich bei der körperlichen Abhängigkeit riskante Zustände einstellen können. Auch

psychotische Phänomene (Halluzinationen etc.) sind vorübergehend möglich. Denken Sie nur an die vielfach scherzhaft beschriebenen weißen Mäuse oder großen Elefanten im Alkoholentzug.

War der akute Entzug erfolgreich, geht man zur eigentlichen Behandlung der Suchterkrankung über. Neben der umstrittenen Aversionstherapie¹⁰, die den Griff zur Droge durch Erzeugung unangenehmer Empfindungen vom Wohlbefinden abkoppeln soll, ist es die Arbeit in »Selbsthilfegruppen«, die hier infrage kommt.

Solche Gruppen sind heutzutage mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten sehr weit verbreitet und für Interessierte frei zugänglich. Hier treffen sich „Gleichgesinnte“, deren Anonymität weitgehend gewahrt bleibt, in einem geschützten Raum, außerhalb des üblichen privaten Umfeldes. Die ersten Gruppen dieser Art entstanden in den 60er Jahre, vielfach durch engagierte Frauen initiiert.¹¹ In diesen Gruppen soll die / der Abhängige Zuversicht erfahren und das Gefühl wiedererlangen, ihr / sein Verhalten und die Art und Weise, wie sie / er auf Herausforderungen im Leben reagiert, kontrollieren zu können. Die Gruppen unterstützen die Rückkehr in das soziale Netz, denn sie geben die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen, die selbst betroffen sind und daher ein authentisches Bild von der Erkrankung und ihrer Behandlung haben, über die persönliche Lage angemessen auszutauschen. Die Teilnehmer/innen bestärken sich durch ihre Erfolge gegenseitig in ihrer Motivation.



Wiederholungsfrage № 2:

Welche Symptome sind typisch für eine Suchterkrankung?

¹⁰ Die *Aversionstherapie* wurde in der Frühphase der Verhaltenstherapie entwickelt. Behandelt wird mit der Absicht, einen Widerwillen, eine Aversion aufzubauen. Dabei werden Reize gesetzt, die dazu führen, dass sich im Anschluss an das Trinken von Alkohol, dem Rauchen einer Zigarette etc. ein regelrechtes Ekelgefühl einstellt. Damit soll ein Prozess klassischer Konditionierung eingeleitet werden, der schließlich in der Ausbildung einer Aversion mündet. Dieses Vorgehen kann schmerzvoll sein. Zudem erfordert es die permanente Kontrolle durch eine weitere Person.

¹¹ vgl. Gerring, R.J., Psychologie, 2015 (S.627)

4 Schizophrene und wahnhafte Störungen

Die schizoformen Erkrankungen zählen zu den sehr tief gehenden psychischen Störungen. Laienhaft werden diese häufig mit der Persönlichkeitsspaltung verwechselt, die jedoch in den Kreis der Persönlichkeitsstörungen gehört.

In der schizoformen Psychose kommt es vielmehr zu einer „Spaltung“ des Bewusstseins. Die Wahrnehmung und das Denken verändern sich dergestalt, dass aus der einen Wirklichkeit, die ein „gesundes Bewusstsein“ registriert, mehrere, zum Teil verzerrte Realitäten werden¹², die zudem parallel erlebt werden. Eine Wirklichkeit entsteht aus der Innenwelt, die andere tritt von außen an die betroffene Person heran.

Ein Beispiel aus der Praxis:



Die 23-jährige Karla war äußerst irritiert, als sie es vor einiger Zeit zum ersten Mal erlebte.

Intensiv hielt sie Ausschau nach der Person, die sie in der Bibliothek angesprochen haben könnte. Sie hatte sogar in den Gängen hinter den Regalen nachgesehen. Die anderen Studentinnen und Studenten, die in ihrer Nähe saßen, schauten sie fragend an. Alle waren zuvor in ihre Studien vertieft gewesen, niemand hatte etwas zu ihr gesagt. Trotzdem hatte sie es genau gehört: „Du bist viel zu dumm, um die Prüfung zu schaffen!“

Vielleicht war es doch draußen oder in einer anderen Ecke des Lesesaales gewesen? Aber es hatte so deutlich und nah geklungen und außerdem hatte sie gewusst, dass sie gemeint war! Ihre Kommilitoninnen waren zwar keine engen Freundinnen, aber sie kamen eigentlich gut miteinander aus. Man hatte sich schon häufiger zum gemeinsamen Lernen getroffen und sie konnte sich nicht vorstellen, dass eine von ihnen so etwas zu ihr sagen sollte..

Nur, dass es nicht bei diesem Zwischenfall blieb. Karla hörte die Stimme immer öfter. Sie hatte Angst, den Verstand zu verlieren. Ohne Zweifel befand sich die Stimme in ihrem Kopf. Möglicherweise war es ein göttlicher Wink, das Studium

¹² vgl. Davison, G. et al., Klinische Psychologie, 2007 (S.321)

abzubrechen? Für Karla wurde es zunehmend schrecklich: Scheinbar war es ihr Schicksal, keine akademische Karriere machen zu dürfen. Die Stimme war der Meinung, Karla sei zu nichts nütze und zu schlecht, um ihr Examen zu bestehen oder überhaupt etwas Sinnvolles leisten zu können. Wenn sie der Stimme zuhörte, konnte sie sich nicht mehr richtig konzentrieren, machte Fehler, vergaß Gelerntes wieder schnell. Jedes Mal war sie kurz davor, in Panik auszubrechen, am liebsten wäre sie davor weggerannt.

Karla beginnt, Gespräche mit ihren Kommilitoninnen und Kommilitonen zu meiden, da sie der Konversation immer weniger gut folgen kann. Sie beschränkt sich auf Small Talk, was in ihrem Bekanntenkreis allgemein irritierend wirkt. Vor ein paar Tagen war Karla mutig genug, der Stimme zu antworten. Die nachfolgende Unterhaltung war laut und vorwurfsvoll. Karla war zu diesem Zeitpunkt alleine zu Hause und froh, dass niemand sie beobachten konnte.

Immer kürzer wurden die wenigen Pausen, welche die Stimme ihr ließ. Die Angst war für Karla kaum noch auszuhalten. Ganz gleich, was sie versuchte: Sie wurde die Stimme in ihren Ohren nicht los. Nur in Momenten starker Fokussierung auf einen anderen Gedanken hatte sie Ruhe vor ihr. Dies brachte sie jedoch nicht immer fertig, und auch nicht jede Situation war für eine solche Übung geeignet. Wenn sie zaghaft versucht, ihre Sorgen mit ihren Eltern zu besprechen und ihnen davon erzählte, dass zu viele Dinge in ihrem Kopf seien, sie nicht länger in der Lage sei, sich zu konzentrieren und sich überlastet fühle, meinten beide nur, sie solle sich einen anderen Schlafrhythmus angewöhnen und nicht so empfindlich sein. Da sich Karla nicht mehr zu helfen weiß, geht es ihr zunehmend schlechter. Sie ist sehr nervös und leidet unter Schweißausbrüchen.

**Schizophrenie in wenige Worte gefasst:
Phasenweise geht der Bezug zur Realität verloren!**



Karla leidet an einer Schizophrenie. Diese Störung betrifft vor allem die grundlegenden psychischen Funktionen, die dem Einzelnen die Sicherheit geben, wer er ist und dass er über sich und seine eigenen Fähigkeiten verfügen kann. So wie Karla in unserem Beispiel verlieren die betroffenen Personen das Bewusstsein dafür, ein selbstbestimmter Mensch mit unverwechselbaren Eigenschaften zu sein.

In extremen Fällen glauben die Betroffenen fest daran, andere Menschen seien in der Lage, ihre Gedanken zu lesen oder zu manipulieren, was sie denken oder fühlen sollen.

Der **Begriff der Schizophrenie** setzt sich aus den Wortteilen „Schizo“ und „phrenie“ zusammen, die in ihrer ursprünglichen griechischen Form »gespaltet, zerspaltet« und „Geist, Seele, Zwerchfell“ bedeuten. EUGEN BEULER, der diesen Ausdruck erstmals 1911 in die Fachwelt einführte, wollte damit ausdrücken, dass es um die Spaltung des Bewusstseins geht. Auch ein weiterer Gedanke bietet sich an: Das Zwerchfell trennt Bereiche in der Bauchgegend, in welcher viele Nervenfasern des psychovegetativen Nervensystems aktiv sind. Antike Ärzte vermuteten, dass in diesem Sektor die Seele eines Menschen ihren Wohnsitz hat. Schizophrenie ist daher bildhaft gesprochen das Erscheinen „zweier Seelen in einer Brust“.



Weiter mit dem Fall aus der Praxis:

Karla war aufs Äußerste beunruhigt und erschreckt.

Immerhin hörte sie Stimmen, die Bedrohliches zu sagen hatten und starke Kritik an ihr übten, ohne dass sie diesen Stimmen einen Körper zuordnen konnte. Ihr wurde die Möglichkeit genommen, diese Gedanken als die eigenen zu identifizieren oder sie klar einer anderen Person zuzuweisen. Karla beginnt damit, ihren Körper als derart verändert wahrzunehmen, dass sie nicht mehr sicher sein kann, ob dieser Körper noch der ihre ist und wirklich zu ihr gehört. Eine solche Erfahrung raubt jede Sicherheit.

Die Schizophrenie ist die häufigste Störung aus dem Komplex der Psychosen. Personen, bei denen eine Psychose diagnostiziert wurde, verlieren temporär den Bezug zur Realität. Ihre Wahrnehmung, ihr Denken, das Gefühlsleben und auch

der Kontakt zu anderen Menschen wandelt sich plötzlich; zumeist hat diese Veränderung einen bedrohlichen Charakter.

