

Joachim Letschert

## **Psychiatrisches Grundwissen**

für Heilpraktiker

Skript zur Aus- und Weiterbildung

## **Übersicht der Themengebiete**

Krankheitsbilder der Psychiatrie



Das Skript zur Aus- und Weiterbildung  
für Heilpraktiker für Psychotherapie, Coaching und Beratung  
inklusive Prüfungsfragen zu den Themen

### **Übersicht über die Themengebiete**

**Systematik, Diagnostik, Therapie, organische psychische-, affektive-, psychotische-,  
neurotische-, Persönlichkeits-, Sexual-, Schlaf- und Ess-Störungen, Störungen bei  
Kindern und Jugendlichen, Alkohol und Abhängigkeit, Suizid und Gesetze**

**Dieses Skript dient der Prüfungsvorbereitung zum Heilpraktiker für Psychotherapie und der Weiterbildung für Menschen in therapeutischen und beratenden Berufen.**

© PegasusZentrum, Bad Vilbel

Nachdruck und Vervielfältigung jeglicher Art, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des PegasusZentrums.

Weitere Informationen finden Sie auf [www.PegasusZentrum.de](http://www.PegasusZentrum.de).

Alle Inhalte dieses Skripts wurden sorgfältig recherchiert. Für die Richtigkeit oder evtl. aus nicht richtigen Angaben entstandenen Schaden können wir keine Haftung übernehmen.

Titelbild: woman by the psychologist, © Ambrophoto - Fotolia.com

## **Inhaltsverzeichnis**

Systematik .....	3
Diagnostik .....	4
Bewusstseinsstörung .....	6
Orientierungsstörungen .....	6
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen .....	6
Denkstörungen .....	6
Wahrnehmungsstörungen .....	7
Ich-Störungen .....	7
Störungen der Affektivität .....	8
Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen .....	8
Therapie .....	9
Organisch bedingte psychische Störungen .....	12
affektive Störungen .....	14
Schizophrenie .....	16
Neurotische Störungen .....	17
Persönlichkeitsstörungen .....	19
Histrionische Persönlichkeitsstörung .....	20
Schlafstörungen .....	22
Essstörungen .....	23
Sexualstörungen .....	24
Störungen bei Kindern und Jugendlichen .....	25
Abhängigkeit und Sucht .....	27
Suizid .....	29
Gesetze .....	30
Literaturhinweise .....	31
Prüfungsfragen .....	32
Lösungen zu den Prüfungsfragen .....	38

## Systematik

Es liegt in der Natur der Menschen und vor allem der Wissenschaft, Wissen zu strukturieren. Dazu ist die Systematik da.

Früher wurden die psychischen Krankheitsbilder im triadischen System strukturiert. Hier wurden die Störungen nach ihren Ursachen beurteilt, nämlich

- Die rein psychischen Ursachen (bspw. Neurosen)
- Die rein körperlichen Ursachen (bspw. Demenz) und
- Die nicht geklärten Ursachen (affektive und schizophrene Störungen)

Letztere nannte man „endogen“. Endogen bedeutet „im Körper selbst gebildet; aus anlagebedingten Gegebenheiten entstehend“. Das bedeutet, dass man eine körperliche Komponente bei der Entstehung vermutet, allerdings nicht schlüssig nachweisen kann.

Seit einigen Jahren hat man sich von dieser Strukturierung verabschiedet, vermutlich eben auch auf Grund der wenig genauen Beschreibung, besonders der endogenen Ursachen. Das derzeit gültige System, nach dem psychische Erkrankungen eingeteilt werden ist die ICD-10. Sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation ausgegeben und hat den Blick nach den Ursachen von psychischen Störungen ersetzt durch die objektive Beschreibung selbiger. Sie hat für jedes Krankheitsbild eine äußere Beschreibung, die mit Nummern gekennzeichnet ist und bei der Diagnosestellung verwendet werden kann.

Im Folgenden sind die Hauptgruppen der ICD-10 aufgeführt:

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit Und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

## **Diagnostik**

Bevor eine endgültige Diagnose abgegeben wird, erfolgt eine Anamneseerhebung. Sie beginnt mit dem ersten Kontakt mit dem Patienten und wird gefolgt von einer Befragung. Hier erzählt zunächst der Patient, danach stellt der Therapeut Fragen und schließlich kann der Patient eventuell fehlende Punkte ergänzen.

Die Befragung durch den Therapeuten erfolgt unter anderem nach den Richtlinien der ICD-10. Aus der Befragung ergibt sich der Befund, der dann schließlich zur Stellung der Diagnose und der Differentialdiagnose führt. Außerdem können Testverfahren (bspw. ein Intelligenztest) durchgeführt werden, die einen Befund sichern.

Die Differentialdiagnose beschreibt mögliche andere Ursachen für den Zustand des Patienten, also mögliche andere Krankheitsbilder. Die Differentialdiagnostik wird dann herangezogen, wenn keine eindeutige Zuordnung zu einem Krankheitsbild besteht bzw. wenn andere, komorbide, Krankheitsbilder in Frage kommen.

Zur Diagnose werden die Elementarfunktionen abgefragt. Dies sind die beobachtbaren grundlegenden psychischen Funktionen, deren Störung auf bestimmte Krankheitsbilder hinweisen.

Die Störung der verschiedenen Grundfunktionen geben uns wichtige Hinweise auf die Art der Störung und auf die Prognose und Therapie. Besonders Störungen des Bewusstseins, der Orientierung und der Merkfähigkeit lassen an eine organische Störung denken. Sie gehört grundsätzlich medizinisch abgeklärt, bspw. durch bildgebende (z.B. Computertomographie) aber auch andere z.B. labordiagnostische Verfahren.

Auf der folgenden Seite sehen Sie die Störungen in tabellarischer Form:

<b>Elementar funktionen</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Störung</b>
Denken	Die „Datenverarbeitung“ im Kopf. Das Zusammenfügen von Informationen.	Formale Denkstörungen beeinflussen die Art und Weise, WIE wir denken. Unser Denkaufbau kann hier gehemmt oder zerstückerl sein. Inhaltliche Denkstörungen beziehen sich auf das, WAS wir denken. Zu ihnen gehören der Wahn und der Zwang.
Wahrnehmung	Äußere oder auch innere Reize, die wir mit unseren Sinnen aufnehmen.	Bei einer gestörten Wahrnehmung nehmen wir entweder Reize auf, die keine äußere Ursache haben (Halluzinationen) oder wir deuten äußere Reize um (Illusionen). Ebenso können gestörte Sinnesorgane ein „falsches“ Bild unserer äußeren Welt liefern.
Bewusstsein	Die Fähigkeit, aufgenommene Reize, inklusive uns Selbst, bewusst wahrzunehmen.	Unsere Bewusstseinskapazität kann durch Schlaf oder schlafähnliche Zustände (bis hin zum Koma) quantitativ vermindert sein oder es ist qualitativ eingeschränkt, bspw. durch Delir oder Demenz.
Orientierung	Orientierung beschreibt die Fähigkeit, uns selbst und die Situation, in der wir uns befinden, einordnen zu können.	Ist die Orientierung gestört, fehlen uns bestimmte oder auch alle Koordinaten zu unserer derzeitigen Situation, wie Ort, Zeit, Situation oder Person.
Affekt	Affekt beschreibt unser gefühlsmäßiges Befinden.	Eine Störung der Gefühle bewirkt, dass wir zu wenig oder zu viel fühlen, also niedergeschlagen oder gereizt sind. Auch können Gefühle außer Kontrolle geraten, nicht mehr zugeordnet werden oder gleichzeitig auftreten und somit nicht mehr eindeutig sein.
Antrieb und Motorik	Antrieb bezeichnet die Motivation, etwas zu tun. Motorik bezeichnet die Fähigkeit, uns körperlich angemessen zu bewegen	Eine Antriebsstörung kann uns jede Motivation rauben oder uns übermotiviert machen. Ist die Motorik gestört, bewegen wir uns gar nicht mehr, zu wenig oder unsere Bewegungen entziehen sich unserer Kontrolle.
Gedächtnis	Unser Gedächtnis speichert Erfahrungen und macht Sie uns später per Erinnerung wieder zugänglich	Bei einer Gedächtnisstörung fehlt entweder die Fähigkeit, Erfahrungen zu speichern (Merkfähigkeit) oder Sie zu erinnern.

Im Folgenden schauen wir uns die einzelnen Störungen genauer an:

### **Bewusstseinsstörung**

Bewusstsein kann mit den Begriffen Wachheit, Bewusstseinsklarheit und Selbst-Bewusstsein beschrieben werden.

*Quantitative Bewusstseinsstörung* treten bei verschiedensten Hirnfunktionsstörungen auf. In der Reihenfolge der Klarheit und Wachheit gibt es Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Präkoma und Koma und das Coma vigilie (auch appalisches Syndrom oder Wachkoma)

*Qualitative Bewusstseinstörungen* weichen von ihrer Art nach vom normalen Bewusstseinszustand ab. Hierzu gehören wahnhaft oder halluzinatorische Symptome. Zu ihnen gehören das Delir und der Dämmerzustand.

### **Orientierungsstörungen**

Man unterscheidet die Desorientiertheit zur Zeit, zur Situation, zum Ort und/oder zur eigenen Person.

Meistens sind zunächst die Orientierung zur Zeit und zur Situation betroffen, dann die Orientierung zum Ort und zur eigenen Situation.

### **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen**

Bei einem bewusstseinsgestörten Menschen ist die *Aufmerksamkeit* zwangsläufig auch gestört. Dies sind allerdings keine spezifischen Symptome einer psychischen Störung.

Für die Diagnose bei *Gedächtnisstörungen* genügt es, zwischen Frisch- und Altgedächtnis zu unterscheiden. Bei Demenz-Erkrankungen gehen zunächst neue Inhalte verloren, erst bei fortgeschrittener Demenz auch alte Erinnerungen.

*Korsakow-Syndrom*: Bei diesem Syndrom liegt eine Trias vor, bestehend aus Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörung und Konfabulation: Hier ersetzt der Patient nicht mehr vorhandene Inhalte durch erfundene. Das KS entsteht z.B. nach schweren *Alkoholdelirien* oder *Schädel-Hirn-Traumen*. Es kann auch ein akutes KS vorliegen, welches reversibel ist.

*Amnesien*: Eine Amnesie ist eine zeitlich oder inhaltlich begrenzte Erinnerungslücke, die total oder partiell sein kann. Man unterscheidet zwischen retrograder (Erinnerungslücke vor dem Hirnschaden) anterograder (Erinnerungslücke nach dem Hirnschaden) und kongrader Amnesie (Erinnerungslücke für die Dauer der Bewusstlosigkeit).

### **Denkstörungen**

*Formale Denkstörungen* sind Störungen des Gedankenablaufs. Zu Ihnen gehören verlangsamtes, gehemmtes und eingeeengtes Denken, Grübeln, Gedankensperren, -abreißen und -abbrechen, umständliches, weitschweifiges Denken, Perseveration (hängenbleiben) des Denkens und Neologismen.

Bei der Manie beobachtet man auch Gedankendrängen und Ideenflucht, bei der Schizophrenie ein zerfahrenes Denken. Hier ist kein zusammenhängendes sprechen mehr möglich.

Bei *inhaltlichen Denkstörungen* ist das Ergebnis des Denkens abnorm verändert. Zu ihnen gehören der Wahn und der Zwang. Den Wahn findet man bei Schizophrenie, psychotischen Depressionen und Manien und organischen Psychosen (z.B. Eifersuchtswahn bei Alkoholabhängigkeit, Alkoholentzugssyndrom oder Demenz).

Ein *Wahn* ist eine krankhaft entstandene, die Lebensführung behindernde Überzeugung. Der Patient hält an dieser Überzeugung jedoch fest, obwohl sie aus seinen Erfahrungen heraus nicht als real betrachtet werden kann. Der Wahn ist erst einmal nicht korrigierbar. Er äußert sich in Wahnstimmung („etwas ist nicht in Ordnung“), Wahnwahrnehmung (eine real existierende Situation wird umgedeutet), Wahneinfall (bspw. der Glaube, berufen zu sein), wahnhafter Personenverkenning (ein Mann wird als Teufel gesehen) und Wahnarbeit oder systematisierter Wahn (Wahnwahrnehmungen werden zu einer eigenen Welt verkettet). Außerdem gibt es den sybiotischen Wahn (ein „gesunder“ Mensch übernimmt den Wahn des Partners für die Zeit des Zusammenlebens). Wahnthemen können sein: Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Verarmungswahn, Größenwahn, usw.