Man spricht auch von den Akutphasen der Störung, in denen typischerweise Wahnsymptome und Halluzinationen auftreten¹³. In manchen Fällen ist eine Veränderung in der Wahrnehmung bereits vor dem Ausbruch einer akuten Psychose zu beobachten.



Wiederholungsfrage № 3:

Was geschieht mit dem Bewusstsein eines Menschen, der an Schizophrenie leidet?

4.1 DIE SYMPTOME DER SCHIZOPHRENIE

Hinsichtlich der Symptomatik sind positiv / produktive und negative Symptome zu unterscheiden.

Die **Positivsymptomatik** entsteht, weil die betroffene Person etwas zur Wirklichkeit hinzuaddiert, das in ihrer Augen ebenso wirklich ist. Diese Auffälligkeit ist der wahnhafteste Aspekt der Schizophrenie. Im Einzelnen können folgende positive Symptome auftreten:

Halluzinationen

Eine Halluzination ist eine Täuschung der Sinne (Fehlwahrnehmung), die das Sehen, Hören oder Riechen und daher akustisch, optisch und olfaktorisch sein kann. Diese Wahrnehmung entsteht, obwohl es objektiv an einem nachvollziehbaren Reiz in der Außenwelt fehlt, der die Quelle dafür sein könnte.¹⁴ Es werden Stimmen gehört, die bedrohliche Dinge sagen (wie bei Karla in unserem Beispiel) oder die Handlungen der mit Kommentaren versehen („So, so, sie hat noch die Zeit, Kaffee zu trinken!“). Farben, Formen, Wesen werden gesehen, Feuerstellen oder Fäkalien gerochen, die gar nicht da sind (olfaktorische Halluzination).

¹³ vgl. Leucht, St.; Förstl, H., Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018, (S. 77)

¹⁴ vgl. Leucht, St.; Förstl H. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018 (S. 82)

Personen, die solche Symptome entwickeln, sind immer weniger in der Lage, auseinanderzuhalten, was in ihrem Inneren geschieht und was in der Außenwelt passiert. Wird die Störung von den Gefühlen geleitet (affektive Halluzination), kann es sogar sein, dass der eigene Körper und die Empfindungen auf dieser körperlichen Ebene andersartig erfahren wird (seltsame Berührungen, die Idee, von innen aufgeessen zu werden etc.)

Fantastische Vorstellungen bereichern das Leben. Solche Gedanken bekommen erst dann einen psychotischen Krankheitswert, wenn sie als tatsächlich vorhanden wahrgenommen werden.

Ich-Erlebnisstörung

Diese Störung kann in unterschiedlicher Form auftreten.¹⁵

Folgende Symptome gehen mit allen Suchterkrankungen einher:

- Bei der *Gedankenausbreitung* werden gedankliche Impulse direkt nach außen vermittelt, auch an fremde/unbeteiligte Personen (z.B. Beschimpfen von Passanten)
- Bei der *Gedankeneingebung* wird davon ausgegangen, die eigenen Gedanken seien manipuliert (Göttlicher Auftrag / Befehle Außerirdischer etc.)
- Beim *Gedankenentzug* werden Gedanken „geklaut“. Der Gedankengang kommt zum Erliegen, die Gedanken verschwinden.

Wahnideen/-vorstellungen

Eine Person mit Wahnvorstellungen vertritt Überzeugungen oder einzelne Ideen, die bezogen auf die »normale« Realität keinen Sinn ergeben. Das, was diese Person sieht, hört oder anders wahrnimmt, wird von ihr fehlerhaft interpretiert.¹⁶ Der Unterschied zur Halluzination: Die Sinneseindrücke sind echt. Sie werden nur falsch verstanden. Beispiele für eine wahnhaftige Idee könnten sein: Die Tasse Kaffee in der Kantine ist vergiftet, eine Person fühlt sich durch ihre feindliche Umwelt bedrängt (Verfolgungswahn). Der Glaube an versteckte Botschaften in einem Zeitungsartikel oder in den Nachrichten – solche Annahmen sprechen für eine Wahnvorstellung. Betroffene Personen haben sich selbst in einer Wahnwelt eingerichtet, die ihnen Erklärungen für ihre Ideen liefert und ihr Verhalten begründet.

¹⁵ vgl. ebenda

¹⁶ vgl. ebenda

Störungen im Denken / ungeordnete Sprache

Hier entgleiten die Gedanken, sie sind nicht mehr strukturiert, wirken zusammenhangslos. Entsprechend wirr ist sind die Formulierungen. Diese Phänomene heißen Schizophasie oder Paragrammatismus. Ein anderes Symptom ist das „Denkreden“¹⁷, durch das neue Wörter erdacht werden und chaotische Sätze ohne jede grammatikalische Regel gebildet werden.

Die **Negativsymptomatik** betrifft Fähigkeiten, die verloren gehen oder auch das Absinken des Energieniveaus:

Apathie

Die Person lässt Gefühlsregungen vermissen, wirkt antriebs- und teilnahmslos. Ihr fehlt die innere Energie, sich in der Freizeit zu betätigen oder intensivere Gespräche zu führen. Die Reaktionszeit auf Reize ist verlangsamt.¹⁸

Alogie

Die Person verhält sich wortkarg und ihre Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken, erscheint stark vermindert. In der Literatur wird dies als qualitative und quantitative Verarmung des Sprachvermögens beschrieben.¹⁹ Die Person fühlt eine mentale „Leere“.

Affektverflachung

Die Person bleibt unberührt von emotional herausfordernden Situationen (Schädigung oder Tod eines nahestehenden Menschen, andere allgemeine unglückliche Ereignisse).²⁰ Man kann sagen, dass die Gefühlsausdrücke der betreffenden Person nicht zu der inhaltlichen Situation passen.²¹ Dies ist auch für die Angehörigen vielfach ein äußerst belastendes Symptom.

Anhedonie

Typisch für dieses Symptom ist eine Unfähigkeit, sich am Glück zu erfreuen oder überhaupt Freude zu empfinden. Die Einstellung einer davon betroffenen Person ist eher pessimistisch und von Niedergeschlagenheit geprägt. Was gemeint ist, zeigen diese alltäglichen Beispiele: Eine Prüfung wird geschafft; zudem mit sehr

¹⁷ vgl. ebenda (S. 81 f)

¹⁸ vgl. Hautzinger, M.; Thies, E., Klinische Psychologie: Psychische Störungen, 2008 (S. 52)

¹⁹ vgl. ebenda

²⁰ vgl. ebenda

²¹ vgl. Leucht, St.; Förstl, H., Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018 (S. 82)

guter Benotung, ein freudiges Familienereignis findet satt. Die Freude, die natürlicherweise aufkommen würde, bleibt dennoch aus.

Aufmerksamkeitsdefizite

Die nachlassende Konzentration erschwert das sichere und erfolgreiche Lernen. In Verbindung mit der bereits genannten zunehmenden zeitlichen Verzögerung der Reaktion auf Reize ist kaum mehr möglich, gute Leistungen zu erbringen oder die übliche Menge an Arbeit zu schaffen.

Häufig sind bereits Jahre bevor sich die eigentliche Störung manifestiert, Frühsymptome zu bemerken. Sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie die verstärkte Tendenz, Dinge auf sich zu beziehen, gehören zu diesen ersten Signalen.

Sich nicht mehr auf die eigene Wahrnehmung verlassen zu können, ist eine erschütternde Erfahrung. Viele Betroffenen haben keine Kraft, mit anderen Menschen offen darüber zu sprechen. Oft kommt eine weitere enorme Verunsicherung auf sie zu, wenn die Einweisung in die Psychiatrie erfolgt.

Schizophrenie gilt als schwere psychische Erkrankung, die unbedingt behandelt werden muss, da sie das ganze Leben (privat und beruflich) der Betroffenen beeinflusst und erwiesenermaßen auch im Hinblick auf die körperliche Gesundheit riskant ist.

I N F O

Man weiß, dass es bei der Schizophrenie darauf ankommt, frühzeitig mit einer Behandlung einzusetzen, um den Betroffenen eine Rückkehr in den gesunden Alltag zu ermöglichen. Insbesondere die positive Symptomatik spricht gut auf die Gabe von Medikamenten an. Diese sollen die Psychose hemmen (Neuroleptika).

Bleibt eine Psychose lange Zeit unbehandelt, steigt das Risiko bleibender Restsymptome (Residuum).

Die Psychotherapie leitet die Betroffenen vor allem dazu an, die Anzeichen einer akuten Störung selbst zu erkennen, das Erlebte zu verarbeiten und die persönliche Lebensführung so zu gestalten, dass Risikofaktoren wie Stress sind.

5 Affektive Störungen

Affektive Störungen sind relativ häufig. Nach Studien wurde bei einem Fünftel der in der westlichen Welt lebenden Menschen irgendwann einmal eine solche diagnostiziert.

„Affektive Störungen sind Erkrankungen, deren Hauptkennzeichen Veränderungen von Stimmungen (=Affektivität) und Antrieb sind. Unterschieden werden die beiden Syndrom-Pole der Depression und Manie. Die Einteilung der affektiven Störung erfolgt heute rein deskriptiv nach dem Verlauf. (...)“²²

Man könnte dies auch als eine Beeinträchtigung des emotionalen Gleichgewichts beschreiben. Die betroffene Person ist in ihrem Alltag belastet, weil sie sich entweder in einem Zustand extremer Bedrücktheit befindet oder eine überbordende Form von Glück erlebt. Allgemein wird die affektive Störung in zwei Kategorien unterteilt: Die Major Depression oder auch unipolare Depression und die bipolare Störung.²³

5.1 DIE DEPRESSION UND IHRE THEORIEN

Die behandlungsbedürftige (klinische) Depression ist abzugrenzen von der depressiven Verstimmung („einem miesen Tag“) und dem natürlichen Prozess der Trauer, der sich nach einer Trennung oder dem Verlust geliebter Menschen einstellt.