Von einem *Zwang* spricht man, wenn immer wieder Handlungsimpulse auftreten, die man zwar als unsinnig erkennt, bei deren Unterlassung man jedoch gleichzeitig Angst oder Unbehagen verspürt. Im alltäglichen Erleben treten immer wieder einmal leichte Zwangsphänomene auf („habe ich den Herd ausgemacht?“). Von Zwang spricht man deshalb erst, wenn bei Unterlassung eine unerträgliche Angst eintritt und die Handlung immer intensiver wiederholt werden muss und somit das Leben des Patienten erheblich beeinträchtigt. Es gibt Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen.

### **Wahrnehmungsstörungen**

Sie treten bei Störungen der Sinnesorgane, bei Psychosen und Schizophrenien aber auch im normalpsychischen Bereich auf. Man unterscheidet zwischen Halluzinationen (akustisch, optisch, olfaktorisch, gustatorisch, taktil), Illusionen und einfachen Wahrnehmungsstörungen (größersehen, kleinersehen, intensiver wahrnehmen, etc.).

### **Ich-Störungen**

Im Normalzustand ist uns klar, dass wir wir selbst sind, dass ich ich selbst bin. Abweichungen von diesem Selbstverständnis werden als Ich-Störung bezeichnet. Psychotische Ich-Störungen gehören nach K. Schneider zu den Erstrangsymptomen der Schizophrenie. Bestimmte Vorgänge werden nicht mehr als dem Ich zugehörig betrachtet, sondern als von außen gemacht, beeinflusst und gelenkt, z.B. Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung oder die Willensbeeinflussung. Die Schranke zwischen dem Ich und der Umwelt wird aufgeweicht. Oft erklären die Patienten diese Erlebnisse mit Hypnose, Suggestion oder Fernsteuerungs-Apparaten, die sie lenkten.



Kommt der Patient sich selbst fremd vor, spricht man von einem Depersonalisationserlebnis; Menschen mit Depressionen erleben sich abgekoppelt von der Welt, als Schatten oder im Nebel. Diese Erlebnisse haben nicht das Gefühl des von außen Gemachten. Sie können bspw. Bei Ermüdung auch im normalpsychischen Bereich auftreten.

### ***Störungen der Affektivität***

Affektivität beschreibt die Gesamtheit des Gefühlslebens eines Menschen nach dessen Grundstimmung, Intensität, Ansprechbarkeit und Dauer. Affekt beschreibt die Gestimmtheit im Augenblick. Zu den Störungen zählen Affektverarmung, affektive Verflachung, Affektstarre, Inadäquater Affekt oder Parathymie, Affektinkontinenz, Ambivalenz und Störung der Vitalgefühle.

### ***Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen***

Antrieb bezeichnet die Grundaktivität des Menschen, Dinge zu tun. Antrieb wird durch eine Motivation verursacht, Dinge zu tun. Zu den Störungen zählen Antriebsarmut oder Antriebsmangel, Antriebshemmung oder Antriebsschwäche, und Antriebssteigerung, Antriebsenthemmung.

Speziell bei der Schizophrenie beobachtet man Motorikstörungen, die man als *Katatone Symptome* bezeichnet. Hierzu zählen die *Hypokinesen* (Stupor/Mutismus, Negativismus, Katalepsie und Haltungstereotypen) und *Hyperkinesen* (Psychomotorische Erregung, Bewegungs- und Sprachstereotypen, Echopraxie/Echolalie und Manierismen).

Die Intensität und Kombination verschiedener Störungen dieser Funktionen ergeben dann entsprechend das Krankheitsbild, das es zu diagnostizieren gilt.

Als nächstes wenden wir uns den Therapiemethoden in der Psychiatrie zu, bevor wir zu den Krankheitsbildern kommen.

## **Therapie**

Es gibt drei Therapieformen in der Psychiatrie.

Die Pharmakotherapie oder auch medikamentöse,  
die nicht-pharmakologische biologische und  
die Psychotherapie.

Zu den eingesetzten *Medikamenten* gehören

Antidepressiva (Depressionen, Angst, Zwänge), Stimmungsstabilisierer (Manie und zwischen depressiven Phasen), Antipsychotika oder Neuroleptika (Bei Psychosen und Schizophrenie), Anxiolytika und Hypnotika (Bei Angst, Depressionen zur Beruhigung), Antidementiva (Demenz), Psychopharmaka zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Psychostimulanzen (bspw. Bei ADHS).

Antidepressiva verändern die Botenstoff-Aktivität im Gehirn. Betroffen hiervon sind zum Beispiel Serotonin und Noradrenalin. So gibt es Antidepressiva, die eher auf den Serotonin- und solche die eher auf den Noradrenalin-Haushalt wirken. Da sie den zu schnellen Abtransport dieser Stoffe verhindern, nennt man sie Wiederaufnahme-Hemmer. Sie steigern den Antrieb der Patienten und sollen die Stimmung heben. Aus diesem Grund ist übrigens die Suizidgefahr zu Anfangs recht hoch. Die Antriebssteigerung gibt die nötige „Motivation“ dazu!

Stimmungsstabilisierer werden bei manisch-depressiven (Bipolaren) Störungen zwischen den Phasen oder auch bei Manien gegeben. Sie sollen – wie der Name sagt – die Stimmung stabilisieren. Zu ihnen gehört zum Beispiel Lithium.

Neuroleptika werden bei Wahn und Schizophrenie gegeben. Sie dämpfen den Patienten, haben allerdings auch einige Nebenwirkungen. Die älteren Neuroleptika verursachen motorische Störungen im Kopf- und Halsbereich (Wegdrehen des Kopfes, Herausstrecken der Zunge, etc.), die neueren wiederum verursachen oft eine Gewichtszunahme. Solche Nebenwirkungen können dazu führen, dass der Patient die Medikamente absetzt und somit einen Rückfall erlebt.

Zu den prominentesten Vertretern der Anxiolytika und Hypnotika gehören die Benzodiazepine („Benzos“). Sie machen sehr schnell abhängig und sollten mit Bedacht verschrieben und eingenommen werden. Ein Entzug der Medikamente dieser Gruppe darf nur fraktioniert vorgenommen werden, niemals abrupt!

Antidementiva, Psychopharmaka zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Psychostimulanzen sind eine Mischung von Medikamenten aus den verschiedensten Gruppen, die auf das ein oder andere Symptom der verschiedenen Erkrankungen Wirkung zeigen.

Als *biologische Therapien* werden vor allem bei Depressionen die Lichttherapie und Schlafentzugstherapie eingesetzt. Außerdem die Elektrokrampftherapie bei Psychosen und Schizophrenien (hier: bei der pernitiösen Katatonie).

Licht- und Schlaftherapie werden bei Depressionen eingesetzt. Die Lichttherapie vorwiegend bei den saisonalen (Winter-Herbst) Depressionen: Sie soll den fehlenden Lichtanteil ersetzen und zeigt Ihre Wirkung proportional zur Dauer. Heißt: Je öfter der Patient sich vor das therapeutische Licht setzt, umso größer ist der positive Effekt.

Die Schlafentzugstherapie behandelt die häufig auftretende Einschlafstörung mit Früherwachen und dem daraus resultierenden Morgentief. Die Patienten wachen hier sehr früh auf und haben morgens ein Stimmungstief, das sich im Laufe des Tages bessert. Bei der Therapie bleiben Sie die ganze Nacht wach und werden dann Stück für Stück wieder an einen normalen Schlafrhythmus gewöhnt. Dazu gehen Sie jeden Tag (beginnend ab 15 Uhr) eine Stunde später ins Bett. Unterstützt werden Sie teilweise mit medikamentösen Einschlafhilfen.

Bei der Elektrokrampftherapie werden dem Patienten durch Elektroden am Kopf Stromstöße in eine Hirnhälfte gegeben. Das geschieht unter Narkose und muskelentspannenden Medikamenten. Diese Therapie zeigt Wirkung bei starken, auch mit Psychosen einhergehenden Depressionen, bei denen keine andere Therapie bisher geholfen hat. Die EKT wird wieder häufiger eingesetzt, da Ihre Wirkung recht gut ist.

Die drei wesentlichen *Psychotherapieverfahren* sind die Psychoanalyse bzw. tiefenpsychologischen Verfahren (bekannt u.a. durch Sigmund Freud), die Verhaltenstherapie und die Gesprächstherapie (u.a. Nach Carl Rogers).

Die Psychoanalyse fußt auf die Erkenntnisse von S. Freud: Zum Einen ging er davon aus, dass wir aus einem Bewussten und einem Unbewussten bestehen. Das Unbewusste teilt sich (nach Freud) in das „Es“ (Triebe und Bedürfnisse) und das „Über-Ich“ (Regeln und Verbote). Beide liegen durch Ihre Unterschiedlichen Inhalte häufig im Konflikt. Das Bewusstsein („Ich“) hat diese Konflikte zu lösen und tut dies durch Abwehrmechanismen. Ein bekannter Abwehrmechanismus ist der Freud´sche Versprecher, bei dem Dinge „aus Versehen“ gesagt werden, die man normalerweise unterdrückt.

Weiterhin hat Freud das Phasenmodell entwickelt. Er ging dabei von fünf Phasen der psychosexuellen Entwicklung von Kleinkindern aus.

Orale Phase: hier entsteht die Trennung von Umwelt und Ich

Anale Phase: durch Auseinandersetzung mit Regeln, Normen und Verboten erfolgt die Strukturierung des Über-Ich

Phallische oder ödipale Phase: Bildung von Rollenverständnis und sexueller Identifikation

Latenzphase: Entwicklung allgemeiner psychosozialer Kompetenzen

Pubertäts-Adoleszenzphase: Schwerpunkt dieser Phase ist die Identitätssuche.

Werden in einer Phase Entwicklungsschritte fehlgeleitet, so kann dies später zu einem Rückfall in die phasenspezifischen Verhaltensmuster führen, wenn es zu einer Krisensituation kommt.

Die Verhaltenstherapie vertritt den Ansatz, dass alles Verhalten gelernt ist, und zwar durch Konditionierungen. Eine Verhaltensänderung kann durch eine Gegenkonditionierung (Bestrafung oder Belohnung) erreicht werden.

Die kognitive Therapie schaut sich die Denkprozesse an, die vor einem Verhalten stattfinden und bearbeitet diese. Beispielsweise versucht man, negative Denkmuster bei Depressiven nach und nach durch positive(re) zu ersetzen.

Die Gesprächstherapie gehört zu den humanistischen Ansätzen. Sie gehen davon aus, dass der Mensch sich nicht nur entwickeln kann, sondern es auch will. Der Vorreiter hierfür war Carl Rogers. Er plädiert dafür, den Patienten (den er Klient nannte) nicht per se als krank einzustufen, sondern ihn als gleichwertigen Gesprächspartner anzusehen. Der Therapeut hat die Aufgabe, das vom Klienten Gesagte zu reflektieren. Die Schlagworte bei Gesprächstherapie sind hier: Wertschätzung, Echtheit des Beraters und Empathie, also Einfühlungsvermögen!

Daneben gibt es natürlich noch weitere Therapieformate wie Gruppentherapie, Paartherapie, Familientherapie, Arbeitstherapie (Ergotherapie), Soziotherapie und viele andere.

Erwähnt werden sollte noch die Psychoedukation. Sie wirkt aufklärend, sowohl gegenüber den Patienten (was Ihre Erkrankung betrifft), vor allem aber auch den Angehörigen gegenüber. Damit kann sie einen großen Beitrag auch zur Genesung leisten.

## Organisch bedingte psychische Störungen

Organisch bedingte psychische Störungen (ops) sind Störungen, die eindeutig auf organische Ursachen zurückzuführen sind. Diese können entweder im Gehirn direkt liegen (bspw. durch Abbauprozesse), durch Erkrankungen entstehen (bspw. Hirnhautentzündung oder Diabetes Mellitus) oder können von außerhalb kommen (bspw. Vergiftungen).

Weiterhin unterscheidet man solche ops, die als solche schnell erkannt werden können und solche, die nicht-organischen psychischen Störungen sehr ähneln und eben nicht sofort auf organische Störungen schließen lassen.