Ein Beispiel aus der Praxis:



Folgender Schilderung können Sie entnehmen, wie eine Person das Leiden erlebt, welches über diese natürlichen Verstimmungen und Belastungen hinausgeht:

„Ich fühle mich schlecht. Schon seit fast einem Monat. Meine Familie sagt, ich sei nur noch mies gelaunt. Ich soll mal wieder etwas unternehmen, dabei habe ich überhaupt keine Lust dazu. Letzten Samstag habe ich mich aufgerafft. Ein paar Freunde hatten mich auf ein Bier in einen Pub eingeladen, aber das war dann doch nichts. Eigentlich mag ich es, wenn

²² vgl. Leucht, St.; Förstl, H., Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018 (S. 103)

²³ vgl. Gerring, R.J., R.J., Psychologie, 2015 (S.569)

wir uns treffen, aber an dem Abend habe ich es doch wieder sein lassen und bin schlafen gegangen. Irgendwie ist alles so grau und schwer. Und mein Kopf dröhnt, ständig habe ich Kopfschmerzen und oft helfen mir nur Tabletten dagegen. Mir tut das Denken weh, deshalb will ich schlafen. Nachts klappt das aber nicht, vielleicht tagsüber für ein, zwei Stunden. Und dann geht das Ganze einfach weiter.“

Eine krankhafte Veränderung des Gemütszustandes geht meist über einen längeren Zeitraum vonstatten und ist für Fachleute sehr gut erkennbar, während dies im familiären und sonstigen Umfeld nicht immer der Fall ist. Oft wird versucht, die betreffende Person aus ihrer „Unlust“ oder „miesepetrigen Stimmung“ herauszulocken, was weiteren Schaden anrichten kann.

Folgende Faktoren – vorausgesetzt, sie treffen in einer bestimmten Anzahl und für einen bestimmten Zeitraum zusammen, (vgl. dazu ICD und DSM in der aktuellen Fassung) – sind deutliche Symptome für eine depressive Phase:

- **Niedergeschlagene, gedrückte Stimmung über einen längeren Zeitraum und an fast allen Tagen.** Negative Gedanken, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Todesgedanken bis hin zu Selbstmordfantasien und Selbstmordhandlungen sind bezeichnend.
- **Innere Leere, wenig Interesse.** Die Freude an Aktivitäten, auch solchen, die entspannen oder Vergnügen bereiten, schwindet.
- **Anhaltende Antriebslosigkeit / verlangsamte Motorik.** Ein depressiver Mensch kann sich nur sehr schwer aufraffen, seinen täglichen Verpflichtungen nachzukommen. Depression kann eine zeitlich begrenzte beziehungsweise in Episoden auftretende Störung sein oder aber einen chronischen Charakter annehmen.

Nicht selten tritt eine begleitende Symptomatik auf, die sich durch Konzentrations- und Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Appetitlosigkeit und starke Gewichtsschwankungen bemerkbar macht.

Womöglich fragen Sie sich nun, wie es sein kann, dass Menschen in dieser Häufigkeit an Depressionen erkranken. **Drei psychologische Theorien** erklären ihre Entstehung, die hier kurz umrissen werden sollen.

5.1.1 Gelernte Hilflosigkeit

Die Theorie der »gelernten Hilflosigkeit« nach MARTIN SELIGMAN ist Ihnen bekannt. Im Wesentlichen ist Seligman der Meinung, dass von einer Depression betroffene Personen durch entsprechende Erfahrungen irgendwann

den Glauben daran verloren haben, durch ihr Handeln Einfluss auf die Ereignisse in ihrem Leben zu haben. In Situationen, denen sie sich ausgeliefert fühlten, haben sie gelernt, keine Kontrolle zu haben und hilflos zu sein. Sie erinnern sich? Bewiesen wurde diese Theorie durch ein Experiment mit Hunden. Dabei wurden die Tiere elektrischen, unvermeidbaren Schocks ausgesetzt und hatten keine Möglichkeit ihnen zu entkommen. In der Folge waren depressionsähnliche Zustände bei den Hunden zu beobachten. Sie verhielten sich zunehmend passiv und ließen die Prozedur über sich ergehen.

Nehmen wir an, ein Kind erhält nur wenig Lob, aber viel Kritik durch die Eltern. Egal, was es tut und wie es sich bemüht, von Vater und / oder Mutter Anerkennung zu erhalten, es immer ist etwas falsch oder nicht gut genug. Das Kind kann nichts an der schwierigen Situation ändern und erfährt, dass es keinen Sinn macht, Initiative zu zeigen. Das Kind lernt: In dieser Hinsicht ist und bleibt es hilflos.

Je dramatischer und einschneidender diese Ereignisse sind, vielleicht traumatisch, desto intensiver ist der Eindruck, sie nicht kontrollieren zu können. Treten genügend solcher Situationen im eigenen Leben auf, dann kann es passieren, dass die Betroffenen davon ausgehen, allgemein machtlos zu sein, was die Entwicklungen in ihrem Leben angeht. Wieso sollte es sich also lohnen, etwas zu tun, wenn jedes Bemühen, sich aus einer Situation zu befreien, immerzu ins Leere läuft? Anhand dieses Zusammenhänge erklärt das Modell der gelernten Hilflosigkeit die so typischen Symptome der Antriebslosigkeit und Bedrücktheit.

5.1.2 Umattributierung

Wir alle haben ständig Ideen, wälzen Theorien, Überzeugungen und Annahmen hin und her, mit denen wir uns erklären wollen, was in unserer Umwelt und was in unserem Inneren vor sich geht. Diese Ideen steuern auch unsere Interaktionen mit anderen Menschen und unserer Umgebung. Wir wollen uns also über die Ursachen informieren und diese möglichst klar zuordnen können, was wiederum Konsequenzen für unser Verhalten hat. Der Fachbegriff für das Zustandekommen von Ursachenzuschreibungen ist **Attribution**. Wenn Person A von Person B Kaffee über die Hose gekippt wird, ist es für das weitere Handeln der Person A entscheidend, ob sie dieses Ereignis auf eine Gemeinheit oder auf ein Missgeschick zurückführt.

„Umattributierung“ bedeutet, dass depressive Menschen ihr eigenes Verhalten auf Bedingungen und Ursachen im Außen zurückführen. Konkret heißt dies: Sie verknüpfen ihr Scheitern mit einem außerhalb von ihnen liegenden Umstand.

Um dies zu beurteilen, sind nach DAVISON²⁴ drei Aspekte zu klären:

1. Hat das Versagen einen **internalen** oder **externalen** Hintergrund (persönlich / umweltbedingt)?
2. Sehen die Patienten ihr Versagen als dauerhaft (**stabil**) oder nur vorübergehend (**instabil**)?
3. Besteht für die Betroffenen eine **globale** oder **spezifische Unfähigkeit** erfolgreich zu sein?

In einer klinischen Depression attributieren die betroffenen Personen angenehme Ereignisse z. B. tendenziell external, variabel, unkontrollierbar und lokal.

Werden solche Menschen in einem Geschäft überaus freundlich bedient, kommentieren sie das innerlich damit, dass diese Freundlichkeit nur „Show“ ist oder ein einmaliger Zufall, dass sie selbst dafür nichts tun können und dass ihnen das im nächsten Laden bestimmt nicht mehr wieder passieren wird.

Für unschöne Zustände / Erlebnisse folgen sie eher einem internalen Gedankengang und beziehen sich auf ein stabiles, unkontrollierbares und globales Muster.

Werden sie im Laden von der Bedienung missmutig abserviert, dann bestätigen sie sich selbst, dass sie einfach eine Person sind, die schon immer fabelhaft dazu geeignet war, grundlos angeschnauzt oder jedenfalls missachtet zu werden und dass sie das nicht ändern können, weil ihnen dieses Pech förmlich auf Schritt und Tritt folgt. Sowieso ist es besser, nicht zu erwarten, irgendjemand könne auf die Idee kommen, gerade sie / ihn zuvorkommend zu behandeln.

Zwischenmenschliche Begegnungen variieren. Eine instabile Begründung für das Erlebnis, unfreundlich behandelt zu werden, wäre daher stattdessen eine Aussage wie diese:

„Na ja, heute gucke ich selbst rotzig aus der Wäsche. Morgen strahle ich wieder und ernte ein Lächeln und freundliche Worte!“ 5.1.3 Hoffnungslosigkeit

Eine dritte Theorie fußt auf den Annahmen der „erlernten Hilflosigkeit“, wie sie im Kapitel 5.1.1 beschrieben wurden.

²⁴ vgl. Davison, G., Klinische Psychologie, 2007 (S.320)

Die Hoffnungslosigkeitstheorie von L. ABRAMSON fügt weitere Aspekte hinzu, die eventuell dazu führen, dass sich eine Tendenz manifestiert, aus negativen Ereignissen ungünstige Schlussfolgerungen zu ziehen.

Diesbezüglich sollen insbesondere Probleme mit dem Selbstwertgefühl und das Gefühl, einer Situation hoffnungslos ausgeliefert zu sein, die Anfälligkeit für eine anhaltende depressive Stimmung erhöhen.