Diagnostisch kommt dann eine organische Ursache in Betracht, wenn entsprechende organische Befunde vorliegen, mit Auftreten einer körperlichen Krankheit auch eine psychische auftritt bzw. die psychische Störung mit Zurückgehen der körperlichen Erkrankung ebenfalls zurückgeht. Außerdem darf natürlich kein überzeugender Beleg für eine psychische Ursache vorliegen, also eine belastende Situation bspw.

### **Bewusstseinsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen und Orientierungsstörungen sind immer ein Indiz auf eine ops.**

Ops können akut und damit heilbar sein oder auch chronisch sein. Bei chronischen ist derzeit eine Heilung so gut wie ausgeschlossen.

Zu den chronischen ops zählt die *Demenz*. Sie ist gekennzeichnet durch Abbau des Gedächtnisses (der Patient vergisst häufig Dinge) und eines weiteren neuropsychologischen Teilbereiches wie Orientierung, Lesen, Schreiben, Rechnen.

Damit verbunden muss eine Beeinträchtigung des täglichen Lebens sein. Es gibt vielerlei Arten von Demenz; die bekanntesten sind die *Alzheimer-Demenz* (die häufigste) und die *vaskuläre Demenz* (früher: Verkalkung, die zweithäufigste). Daneben entstehen dementielle Prozesse bei einer Vielzahl anderer Krankheiten wie z.B. Parkinson.

Die Alzheimer Demenz kann dann diagnostiziert werden, wenn alle anderen Demenzarten ausgeschlossen werden können. Zur Diagnose werden Demenz-Tests herangezogen, z.B. um die neuropsychologischen Fähigkeiten zu testen, aber auch bildgebende Verfahren und die Vorgeschichte des Patienten. So liegen bei einer vaskulären Demenz häufig Hirninfarkte oder ein Risikoverhalten (rauchen, trinken, Übergewicht, etc.) in der Vorgeschichte.

Zu den akuten ops zählt das *Delir*. Am bekanntesten ist das *Alkohol- oder das Alkoholentzugsdelir*. Ein Delir kann allerdings auch bei zahlreichen anderen Vergiftungen oder auch körperlichen Erkrankungen auftreten. Ein Delir kann bis zu einigen Tagen dauern und ist vor allem durch Bewusstseinstrübung, Desorientiertheit und optischen Halluzinationen gekennzeichnet. Vor allem fällt auch ein nestelndes Verhalten (ständiges Rummeln bspw. an Kleidung) auf.

Ops zweiten Ranges, also solche, die nicht als ops zu erkennen sind, können äußerlich wie alle möglichen psychischen Störungen aussehen. Allerdings fehlen ihnen die Leitsymptome eines Delirs oder einer Demenz. Die bekannteste ist die

Alkoholluzinose. Hier hat der Patient akustische Halluzinationen (sog. Akoasmen, also zischen, klirren und ähnliche Geräusche), die er auch als Halluzination also unwahr erkennen kann. Die Symptome verschwinden beim Entzug.

## affektive Störungen

Dies sind Störungen der Stimmung und treten auf in Form von *Depression*, *Manie* oder beides im Wechsel, was dann als *bipolare Störung* bezeichnet wird. Affektive Störungen können einmalig oder auch mehrmalig auftreten.

Die *Depression* ist eine der häufigsten psychischen Störungen, wobei das Ersterkrankungsalter nach vorne zu rücken scheint und immer mehr Menschen zumindest an leichteren Depressionen zu leiden scheinen.

Depressionen sind besonders durch eine depressive Stimmung (Niedergeschlagenheit) den Verlust von Freude (Anhedonie) und Antriebslosigkeit und damit Handlungsfähigkeit gekennzeichnet. Sie können einmalig oder auch immer wieder auftreten. Behandelt dauern sie 8-16 Wochen an, wobei ein Teil auch chronisch verläuft. Auch gibt es die leichte, andauernde depressive Verstimmung, die *Dysthymie*.

Depressionen können als Reaktion auf Ereignisse, sie können aber auch ohne einen scheinbaren äußeren Anlass auftreten.

Auf jeden Fall kann eine Veränderung im Gehirn bei Depressionen festgestellt werden, nämlich eine Störung des Neurotransmitter-Haushaltes. Ebenso kann eine erbliche Komponente beobachtet werden.

Besonders gefährdet sind ältere Menschen, Menschen, in deren Familie häufiger Depressionen auftraten, alleinstehende oder einsame Menschen und solche, die sich in dauernden Konfliktsituationen befinden. Zu einer Depression können zahlreiche andere Störungen auftreten, wie Angst, Sucht, Zwänge, Persönlichkeits- und auch Essstörungen.

Die Therapie erfolgt, zumindest bei mittelschweren bis schweren Depressionen, medikamentös und mit psychotherapeutischen Verfahren. Psychotherapeutisch hat sich die kognitive Therapie als wirkungsvoll erwiesen.

**Zu beachten ist, besonders am Beginn und am Ende einer depressiven Episode, aber auch zu Beginn einer medikamentösen Therapie, die SUIZIDGEFAHR.**

**Dies liegt daran, dass besonders Menschen, die bereits eine depressive Episode durchgemacht haben zu Beginn und am Ende noch oder wieder die Kraft haben, an Suizid zu denken, bzw. durch die Medikamente wieder zu Kräften kommen.**

Am seltensten ist der Gegenpol der Depression, die *Manie*. Sie ist im Gegensatz zur Depression durch eine euphorische, manchmal auch aggressive Stimmung gekennzeichnet. Dabei ist sie allerdings wenig konstruktiv, mitunter sogar äußerst destruktiv und eigen- oder sogar fremdgefährlich. Größenideen machen sie scheinbar stark und unverletzlich, Projekte werden angeleiert und nie zu Ende geführt. Nicht selten treiben Maniker sich und/oder ihre Familie in den finanziellen oder auch sozialen Ruin. Ein weiteres Merkmal ist die Ideenflucht, also das Auftreten ständig neuer Ideen, denen kaum noch zu folgen ist.

Da die Stimmung gehoben ist, besteht bei manischen Menschen zunächst keine Krankheitseinsicht, was eine Therapie erschwert oder gar unmöglich macht. Medikamentös werden Stimmungsstabilisierer eingesetzt (bspw. Lithium),

psychotherapeutisch gibt es in der akuten Phase wenig Möglichkeiten der Intervention oder gar Heilung. Die Einsicht der Menschen muss in den „gesunden“ Phasen gestärkt werden, so dass in den Akutphasen besser geholfen werden kann.

An zweite Stelle treten die *bipolaren Störungen*. Sie beginnen oft mit einer manischen Phase und münden in eine depressive Phase. Bipolare Störungen beginnen früher als depressive Störungen, haben einen schwereren Verlauf und ein höheres Suizidrisiko.

Zu den affektiven Störungen können auch noch psychotische Symptome hinzukommen. So kann der depressive Mensch zusätzlich an einem Kleinheitswahn erkranken, der Maniker kann einen Größenwahn ausbilden.



## **Schizophrenie**

Die *Schizophrenie* ist oft von affektiven Störungen begleitet. Ihr Hauptmerkmal allerdings sind die bizarren Erlebniswelten, die sich aus den unterschiedlichsten Störungen zusammensetzen, wie Ich-Störungen, Halluzinationen, Wahn und Störungen des Denkens, bis zum Zerfall der Denkinhalte und Sprachneubildung. Dabei sind schizophrene Menschen oft sehr intelligent und versuchen, aus den verschiedenen (gespaltenen = schizophrenen) Erlebniswelten, die sie durchmachen, immer noch ein einheitliches Erleben zu bilden, was Ihnen natürlich nicht oder schwerlich gelingt. Genau hier liegt das Drama der Schizophrenie.

Dreiviertel der Schizophrenien beginnen vor dem 40. Lebensjahr, bei Frauen etwas später, Ihre Prognose ist dafür etwas besser als bei den männlichen Patienten. Eher selten kommt die jugendliche Schizophrenie, die Hebephrenie vor, ihre Prognose ist eher schlecht.

Als Entstehungsursache nimmt man eine erhöhte Verletzlichkeit des Gehirns an. D.h. dass der Schizophrene besonders auf dauernde bspw. familiäre Stresssituationen sehr sensibel reagiert und mitunter irgendwann eine Schizophrenie ausbilden kann. Allerdings ist man sich hier noch nicht wirklich sicher.

Die Symptome einer Schizophrenie sind sehr unterschiedlich. Erstmals wurden sie von Eugen Bleuler, später von Kurt Schneider definiert. Heute erfolgt die Diagnose nach der ICD-10. Hier kommen Ich-Störungen, Wahnerleben, Stimmenhören, Störungen des Gedankenablaufs, motorische (katatone) Störungen und auch Negativsymptome wie Konzentrationschwäche und Affektverarmung vor.

Prinzipiell kann eine Schizophrenie viele Gesichter haben und ist oft bei weitem nicht so spektakulär, wie man hört oder in Filmen sieht. Sie beginnt nicht selten schleichend und wird deshalb, wenn überhaupt, sehr spät erkannt. Wenn äußerlich auch nicht sichtbar, bedeutet es für die Menschen eine oft ungeheure Qual. Man stelle sich vor, sein Ich nicht mehr als geschlossen zu erleben, seine Gedanken entzogen zu bekommen oder sein ganzes Denken zerfallen zu sehen. All das ist äußerlich kaum bemerkbar, zerreißt die Menschen innerlich allerdings umso mehr.

Therapeutisch werden bei einer Schizophrenie in der Akutphase Neuroleptika verabreicht. Sie vermindern einerseits die produktiven Symptome, wie Wahn und Halluzinationen, andererseits sedieren Sie die Menschen und machen sie überhaupt erst ansprechbar. Während der gesunden Phasen ist es wichtig, die individuellen Vorboten einer Schizophrenie zu erörtern, so dass bei einem erneuten Rückfall schnell gehandelt werden kann. Immer häufiger kommen aber auch die Psycho- und vor allem die Soziotherapie zum Einsatz.

Die Chancen auf eine soziale Heilung, also auf Reintegration in die (arbeitende) Gesellschaft, liegen bei ca. 60%. Dennoch ist ein verhältnismäßig großer Teil teilweise oder komplett auf fremde Hilfe angewiesen.

## Neurotische Störungen

Der Begriff Neurose wird heute so nicht mehr verwendet. Vielmehr werden zu den neurotischen Störungen die Angst-, Zwangs-, Belastungs-, Konversions- und somatoformen (körperlich auftretenden) Störungen gezählt.

*Angst* ist ein Mechanismus, den vermutlich alle Menschen kennen. Sie kann begründet sein, wenn wir uns bspw. in einer lebensbedrohlichen Situation befinden. Sie äußert sich durch das Gefühl, in der Klemme zu sitzen, in einer auswegslosen Situation zu sein oder auch durch Todesangst. Körperlich zeigt sie sich in verschiedenen Symptomen wie zittern, schwitzen, Ohnmachtsgefühl, Herzrasen, hohem Blutdruck und vielen anderen. Angst kann akut auftreten, also für einen begrenzten Zeitraum oder auch chronisch, schlimmstenfalls permanent und ein Leben lang. Dann spricht man von einer *generalisierten Angststörung*.

Ein akutes Angstsyndrom ist die *Panikattacke*, die einige Minuten bis zu einer halben Stunde lang grundlos dauern kann. Sie gipfelt in dem Gefühl der Lebensbedrohung und des Kontrollverlustes. Tritt sie häufiger auf, spricht man von einer *Panikstörung*.

Angst kann auch bezüglich einer Situation oder eines Objektes auftreten. Dies kann Angst vor Menschenansammlungen sein (*Agoraphobie*, *Agora* = *Marktplatz*) oder vor sozialen Anlässen (*Soziophobie*) oder Angst vor Spinnen (*Arachnophobie*), vor Höhe (*Akrophobie*) oder engen Räumen (*Klaustrophobie*).

Das Problem, besonders bei Angst vor bestimmten Situationen, kann sein, dass der Mensch mit dieser Angst immer mehr eben solche Situationen vermeidet und schließlich wenig bis keine sozialen Kontakte mehr aufrecht erhält. Dieses Vermeidungsverhalten tritt oft auch bei Panikstörungen auf. Häufig treten dann noch andere psychische Störungen auf, wie Sucht oder Depressionen.

Angst vor Objekten ist häufig nicht so folgenreich, da bspw. Spinnen gut vermieden werden können und das tägliche Leben weniger beeinflussen, als z.B. Menschenansammlungen.