In Krisensituationen und psychischen Notlagen ist es wichtig, die richtige Hilfe zu erhalten. Sollten Sie sich jemals selbst in einer akuten Krisensituation befinden oder jemanden kennen, der sich in einer seelischen Notlage befindet, müssen Sie sich daran erinnern!

In Deutschland und Österreich bietet die Telefonseelsorge Hilfe, Ratschläge und Unterstützung an. Die Mitarbeiter/innen sind Tag und Nacht und auch am Wochenende per Telefon oder im Chat erreichbar. Die Adressen weiterer Hilfseinrichtungen finden sich im Internet und im akuten Fall ist es zudem möglich, sich an allgemeinmedizinische Praxen zu wenden.

5.2 BIPOLARE STÖRUNG

Wie die Bezeichnung es ausdrückt, ist diese Erkrankung eine bi- (lat. für zwei-) polige Erscheinung, da sich die Gemütsverfassung der erkrankten Person zwischen verschiedenen Zuständen bewegt. Sie ist manisch-depressiv. Die vorstehend erklärte depressive Störung tritt im Wechsel mit einer grundlosen, zu Leichtsinn neigenden, oft sehr reizbaren Hochstimmung auf.

Wenngleich auch im Laufe eines Tages heftige Gemütsschwankungen vorkommen, mit einem Tiefpunkt am Morgen, können in anderen Fällen Monate vergehen, bevor die Stimmung sich ändert. Wesentlich ist, dass keine mit dem Alltag vereinbare Grundstimmung auszumachen ist, sondern stets eine eher extreme Reaktion vorliegt. In der Phase der Hochstimmung (manische Episode) neigen die Betroffenen dazu, sich selbst zu überschätzen und sich übermäßig aktiv zu geben. Das Schlafbedürfnis ist reduziert, außerdem die Fähigkeit, persönliche Ressourcen angemessen einzusetzen. Körperliche Energie wird ebenso verschwenderisch gehandhabt wie Geld und andere materielle Mittel. In den typischen Szenarien, die in der Fachliteratur beschrieben werden, finden Sie Menschen, die sich in jeder Hinsicht für „unbesiegbar“ halten, rauschhaft

(luxuriöse) Waren bestellen oder Angestellte, die ihren Vorgesetzten lautstark jede Kompetenz absprechen.

Da es regelmäßig an jeder Einsicht fehlt und oftmals erst spät reagiert wird, sind die Folgen oft drastisch, da sie auch das berufliche und / oder familiäre Umfeld extrem schädigen können.

5.3 MANIE

Auch die Manie (von. griech.: manía = die Raserei) verläuft vielfach zyklisch. In der akuten Manie zeigt die Person einen immens gesteigerten Antrieb und eine »überdrehte« Stimmung, die weit über dem Normalniveau liegt. Heute wird die Theorie vertreten, dass eine extrem hohe Konzentration der Neurotransmitter²⁵ Noradrenalin und Dopamin der Grund für dieses Phänomen sein soll. Wie bereits bei der bipolaren Störung beschrieben, reduziert sich in der Manie der Schlaf. Fehlt diese naturgemäße Erholung dauerhaft, hat dies zur Folge, dass einige Sektoren des Gehirns übermäßig gefordert werden. Eine solche Überanstrengung begünstigt die Entstehung einer weiteren psychotischen Symptomatik.

Auch hier bemerken die Betroffenen regelmäßig nicht, dass ihr „blendendes Hochgefühl“ das Merkmal einer Erkrankung ist.

Zum Abschluss der Thematik noch der Hinweis, dass Depressionen zudem als **komorbide psychische Störungen** existieren können. Darunter sind solche psychischen Störungen zu verstehen, die zusätzlich zu weiteren seelischen oder körperlichen Erkrankungen vorkommen. Der Begriff wird aus dem Englischen (*comorbidity*) als *Begleiterkrankung* übersetzt. Viele körperliche Krankheiten werden in dieser Weise von einer Depression begleitet. So sind Patientinnen und Patienten, die an Herzerkrankungen leiden, oftmals sehr in Sorge und in ihrer Lebensgestaltung beträchtlich eingeschränkt.²⁶

In manchen Fällen ist eine Veränderung in der Wahrnehmung bereits vor dem Ausbruch einer akuten Psychose zu beobachten.

²⁵ Neurotransmitter sind biochemische Stoffe, durch welche Reize von einer Nervenzelle zu einer anderen Nervenzelle oder Zelle weitergetragen werden. Diese Substanzen können die ursprünglichen Reize auch verstärken oder abändern.

²⁶ vgl. Leucht, St.; Förstl, H., Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018, (S. 77)



Wiederholungsfrage № 4:

a) Beschreiben Sie bitte, was die klinische Depression von der depressiven Verstimmung unterscheidet?

b) Was besagt die Theorie der Umattributierung?

c) Legen Sie dar, wie sich eine bipolare Störung zeigt?

6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Der Begriff der Persönlichkeitsstörungen ist sehr weit gefasst. Zahlreiche Krankheitsbilder fallen in diese Kategorie. Eine einfache Beschreibung könnte lauten: Wenn die Persönlichkeit eines Menschen aus den Fugen gerät, weil eine Eigenschaft dieser Person sich ins Maßlose hinein entwickelt und sozial nicht mehr verträglich ist, dann ist dies eine Persönlichkeitsstörung. Da wir Menschen über viele Eigenschaften verfügen, kann dies sehr unterschiedliche Konsequenzen haben. Aus Sparsamkeit kann Geiz werden, aus Freigiebigkeit ein unvernünftig verschwenderischer Lebensstil, aus einem kleinen „Reinlichkeitsfimmel“ ein „Sauberkeitwahn“. Als Störungen der Persönlichkeit ist diesen Auffälligkeiten gemeinsam, dass sie die Lebensqualität enorm einschränken bis hin zum Verlust der Selbstbestimmtheit. Diese vereinfachte Erklärung soll Ihnen helfen, die Natur dieser Erkrankungen besser zu erfassen.

Herkömmlicherweise werden Persönlichkeitsstörungen vor allem mit Methoden der Psychotherapie behandelt. Eine Gesprächs- oder Verhaltenstherapie kann hilfreich sein, um die Verhaltensweise, um dies es geht, zu erkennen, zu modifizieren und zu verstehen, warum sich diese so haltlos entwickeln konnte. Akute Belastungen werden medikamentös behandelt, wenn es geboten ist.

Im Folgenden erfahren Sie das Wichtigste zu häufig auftretenden Persönlichkeitsstörungen.

6.1 MERKMALE EINER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Die Borderlinestörung (BPS) stellt die die gravierendste Persönlichkeitsstörung dar, da sie zu einer emotional überaus instabilen Persönlichkeit führt. Der Name ergibt sich aus dem Englischen. *Borderline* – also „Grenzlinienstörung“ – wird diese Erkrankung genannt, weil sie auf der Grenzlinie zwischen Persönlichkeitsstörungen, bipolaren Störungen und psychotischen Störungen verläuft.²⁷ Daher ist diese Störung auch sehr schwer auszumachen. Nach den gängigen Klassifikationssystemen müssen verschiedene Symptome gegeben sein, um die Diagnose dieser Erkrankung zu rechtfertigen.

Folgende Merkmale sprechen für das Vorliegen des Borderlinesyndroms²⁸:

Eine Person führt Selbstverletzungen durch – besonders häufig ist der Drang, sich Schnittverletzungen und Verbrennungen zuzufügen (z. B. mit Zigaretten). Oder der eigene Körper wird gegen harte Oberflächen geschlagen. Dieser Hang zur Selbstverletzung kann in einer erhöhten Selbstmordgefahr münden. Die Drohung mit dem Suizid ist eine häufige Reaktion auf Trennungsabsichten der Partnerin/des Partners.

Die Trennungängste der / des Borderlineerkrankten sind extrem und oftmals völlig unbegründet. Um dem Verlassenwerden durch nahestehende Personen zuvorzukommen, gehen die Erkrankten gerne äußerst intensive, aber sehr unbeständige Beziehungen ein. Sie sind akribisch bemüht, die andere/den anderen davon abzuhalten, die Beziehung zu beenden und bauen dazu auch emotional druckvolle Szenarien auf. Meldet sich der nahestehende Mensch nicht, nicht genügend oft oder ist sie anderweitig beschäftigt, fühlt sich die Person mit der Borderlinestörung eventuell dazu genötigt, hinterherzutelefonieren und nachzuforschen, um eine Trennung zu verhindern.

Das Denken verläuft in den Kategorien „gut“ oder „schlecht“. In dieser Form eines Schwarz-Weiß-Denkens zeigt sich die Neigung, Situationen oder Menschen extrem zu idealisieren oder abzuwerten. Mitmenschen werden gehasst oder geliebt. Innerhalb der impulsiven und instabilen Beziehungen, die eine Person mit Borderlinesyndrom erlebt, sind die Gefühle großen und spontanen Wandlungen unterworfen, die selten nachvollzogen werden können.

²⁷ vgl. Leucht, St.; Förstl, H. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018 (S. 209)

²⁸ vgl. Davison, G. Klinische Psychologie, 2007 (S.468)

Drei Beispiele:



Folgender Schilderung können Sie entnehmen, wie eine Person das Leiden erlebt, welches über diese natürlichen Verstimmungen und Belastungen hinausgeht:

1. Eine Aussage könnte sein:

„Ich liebe Dich über alles. Niemand sonst zeigt so viel Verständnis wie Du!“

Kurz darauf wird diese Idealisierung im Stil der folgenden Äußerung revidiert:

„So, wie du mich gerade enttäuscht hast, hat es noch niemand geschafft.“

2. Wieder wird ein Idealbild formuliert:

„Meine Mama ist die ideale Mutter. Ich hatte es immer so gut bei ihr!“

Ein Statement, das gleich darauf wieder entwertet wird:

„Aber wenn ich etwas besser nachdenke, sie hat mich viel zu oft alleingelassen!“

3. Eine junge Frau verliebt sich in ihren flüchtigen Flirt in einer Partynacht. Die erste Enttäuschung führt sogleich zu einem radikalen Meinungsumschwung.

BPS-Patientinnen und BPS-Patienten zeigen sich oft reizbar und **launisch**. Ihre Stimmung schwankt von Traurigkeit zu Freude oder von maßloser Wut zu Vergebung, von Ängstlichkeit zu Übermut. Fachlich präzise ist von einer unangemessenen Reaktivität der Stimmung in Bezug auf Außenereignisse die Rede. Diese „Launen“ können einige Tage andauern.

Die Selbstwahrnehmung ist verzerrt. Borderliner/innen können sich selbst nicht mehr realistisch selbsteinschätzen. Entweder überschätzen sie sich oder betrachten ihre eigene Person (danach wieder) mit Gleichgültigkeit. Kleine

Impulse reichen aus, um diese Veränderungen in der Selbstwahrnehmung auszulösen.²⁹ Dies betrifft die unterschiedlichsten Eigenschaften und Fähigkeiten, das Aussehen, berufliche Kompetenzen oder ein Hobby, das zunächst intensiv ausgeübt und dann plötzlich aus Überzeugung aufgegeben wird. Ebenso symptomatisch kann die Unsicherheit in der sexuellen Orientierung sein.

Weiteres Symptom ist eine **andauernde (chronische) „innere Leere“**. Manche Selbstverletzungen geschehen, um die Langeweile durch diese „Beschäftigung“ zu kompensieren.

Borderliner/innen sind oft unberechenbar, wenn es darum geht, Regeln einzuhalten. Wut und andere heftige Emotionen entziehen sich häufig ihrer Kontrolle. Sie schaffen es, sich derart in die Gefühlsäußerungen hineinsteigern, dass es zu Gewalttätigkeiten auch aus geringen Anlässen kommen kann.

In gleicher Weise führen bestimmte Verhaltensmuster dazu, dass sich die am BPS-Syndrom leidende Person durch unverhältnismäßige Aktionen selbst in gravierende Schwierigkeiten bringt. Beispiele hierfür sind maßloses Glücksspiel, der Konsum von Drogen, riskantes Autofahren oder regelmäßig wechselnde Sexualpartner.

In extremen Fällen treten vorübergehend **paranoide** oder **dissoziative** Symptome auf. So kann es vorkommen, dass die Person allen anderen Menschen misstraut, weil sie erwartet, schlecht behandelt zu werden und sie daher verängstigt wirkt. Bei der dissoziativen Symptomatik fühlt sich die betroffene Person wie in einem Film.

Die Borderlinestörung gilt als schwierig zu therapieren. Die überwiegend psychotherapeutisch angelegten Behandlungen sind nicht selten äußerst langwierig. Man hat festgestellt, dass hier der Leidensdruck der Patientin / des Patienten eine große Rolle spielt. Je tiefer das Leid, das die Person empfindet, desto größer ist in der Regel das die Anstrengung, die eigene seelische Stabilität zurückzugewinnen. Und damit auch die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges.

6.2 ZWANG UND ZWANGSSTÖRUNGEN

Zwangsstörungen haben Gedanken, Handlungsimpulse oder Vorstellungen zum Inhalt, denen die Betroffenen immer wieder nachkommen „müssen“.

²⁹ vgl. Leucht, St.; Förstl, H. Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2018 (S. 209)

Vernünftige Argumente können die Betroffenen nicht davon abhalten, diesem Drang nachzugeben.

Die meisten Menschen kennen zwanghafte Vorstellungen und Handlungen oder wiederkehrende unerwünschte Gedanken. Krankheitswert ist einer solchen Auffälligkeit erst dann beizumessen, wenn sich derartige Verhaltensweisen eine bestimmte intensive Qualität erreichen und nachhaltig entgleisen, dass die betroffenen Personen und /oder die alltäglichen Abläufe darunter leiden (vgl. Kapitel 1.5). Es ist dann nicht mehr möglich, den Tag zu gestalten ohne stets zu überprüfen, ob die Ordnung und der geplante Ablauf eingehalten werden.

In der jeweils aktuellen ICD finden Sie zum Kriterium der Intensität / Häufigkeit genauere Angaben.

INFO

Alle Menschen gestalten bewusst ihre Routinen, um sich den Alltag zu erleichtern. Solche Abläufe sind individuell und können bereits zwanghaft anmuten. Dennoch liegt darin keine Zwangsstörung. Um eine solche Diagnose stellen zu können, muss die Symptomatik ein geregeltes, entspanntes Leben unmöglich machen. Störende zwanghafte Impulse und echte Zwangsgedanken sind stereotyp, wiederholt und werden oft als Bedrängnis empfunden.

Weiter mit dem Fall aus der Praxis:



Mathilda will am Nachmittag das Haus verlassen, um zur Arbeit zu fahren. Sie hat jedoch den Gedanken: »Es könnte sein, dass ich vergesse, das Bügeleisen auszuschalten.«

Daraufhin geht sie noch einige Male zurück in das Zimmer, in dem sie Stunden zuvor gebügelt hat und überprüft in aber und abermals gleicher Abfolge, ob das Bügeleisen wirklich kalt und der Stecker gezogen ist. Ähnliche Dinge passieren ihr immer wieder. Auch die Herdplatten werden von ihr nacheinander berührt, um zu testen, ob sie nicht mehr heiß sind. Ihre Familie ist durch Mathildes Verhalten belastet und sie ist bereits einige Male zu spät zur Arbeit gekommen.

Die Dame leidet unter einer Zwangsstörung. Ihr Kontrollzwang hat derart überhandgenommen, dass es für sie schwer wird, ihre anderen Verpflichtungen zu erfüllen. Häufig sind erste Anzeichen einer solchen Störung bereits im Teenager- oder frühen Erwachsenenalter gegeben. Im Laufe der Zeit verstärkt sich die Symptomatik derart, dass sie sie den Alltag spürbar beeinträchtigt. Man geht davon aus, dass die Störung ohne Therapie in zwei Dritteln der Fälle chronisch wird.

Im Gegensatz zur Schizophrenie, bei der die betroffene Person ihre Gedanken als „Eingebung“ von außen erlebt (vgl. Kapitel 4), werden die unerwünschten, aber unvermeidbaren Gedanken oder Handlungsimpulse einer Zwangsstörung bewusst als die eigenen wahrgenommen. Auch besteht kein Zweifel an der Absurdität dieses Verhaltens.

6.2.1 Zwanghaftes Verhalten

In unserem Beispiel muss Mathilda immer wieder nachschauen, ob das Bügeleisen tatsächlich nicht mehr angeschaltet ist. Ist dem wirklich so? Ist auch der Herd ausgeschaltet? Sind alle Fenster geschlossen? Unter Zwangshandlungen versteht man sich wiederholende Verhaltensweisen, die oft immer gleich ablaufen, und die Betroffene haben keine andere Wahl, als diese Handlungen auszuführen, obwohl sie sie als übertrieben oder sinnlos erkennen. Häufig dient ein Zwang der Angstregulierung. Die Zwangshandlungen sollen unangenehme Gefühle, die durch einen zwanghaften Gedanken ausgelöst wurden, reduzieren und der betroffenen Person Erleichterung verschaffen. Denn eine Zwangshandlung, die nicht ausgeführt werden kann, erzeugt Anspannung und Angst, die sich bis ins Unerträgliche hinein steigern kann.

Typische Zwangshandlungen sind Reinigungs- oder Putzzwänge, die oft mit einer Angst vor Infektion einhergehen. Auch aufwendige Zählrituale sind keine Seltenheit.

6.2.2 Zwangsgedanken

Die Inhalte echter Zwangsgedanken beziehen sich häufig auf die Biografie der betroffenen Person. Sie sind bildhaft formuliert und enthalten oftmals konkrete Handlungsimpulse, die sich ihr regelrecht aufdrängen und sich immer wieder in ähnlicher Fassung wiederholen. Die Person denkt Dinge, die so überhaupt nicht stattfinden sollen. Dies erklärt das persönliche Leid der Betroffenen.

Ein Beispiel aus der Praxis:



Wie für die meisten Betroffenen ist es Mathilda unmöglich, ihre belastenden Gedanken einfach sein zu lassen.

Deshalb führt sie Zwangshandlungen durch (die wiederholte Kontrolle), die ihr helfen, mit der Angst und Angespanntheit für den Moment klarzukommen. Nach außen wird die Person übertrieben aktiv, um ihre unangenehmen Empfindungen zu neutralisieren. Sie kann sich jedoch für eine gewisse Zeit der unbehaglichen Situation entziehen. Langfristig führen die Zwangshandlungen dazu, dass die / der Betroffene seinen Zwangsgedanken immer mehr ausgeliefert ist. Ihr / ihm ist es verwehrt, die „erlösende“ Erfahrung zu machen, dass das Befürchtete gar nicht eintritt.

Viele der von Zwangsstörungen Betroffenen verzichten aus Scham darauf, sich helfen zu lassen, obwohl sie sehr gut wissen, wie absurd ihr Handeln ist. Sie glauben außerhalb ihrer zwanghaften Gedanken und Handlungen keine andere Option zu haben, ihr Unbehagen und ihre Angst vor drohendem Unheil in Schach zu halten. Hier liegt die Schnittstelle zu den Angststörungen (vgl. Kapitel 6.3) und wie bei diesen ist eine psychotherapeutische Behandlung das Mittel der ersten Wahl; vielfach ist die Störung bereits chronifiziert, wenn mit einer Therapie begonnen wird.