*Zwangsstörungen* sind gekennzeichnet durch häufiges Wiederholen bestimmter Rituale. Ihnen liegt dann auch oft eine Angst zugrunde („habe ich den Herd ausgeschaltet“?) oder einfach das Verlangen, bspw. sich zu waschen (Waschzwang) oder die Wohnung zu putzen (Putzzwang). Die Handlungen werden als unsinnig empfunden, können aber trotzdem nicht abgestellt werden – da eine Unterlassung Angst hervorrufen würde; deshalb werden sie eben doch und immer wieder ausgeführt.

*Belastungsstörungen* treten nach Ereignissen auf, die jeder Mensch als belastend oder gar katastrophal bezeichnen würde. Dies kann der Schock nach einem Unfall sein, der nach kurzer Zeit überwunden ist oder das Trauma nach einem Gewaltverbrechen, bspw. einer Vergewaltigung oder Kriegsgeschehen, die länger andauern können. So spricht man dann auch von einer posttraumatischen Belastungssituation, die auch erst Wochen nach dem Ereignis eintreten und bis zu Jahre andauern kann.

Zu den Belastungsstörungen zählt auch die Trauerreaktion, die in der Regel nach zwei Jahren abgeschlossen ist und ansonsten als abnorme Trauerreaktion bezeichnet wird.

Als *Konversionsstörungen* bezeichnet man psychische Probleme, bspw. in Form belastender Ereignisse, die als körperliches Symptom, in abnormen Verhaltensweisen oder auch in Form von psychischen Ausfällen auftreten können. Hier vermutet man, dass keine psychische Verarbeitung von Problemen und Konflikten stattfindet, sondern das Problem eben auf andere Ebenen verlagert wird. Bereits vor S. Freud wurde dies als Hysterie bezeichnet. Damals wurde vor allem Frauen dieser Mechanismus zuerkannt. Heute weiß man, dass bei jedem Mensch solche Verdrängungen auf andere Bereiche auftreten.

Dies können Lähmungen, verlorene Gedächtnisinhalte (Amnesien) oder unübliche Handlungen (das Verreisen für eine bestimmte Zeit unter Annahme einer neuen Identität) sein.

Bei *somatoformen Störungen* treten körperliche Symptome auf, für die es keine (ausreichende) Erklärung gibt. Oft haben solche Menschen bereits viele Ärzte konsultiert, von denen keiner einen ausreichenden Befund stellen konnte. In die psychotherapeutische Praxis kommen sie meist aufgrund anderer Probleme wie Depressionen oder auch Sucht.

Die bekannteste ist der Hypochondrismus, bei dem die Betroffenen glauben, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, oftmals auch das entsprechende Symptombild aufweisen, allerdings keine körperlichen Ursachen feststellbar sind. Die Ursachen der Störungen dieses Kreises sind unterschiedlich. Den Belastungsreaktionen liegt natürlich eine vorausgegangene Belastungssituation zu Grunde, an und mit der gearbeitet werden kann. Oft werden solche Belastungssituationen nicht direkt verarbeitet, sondern zunächst unbearbeitet in ein sog. Traumagedächtnis geschoben. Ziel einer Therapie ist es, das erlebte Stück für Stück zu bearbeiten, oft auch, Schuld abzubauen (bspw. nach Vergewaltigung oder Beiwohnen bei einem Gewaltverbrechen).

Bei Angst und besonders bei Phobien geht man von gelerntem Verhalten aus, wohl auch, weil jede andere wissenschaftliche Erklärung hier zunächst einmal versagt (wie übrigens bei den meisten psychischen Störungen). Die Therapie zielt dann auch darauf ab, das negative Verhalten abzubauen. Im Falle von Angst- aber auch von Zwangsstörungen bedeutet dies, dass man den Betroffenen dazu bringt, die auftauchende Angst auszuhalten, um zu sehen, dass nichts von dem Befürchteten tatsächlich eintritt, wenn bspw. eine Zwangshandlung nicht ausgeführt wird.

*Konversions- und somatoforme Störungen* sind nicht ganz so leicht therapierbar, da sich die psychischen Probleme ja auf einer anderen, meist körperlichen Ebene äußern. Die Betroffenen wollen selten wahrhaben, dass es sich um ein psychisches Leiden handelt, zumal ja der körperliche „Beweis“ vorliegt.

Es ist wohl auch für den Arzt nicht leicht zuzugeben, nichts gefunden zu haben, was den ein oder anderen evtl. dazu treiben kann, immer weiter zu diagnostizieren. Bis dann dazu übergegangen wird, an ein psychisches Problem zu denken, ist eine Vertrauensbeziehung zwischen Therapeut und Patient oft schon nicht mehr ohne weiteres möglich. Hier ist ein behutsames Vorgehen notwendig!

## Persönlichkeitsstörungen

Von Persönlichkeitsstörung spricht man, wenn bestimmte Merkmale der Persönlichkeit eines Menschen, permanent hervorstechen. Diese Persönlichkeitsmerkmale müssen per Definition das Leben des Menschen und/oder seiner Mitmenschen negativ beeinflussen und dürfen nicht den entsprechenden „Regeln“ seines Kulturkreises entsprechen. D.h., das Verhalten des Betreffenden ist als der Situation entsprechend nicht angebracht zu beschreiben. Das kann von extrem ängstlich und besorgt (ängstliche Persönlichkeit) über exzentrisch theatralisch (histrionische Persönlichkeit) bis hin zu verachtend und selbstsüchtig (disoziale Persönlichkeit) sein.

In der amerikanischen DSM IV werden die Persönlichkeitsstörungen in sogenannten Clustern eingeteilt, die zum Lernen sehr empfehlenswert ist:

Cluster	Beschreibung	Persönlichkeitsstörung
<b>A</b>	Sonderbar, seltsam, exzentrisch	Paranoide Schizoide Schizotype
<b>B</b>	Dramatisch, emotional, launisch	Dissoziale Emotional instabile Histrionische Narzisstische
<b>C</b>	Ängstlich	Ängstliche Abhängige Anankastische

Auf der nächsten Seite sehen Sie einen kurzen Abriss zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen.