In manchen Fällen entwickeln sich intensive Schuldgefühle, welche die Art der Zwangsgedanken ungünstig beeinflussen. Vorstellungen von Gewalt, Aggression oder einer anderen Form von Bedrohung vertiefen die Bedrängnis durch den Zwang. Bei stark ausgeprägten Zwängen werden begleitend Antidepressiva verabreicht.

Viele der von Zwangsstörungen Betroffenen verzichten aus Scham darauf, sich helfen zu lassen, obwohl sie sehr gut wissen, wie absurd ihr Handeln ist. Sie glauben außerhalb ihrer zwanghaften Gedanken und Handlungen keine andere Option zu haben, ihr Unbehagen und ihre Angst vor drohendem Unheil in Schach zu halten. Hier liegt die Schnittstelle zu den Angststörungen (vgl. Kapitel 6.3) und wie bei diesen ist eine psychotherapeutische Behandlung das Mittel der ersten Wahl; vielfach ist die Störung bereits chronifiziert, wenn mit einer Therapie begonnen wird.

In manchen Fällen entwickeln sich intensive Schuldgefühle, welche die Art der Zwangsgedanken ungünstig beeinflussen. Vorstellungen von Gewalt, Aggression oder einer anderen Form von Bedrohung vertiefen die Bedrängnis durch den Zwang. Bei stark ausgeprägten Zwängen werden begleitend Antidepressiva verabreicht.

INFO

Im DSM und auch in einem Teil der Fachliteratur werden die Zwangsstörungen zu den Angststörungen gezählt. Das ICD listet sie als eigenständige Störungen auf, dieser Darstellung folgt auch das Studienheft.

6.3 ANGSTSTÖRUNGEN

Mit einer Lebenszeitprävalenz³⁰ von 15 Prozent gehören Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Diese Information zeigt Ihnen, wie wichtig die Kenntnis dieser Thematik ist. Angststörungen sind besonders unter jungen Menschen verbreitet. Etwa 10 Prozent aller Jugendlichen machen irgendwann einmal die Erfahrung, an einer solchen Störung zu erkranken. Angst an sich ist Teil der Normalität. Wir können in ihr eine schützende Funktion erkennen, wenn sie uns von leichtsinnigen oder gefährlichen Aktionen abhält. Dies ist ein gewöhnliches Erlebnis, das alle Menschen teilen.

Nach dem was wissen, ist Ihnen klar: Gerät die Angst außer Kontrolle und hält sie eine Person davon ab, ihr Leben selbstbestimmt zu führen, bekommt die gesunde Angst einen Krankheitswert³¹.

Exemplarisch sei hier die *Hypochondrie* genannt, die übertriebene Angst, krank zu sein oder zu erkranken.

In irgendeiner Form und Intensität werden Sie bei jeder psychischen Störung Angstgefühle antreffen. Unterschiede gibt es jedoch, was die Auslöser und den Umfang des Angsterlebens anbelangt. Ausdrückliche Angststörungen treten in drei Formen auf.

³⁰ Die Lebenszeitprävalenz/das **Lebenszeitrisiko** ist die Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Lebens (mindestens) einmal von einer bestimmten Erkrankung betroffen zu sein.

³¹ vgl. ebenda

6.3.1 Generalisierte Angststörung

Die Besonderheit dieser Angststörung ist ihre Unbestimmtheit. Es gibt eigentlich keinen Grund und keinen konkreten Inhalt. Mal sind es familiäre Angelegenheiten, mal finanzielle Belange, mal ist es der Beruf oder ein anderer Lebensbereich, auf den sich dieses diffuse, aber hartnäckige Angstgefühl bezieht. Es stellt sich dauerhaft eine beträchtliche innere Anspannung ein, die von Konzentrationsstörungen, Herzrasen, Schwindelsymptomen und anderen für einen Zustand der Angst typischen Beschwerden begleitet wird.

Weitere körperliche und geistige Leitsymptome sind:

- **Niedergeschlagene, ein hoher Muskeltonus,**
- **leichte Ermüdbarkeit,**
- **innere Unruhe,**
- **Reizbarkeit (vegetative Übererregbarkeit)**
- **und Schlafstörungen.**

Für eine präzise Einordnung sind auch hier die Forschungskriterien des aktuellen ICD ausschlaggebend. In den einschlägigen Quellen finden Sie unter anderem den Hinweis, dass eine generalisierte Angststörung zu diagnostizieren ist, wenn dieses Gefühl der unbegründeten Ängstlichkeit und Besorgnis über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten hinweg andauert.

6.3.2 Panikstörung

Panikattacken stellen sich plötzlich ein. Bedingt durch die erhöhte Adrenalinausschüttung verändert sich der körperliche Zustand in kürzester Zeit massiv.

Das Gefühl, eine Todesangst auszustehen, Beklemmungen, Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche und Übelkeit beschreiben die Symptomatik der Panikstörung. Wenn das Adrenalin abgebaut wurde, vergeht auch die Panikattacke. Dies vollzieht sich in einem Zeitrahmen von ca. 15-30 Minuten.

6.3.3 Phobie

Bei einer Phobie hat die Angst einen spezifischen Bezug. Sie richtet sich fokussiert auf ein Objekt oder eine Situation, ohne dass eine unbedingt begründete Gefahr bestehen würde.

Ein gängiges Beispiel ist die Arachnophobie, die Angst vor Spinnen. Obgleich die meisten Exemplare keine Bedrohung für uns Menschen darstellen, reagieren nicht wenige von uns bereits auf den Anblick einer Spinne phobisch.

Weitere, auch allgemein bekannte phobische Ängste sind die Angst vor großen Plätzen (Platzangst = Agoraphobie), Angst vor geschlossenen Räumen (= Klaustrophobie), Angst vor anderen Menschen (= soziale Phobie), Angst vor Dunkelheit (= Achluophobie). Wie Sie bereits aus Ihren früheren Studien wissen, Phobien werden Phobien in erster Linie verhaltenstherapeutisch, durch wohl dosierte Konfrontation, behandelt. Sie lernen die von einer Phobie betroffenen Personen einen Umgang mit ihrer Angst, der den Alltag erleichtert. Die Behandlung zeigt bei entsprechender Motivation viel Erfolg, die Beeinträchtigung durch die Angst wird deutlich geringer.

6.4 ESSSTÖRUNGEN

Die Zahlen sprechen für sich. Im Alter zwischen neun und 13 Jahren ist nahezu die Hälfte aller Heranwachsenden mit ihrem Gewicht nicht einverstanden. Studien kamen zu dem Ergebnis, dass insbesondere weibliche Jugendliche an Essstörungen erkranken.

Diese hohe Gefährdung junger Menschen ist dramatisch, da keine andere psychische Erkrankung eine vergleichbar hohe Sterblichkeit aufweist. Sie haben es in diesem Heft an anderer Stelle schon gelesen, die Magersucht (Anorexia nervosa) führt besonders häufig zum Tod.

Im Hinblick auf die Form der Essstörung ist danach zu differenzieren, ob es sich um die Esssucht / die Magersucht oder die Ess-Brechsucht handelt.

6.4.1 Ess- und Magersucht:

Die Sucht nach Essen verändert den Körper. Dieser lagert Fettreserven ein. Erst in den letzten Jahren ist zu beobachten, dass Übergewicht nicht mehr in dem Maße abgelehnt wird, wie es zeitweise der Fall war. Zwar werden die gesundheitlichen Folgen thematisiert, zugleich ist eine größere Akzeptanz dem körperlichen Erscheinungsbild gegenüber (etwa in der Werbung) feststellbar.

Vor allen Dingen das weibliche Schönheitsideal ist nicht mehr unbedingt ausdrücklich unterhalb des Idealgewichts angesiedelt (X-Size-Models). Dennoch ist übermäßige Schlankheit weiterhin eine Erscheinung, die gesellschaftliche Unterstützung findet. Die Magersucht ist ein trauriges Phänomen, das insbesondere Mädchen und jungen Frauen betrifft.

Esssucht und Magersucht ist gemeinsam, dass die Gedanken hauptsächlich um das Essen kreisen. Die Betroffenen sind damit beschäftigt, sich zu überlegen, wie und was sie als nächstes essen werden. Die esssüchtige Person braucht zügig Nahrung in ausreichender Menge; diesem übermäßig starken Verlangen muss sie nachgeben und auch nachts kommt es zu regelrechten Essattacken. Eine magersüchtige Person ist darauf aus, die Nahrungsaufnahme auf ein Minimum zu reduzieren und so lange wie möglich hinauszögern, auch wenn sie für andere vielleicht sehr gerne kocht. In jedem Fall beherrscht das Thema »Essen« den Alltag. Für beide Personen geht es darum, mit allen Mitteln das Gewicht zu kontrollieren und sich gegen den eigenen Körper zu wehren. Die Esssucht mit ihren Essattacken führt jedoch dazu, dass jede Diät zum Scheitern verurteilt ist.

Binge-Eating-Disorder nennt man eine Esssucht, bei der sich nach den Essattacken keinerlei Sättigungsgefühl einstellt.

Die/der Magersüchtige unterliegt dem Zwang, das Essen zu meiden und hält sich trotz massiven Gewichtsverlustes weiterhin für zu dick. In vielen Fällen ist das Gefühl für die natürlichen Bedürfnisse des Körpers komplett verlorengegangen. Intensive körperliche Aktivität soll den Kalorienverbrauch ankurbeln, der Organismus wird nochmals überstrapaziert.

Die Persönlichkeit der/des Magersüchtigen weist zwei typische Merkmale auf:

Weitere körperliche und geistige Leitsymptome sind:

- Perfektionismus (es werden herausragende sportliche, schulische oder berufliche Leistungen erbracht)
- Starke Abneigung dem Körper und körperlichen Genüssen gegenüber

In der Magersucht wird auch das exzessive Hungern als eine solche erstrebenswerte Leistung betrachtet und zwanghaft alles daran gesetzt, diesen Anspruch zu erfüllen. Leider ist dieses Unterfangen häufig erfolgreich. Die Sterberate der Erkrankten (Letalität), bedingt durch die dauerhaften Mangelerscheinungen liegt bei sechs Prozent.

6.4.2 Ess-Brehsucht (Bulimie):

Die Ess-Brehsucht (Bulimie) kommt mit etwa drei bis fünf Prozent der Mädchen besonders häufig vor. Nicht selten vermischt sich das Erscheinungsbild der Magersucht mit Essattacken. Nachdem sie gegessen haben, setzen Ess-Brehsüchtige alles daran, diese Nahrung wieder loszuwerden, sie zu erbrechen. Dieses Vorgehen hat Folgen, die organisch nachvollziehbar sind. Neben den Mangelerscheinungen treten durch die Magensäure verursachte Verätzungen

der Speiseröhre und Zahnschäden auf. Wie bei der Magersucht ist die Sterblichkeit hoch. Etwa drei Prozent der Erkrankten überleben diese Essstörung nicht.

In der Diagnostik der Essstörungen kommt unter anderem der sogenannte BMI zur Anwendung.

Der Body-Mass-Index ist ein Hilfsmittel, um das Gewicht richtig einzuschätzen. Diese Rechenformel setzt das Körpergewicht in Kilogramm mit der Körpergröße in Metern zum Quadrat ins Verhältnis:

BMI-Formel = Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße (in m) zum Quadrat.

Vielleicht treiben Sie selbst gesunden Sport und kennen die allgemeinen Empfehlungen der WHO für Erwachsene, einen BMI-Body Mass Index zwischen 18,5 und 24,9 anzustreben. Junge Menschen sollten einen BMI zwischen 19 und 25 aufweisen. In dieser Spanne spricht man von Normalgewicht und einem optimalen BMI.

Da die Einheit des BMI kg/m^2 ist, ergibt sich folgende beispielhafte Rechnung:

Eine erwachsene Person mit einem Körpergewicht von 80 Kilogramm und einer Körpergröße von 1,80 Metern hat einen BMI von 24,69 und liegt damit laut der BMI-Tabelle im Bereich des Normalgewichtes. Ein Wert unter 18,5 zeigt ein Untergewicht an, ein Wert ab 25,0 kann ein Anzeichen für Übergewicht sein.

Ein BMI von über 40 weist auf gefährliches Übergewicht hin, während ein BMI von unter 17,5 ein riskantes Untergewicht signalisiert. Es ist zu beachten, dass beim BMI Geschlecht, individuelle Körperstatur und der tatsächliche Körperfettgehalt grundsätzlich erst einmal nicht berücksichtigt werden. Daher ist ein BMI-Wert nur relativ aussagefähig und ein grober Richtwert. In der Fachliteratur können Sie verschiedene Ansätze zur Interpretation des BMI finden.

Bei Ess-Brechsuchterkrankungen sind oftmals überhaupt keine außergewöhnlichen BMI-Werte feststellbar!



Was die körperliche Fitness anbelangt, raten Expertinnen und Experten heutzutage eher dazu, sich auf sein Körpergefühl zu verlassen und das persönliche Wohlfühlgewicht anzustreben. Im Rahmen einer Essstörung ist jedoch eben dieses Empfinden verzerrt:

Für alle Essstörungen gilt, dass ihnen ein stark vermindertes Selbstwertgefühl zugrunde liegt.

Esssüchtige reduzieren ihren Selbstwert auf ihr Äußeres: Gewicht und Figur müssen stimmen!



Behandelt werden Essstörungen psychotherapeutisch, mit der Absicht dieses Selbstwertgefühl wieder in natürliche Bahnen zu lenken. Körperliche Mangelerscheinungen (z. B. Mineralstoff- oder Vitaminmangel) werden medikamentös therapiert, um hier so schnell wie möglich Abhilfe zu schaffen. Die Nahrungsaufnahme auf einem normalen Niveau muss erst wieder erlernt werden, auch der Organismus braucht Zeit, sich erneut daran zu gewöhnen, die Nahrung problemlos zu verstoffwechseln.

Als schwerwiegende Persönlichkeitsstörung stellt eine Essstörung eine therapeutische Herausforderung dar. Vielfach sind die Prognosen für den weiteren Verlauf schlecht, da es insbesondere bei Magersüchtigen an jeglicher Krankheitseinsicht fehlt.

Wie bei anderen Suchterkrankungen wird die Therapie in Gruppen bevorzugt, um die positiven Effekte durch den Austausch der Gleichbetroffenen untereinander zu nutzen.



Wiederholungsfrage № 3:

Erläutern Sie die Formen der Essstörungen, wie sie hier dargestellt wurden mit den wichtigsten Charakteristika der jeweiligen Störung.

7 Anforderungen an behandelnde Personen

Jede Therapieform verlangt von der behandelnden Person bestimmte Dinge. Beispielsweise kam eine Überprüfung von Behandlungsmethoden zu dem Schluss, dass eine traumaspezifische kognitive Verhaltenstherapie bei der Behandlung von posttraumatischen Stresssymptomen erfolgreich war, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Drogenabhängigkeit einhergingen.

Einen Therapeuten zu finden, der auf Trauma-Heilung spezialisiert ist, gibt der betroffenen Person die Möglichkeit, mit jemandem zu arbeiten, der Erfahrung auf diesem Gebiet hat und die diverse Facetten der Trauma-Heilung versteht. Die Forschung zeigt, dass posttraumatische Stresssymptome nachlassen, wenn die kognitive Verhaltenstherapie von einer Konfrontationstherapie begleitet wird. Sie erinnern sich: Konfrontationstherapie wird der Prozess genannt, bei dem Personen direkt mit ihren Ängsten konfrontiert werden. In den meisten Fällen wird die Therapeutin / der Therapeut dazu anleiten, die Szene des Traumas zu visualisieren oder zu „fühlen“. Dies geschieht auf sanfte Weise, mit vielen Pausen, damit die Klientin / der Klient ihre / seine Gefühle zusammen mit der Therapeutin / dem Therapeuten verarbeiten kann. Eine Konfrontationstherapie kann drastisch sein. Tief liegende Ereignisse der Kindheit können erinnert werden und heftige Gefühle auslösen. Dies verlangt daher großes Feingefühl bei der Anleitung.

Ein anderes Beispiel ist die Gestalttherapie, die Anfang der 40er- Jahre entwickelten Fritz und Lore Perls mit der Hilfe von Paul Goodman entwickelt wurde. Die Grundlagen sind Ihnen aus Studienheft 6 geläufig. Sie hat starke tiefenpsychologische Züge und ist in ihrem Verfahren äußerst experimentell. Es zählt das gegenwärtige Erleben der Person. Die Klientin / der Klient soll sich über seine Grundbedürfnisse und Wünsche klar werden und dem Instinkt vertrauen. Therapeutinnen und Therapeuten, die mit diesem Ansatz arbeiten, forcieren individuelle Maßnahmen, die sich nicht unbedingt an wissenschaftliche Grundsätze halten. Der in jeder Hinsicht einzigartige Mensch bedarf einer einzigartigen Behandlung.

Die Gestalttherapie wurzelt in existenzialistischem Gedankengut, das die eigenen, erschaffenden Kräfte des Menschen in den Vordergrund stellt. Findet diese Theorie in der Praxis Anwendung, dann geht es darum, dass die Patientin/ der Patient aus eigener Kraft den Weg aus ihren / seinen Problemen findet. Es wird keine fertige Lösung vorgegeben. Die kreativen Methoden der Gestalttherapie, etwa der „leere Stuhl“, werden eingesetzt, um Gefühle wie Wut

oder Ärger zu lindern. Der Erfindungsreichtum und die Fantasie der Therapeutin/ des Therapeuten sind gefragt, um auf diese Weise Klarheit über das gegenwärtige Befinden der/des Betroffenen herbeizuführen. Patientin oder Patient erhalten die Gelegenheit, eigene Bedürfnisse zu bemerken, zu reflektieren und ihnen anschließend auf eine gesunde Weise nachzukommen.

Diese empirisch nicht sehr häufig belegte Therapiemethode konfrontiert die betroffene Person mit sich selbst. Therapeutinnen und Therapeuten, die diese Methode anwenden, brauchen daher viel Empathie und Erfahrung, um angemessene kreative Impulse zu geben.

Dies sind nur zwei Beispiele für die hohen Anforderungen, die durch die verschiedenen therapeutischen Ansätze an ihre Anwender/innen gestellt werden und die auch für Sie in der Psychologischen Beratung psychisch gesunder Menschen relevant werden können.



Wiederholungsfrage № 3:

Nun sind Sie bei der letzten Wiederholungsaufgabe angelangt. Rekapitulieren Sie, warum es unverzichtbar ist, sich im Rahmen Ihrer Ausbildung in der Psychologischen Beratung mit den psychischen Störungsbildern zu beschäftigen. Was hat Sie besonders interessiert?

8 Schlussbetrachtung

Ist die Rede davon, dass ein Mensch „psychisch erkrankt“ ist, dann ist diese Aussage im Grunde ebenso diffus wie die Feststellung, man habe Bauchschmerzen. Bauchschmerzen sagen nichts darüber, wo die Ursache dieser unangenehmen Sache zu finden ist, ob im Magen, Darm oder woanders. Es gibt, wie es in jedem medizinischen Bereich der Fall ist, die unterschiedlichsten Krankheitsbilder.

Jedes dieser Krankheitsbilder formt sich aus spezifischen Symptomen, weist eine eigene Problematik auf und erfordert eine passende Behandlung. Sie lassen sich

in verschiedene, praktisch oftmals nicht leicht abgrenzbare Kategorien einteilen. So ist jeder Fall sorgfältig auf seine spezifischen Merkmale zu überprüfen.

Die Feststellung einer Diagnose und die Behandlung einer psychischen Störung ist ein Prozess, in den beide Seiten, die der Therapeutin oder des Therapeuten und die der Klientin oder des Klienten gleichermaßen involviert sind. Idealerweise beherrscht das Bemühen um Verstehen und Respekt die Gespräche und weiteren Elemente dieses Prozesses. Die Einstellung der Patientinnen und Patienten und ihre Behandlungsvorlieben sollten ernst genommen werden. Nicht jede Behandlung hat Erfolg und dieses sollte auch angemerkt werden dürfen – gegebenenfalls verbunden mit der konkreten Anfrage, eine Alternative zu finden.

Nicht selten braucht es eine gewisse Zeit und mehrere Therapeutinnen oder Therapeuten, bis sich der Therapieerfolg einstellt. Patientinnen und Patienten, die etwa während einer Gesprächstherapie blockiert sind und nicht weiterkommen, erfahren bei körperorientierter Arbeit womöglich wahre Durchbrüche. Darüber hinaus ist zu beachten, dass nicht für alle psychotherapeutischen Verfahren genügend Studien existieren, um ihre Wirksamkeit im Hinblick auf alle möglichen Störungsbilder bestätigen. „Sich helfen lassen“, benötigt Vertrauen in die Expertise und Kompetenz der / des Helfenden – auch in der Beratung ist dies nicht anders. Ihre Klientinnen und Klienten müssen spüren können, dass sie sich Ihrer Kenntnisse, Ihre Möglichkeiten und Ihrer Grenzen bewusst sind.

Viel Spaß weiterhin beim Studium!

Dr. phil. Marcus Klische, Pädagogische Leitung & Antje Limbach-Mayerhöfer, zertierte Dozentin in der Erwachsenenbildung

9 Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

Wiederholungsfrage № 1:

- a) Nennen Sie die Berufsgruppen, die befugt sind, eine psychische Störung/Erkrankung zu diagnostizieren.

Antwort:

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung obliegt grundsätzlich Ärztinnen und Ärzten im Fachbereich Psychische Gesundheit oder Psychologinnen und

Psychologen. Die Vertreter/innen dieser Berufsgruppen lernen in ihrer Ausbildung Kriterien, anhand derer sie die unterschiedlichen psychischen Störungen erkennen und voneinander abgrenzen können.

b) Welche Definition einer psychischen Erkrankung kennen Sie?

Antwort:

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) beschreibt psychische Erkrankungen als Störungen der psychischen Gesundheit, „die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind.“

c) Beschreiben Sie bitte, warum die Abgrenzung der psychischen Erkrankungen von einem gesunden Zustand der Psyche oftmals schwierig ist. Finden Sie ein Beispiel.

Antwort:

Hier orientieren Sie sich bitte an Kapitel 1.4. Im Kern sollten Sie auf Folgendes zu sprechen kommen: Doch selbst wenn einzelne auffälligen Faktoren gegeben sind, ist nicht ohne Weiteres von einer psychischen Erkrankung auszugehen. Viele Menschen können von Erfahrungen einer außergewöhnlichen Gemütsverfassung berichten, die sich wieder gelegt hat, ohne dass eine dauerhafte seelische Instabilität eingetreten wäre.

Auch unter normalen Umständen kann es vorkommen, dass die Seele leidet, sich eine Person daher auf geistig-psychischer Ebene belastet fühlt.

Im Übrigen ist hier eine individuelle Antwort vorgesehen.

Wiederholungsfrage N° 2:

Welche Symptome sind typisch für eine Suchterkrankung?

Antwort:

Hier zählen Sie bitte auf:

- Das Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten ist zwingend.
- Die Kontrolle über Häufigkeit (und Menge) des Verhaltens / Konsums geht verloren.

- Der Konsum / das Verhalten steht im Mittelpunkt, andere Aktivitäten (Arbeit, soziale Kontakte, Hobbies, Körperpflege) werden vernachlässigt.
- Das Suchtverhalten wird beibehalten, auch wenn sich schädliche Folgen einstellen.
- Oftmals wird die Sucht geleugnet.

Wiederholungsfrage №3:

Was geschieht mit dem Bewusstsein eines Menschen, der an Schizophrenie leidet?

Antwort:

Bei der Schizophrenie ist eine regelrechte „Spaltung“ des Bewusstseins zu beobachten. Das sich sowohl die Wahrnehmung als auch das Denken verändern, werden aus der einen Wirklichkeit, die ein „gesundes Bewusstsein“ registriert, mehrere Realitäten, die von der betroffenen Person parallel und teilweise verzerrt als Wirklichkeit erlebt werden. Es gibt die Realität, die mit der Innenwelt zu tun hat und eine weitere, die von außerhalb mit der Person korrespondiert.

Wiederholungsfrage № 4:

a) Beschreiben Sie bitte, was die klinische Depression von der depressiven Verstimmung unterscheidet?

Antwort:

Es ist die Dauer und die Intensität, welche die behandlungsbedürftige (klinische) Depression von der gelegentlichen bedrückten Verstimmung abgrenzt. (Vgl. dazu Kapitel 5.1). Präzise Vorgaben finden sich in der aktuellen ICD.

b) Was besagt die Theorie von der Umattributierung?

Antwort:

Zentral ist folgende Aussage: Depressive Menschen führen ihr eigenes Verhalten auf Bedingungen und Ursachen im Außen zurückzuführen. Konkret heißt dies: Sie verknüpfen ihr Scheitern mit einem außerhalb von ihnen liegenden Umstand. In

einer klinischen Depression attributieren die betroffenen Personen angenehme Ereignisse z. B. tendenziell external, variabel, unkontrollierbar und lokal.

c) Legen Sie dar, wie sich eine bipolare Störung zeigt

Antwort:

Die Gemütsverfassung der erkrankten Person schwankt zwischen verschiedenen Zuständen. Dieses Phänomen bezeichnet man als »manisch-depressiv«. Hier tritt die depressive Störung im Wechsel mit einer grundlosen, zu Leichtsinne neigenden, oft sehr reizbaren Hochstimmung auf. Diese radikalen Veränderungen der Stimmungslage können über den Tag verteilt geschehen oder erst nach mehreren Monaten eintreten. Wesentlich ist, dass keine mit dem Alltag vereinbare Grundstimmung auszumachen ist, sondern stets eine eher extreme Reaktion vorliegt.

Wiederholungsfrage № 5:

Erläutern Sie die Formen der Essstörungen, wie sie hier dargestellt wurden mit den wichtigsten Charakteristika der jeweiligen Störung.

Antwort:

Der Inhalt von Kapitel 6.4 ist für Sie hier relevant. Zu unterscheiden sind die Esssucht / Magersucht und die Ess-Brechsucht. Für beide Krankheitsbilder gilt, dass die Betroffenen auf das Thema Essen fixiert sind. Die esssüchtige Person verlangt Nahrung im Übermaß; die magersüchtige Person ist bestrebt, möglichst wenig zu sich zu nehmen. In beiden Fällen geht es darum, mit allen Mitteln das Gewicht zu kontrollieren und sich gegen den eigenen Körper zu wehren. Bei der Binge-Eating-Disorder wird die / der Süchtige durch das Essen nicht satt.

Die Persönlichkeit der / des Magersüchtigen wird durch zwei wesentliche Merkmale markiert:

- Perfektionistische Ambitionen in Schule, Beruf und Privatleben
- Starke Abneigung dem Körper und körperlichen Genüssen gegenüber

Bei der Ess-Brechsucht, der Bulimie, ist die Magersucht oftmals mit Essattacken verknüpft. Das Essen wird wieder erbrochen. Diese zwanghafte Gewohnheit hinterlässt organisch nachvollziehbare Spuren. Neben den Mangelerscheinungen treten durch die Magensäure verursachte Verätzungen

der Speiseröhre und Zahnschäden auf. Hier ist eine individuelle Antwort möglich.

Wiederholungsfrage № 6:

Nun sind Sie bei der letzten Wiederholungsaufgabe angelangt. Rekapitulieren Sie, warum es unverzichtbar ist, sich im Rahmen Ihrer Ausbildung in der Psychologischen Beratung mit den psychischen Störungsbildern zu beschäftigen. Was hat Sie besonders interessiert?

Antwort:

Hier ist eine individuelle Antwort möglich.

10 Verwendete Literatur

Davison Gerald C. & Neale, John M. et al. (2007)

Klinische Psychologie.

Beltz Verlag: Weinheim

Gerring, Richard J. (2015)

Psychologie.

Verlag Pearson Verlag: Hallbergmoos

Hautzinger, Martin & Thies, Elisabeth (2008)

Klinische Psychologie: Psychische Störungen.

Beltz Verlag: Weinheim

Leucht, Stefan & Förstl, Hans (2018)

Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie.

Verlag Thieme: Stuttgart