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung	<b>Gefühle der Unzulänglichkeit, Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, daraus resultierende soziale Hemmung</b>
<b>Abhängige Persönlichkeitsstörung</b>	Massives Gefühl der Hilflosigkeit und Schwäche, extrem unterwürfiges und anklammerndes Verhalten, übermäßiges Bedürfnis, umsorgt zu werden
<b>Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung</b>	Ständige Beschäftigung mit Ordnung, Perfektionismus und Kontrolle, übertriebene Orientierung an Normen, Regeln und Systemen auf Kosten genussvoller Aktivitäten und zwischenmenschlicher Beziehungen
<b>Dissoziale Persönlichkeitsstörung</b>	Impulsivität, geringe Frustrationstoleranz, Mangel an Empathie, Schuldbewusstsein und Verantwortungsgefühl, Missachtung von Regeln und Gesetzen
<b>Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Störung)</b>	Störung der Affektregulation und Impulsivität, Instabilität des Identitätserlebens und zwischenmenschlicher Beziehungen, Spannungszustände, Selbstverletzung, rezidivierende Suizidalität, aggressive Durchbrüche
<b>Histrionische Persönlichkeitsstörung</b>	Übermäßige Emotionalität und Expressivität, impressionistischer Denkstil und Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten, Bestreben, stets im Mittelpunkt zu stehen
<b>Narzisstische Persönlichkeitsstörung</b>	Gefühle der Großartigkeit Bedürfnis nach Bewunderung und Selbstverherrlichung mangelnde Empathie für andere fragiles Selbstwerterleben
<b>Paranoide Persönlichkeitsstörung</b>	Tiefes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen Menschen Vermutung grundsätzlich böser oder diskriminierender Motive
<b>Schizoide Persönlichkeitsstörung</b>	Einzelgängertum und Isoliertheit Distanziertheit und eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit ausgeprägte Autonomiebestrebungen in sozialen Beziehungen
<b>Schizotype Persönlichkeitsstörung</b>	Sie leiden unter sozialen Defiziten, die sich in der Unfähigkeit, Bindungen einzugehen, äußert. Ihre Verhaltensweisen scheinen merkwürdig und sie haben einen eigenwilligen Denkstil, oft durch magisches Denken geprägt. Sie leben häufig isoliert und leiden unter ausgeprägten sozialen Ängsten. In der ICD-10 werden sie den Schizophrenien zugeordnet. Nur eine kleine Anzahl schizotyper Menschen entwickelt auch das Vollbild einer Schizophrenie.

Zwei Störungen, die zu diesem Kreis gehören, seien besonders erwähnt:  
Eine der bekanntesten ist die *emotional instabile oder auch Borderline Persönlichkeitsstörung*. Menschen mit dieser Störung sind, wie der Name sagt, emotional sehr instabil, ständigen Schwankungen unterworfen und haben daher oft auch instabile Beziehungen. Sie verletzen sich selbst, bspw. durch Schnittverletzungen und neigen zu Abhängigkeit von Drogen und Alkohol.

Ebenso bekannt ist die *ADHS-Störung* (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperkinetisches-Syndrom). Sie beginnt im frühen Kindesalter und ist geprägt von extremer Unaufmerksamkeit, motorischer Überaktivität, emotionaler Unausgeglichenheit und hoher Impulsivität. Beim Kind kann dies zu einem gestörten Verhalten, bspw. in der Schule führen, später auch zu einer Störung des Sozialverhaltens. Bei jedem 10. Kind geht diese Störung in das Erwachsenenalter über. Hier nimmt die motorische Unruhe ab und wird eher zu einer inneren Getriebenheit. Menschen mit dieser Störung leben oft unter ihrem Potential, nicht zuletzt, weil langfristige Bindungen an einen Arbeitgeber auch keine Karrieren zulassen.

Persönlichkeitsstörungen beginnen oft im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Häufig kommen die Menschen aufgrund anderer psychischer Probleme zu einem Therapeuten. Die Persönlichkeitsstörung selbst ist zunächst schwer zu behandeln und erfordert ein stabiles Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird auch medikamentös behandelt (Antidepressiva und Neuroleptika), ADHS im Kindesalter teils auch mit Stimmungsaufhellern (Amphetamine).

## Schlafstörungen

Schlafstörungen kommen sowohl im normalpsychischen, als auch im krankhaften Bereich vor. Sie können sich in Einschlafstörungen äußern, in Durchschlafstörungen, also verbunden mit früherem Aufwachen, in zu kurzem oder auch zu langem Schlaf, bzw. hier einer nicht durch zu wenig Schlaf begründeten Dauermüdigkeit. Die Ursachen hierfür können entweder im Inneren des Körpers liegen (Erkrankungen, die eine Ruhe nicht ermöglichen) oder im Äußeren (bspw. Lärm). Außerdem kann eine Störung des normalen Schlaf-Wachrhythmus bestehen, z.B. durch Schichtarbeit oder Jetleg.

Zur Diagnosestellung sind Auftreten, Häufigkeit und Auslösemöglichkeiten zu erfassen. In aller Regel ist eine Medikamentengabe nicht sinnvoll, bei längerem Andauern jedoch sollte eine Untersuchung im Schlaflabor stattfinden. Hier können Ursachen mithilfe von Messgeräten geklärt werden.

Ansonsten gelten die Regeln der „Schlafhygiene“. U.a. sind dies das Vermeiden von Stimulantien (Kaffee, Alkohol), regelmäßige Schlafzeiten und eine angenehme Schlafumgebung.

Zusätzlich sind noch drei Schlafstörungen zu nennen, nämlich das *Schlafapnoesyndrom*, die *Narkolepsie* und das *restless-legs-syndrom*.

Beim Schlafapnoesyndrom kommt es zu kurzen Atempausen während des Schlafes, bei der Narkolepsie zu vermehrten, unkontrollierbaren Schlafattacken während des Tages und beim restless-legs-syndrom zu Missempfindungen und/oder starken Schmerzen in den Beinen, die den Schlaf stören oder unmöglich machen. Unter Umständen kann hier, wie auch bei der Narkolepsie eine Medikamententherapie angezeigt sein.

Zuletzt gibt es noch die Paramnesien wie den *Pavor Nocturnus* (Aufwachen in der Nacht mit einem Schrei), den *Somnambulismus* (Schlafwandeln) und *Alpträume*. Letzterer tritt meistens in der zweiten Nachthälfte auf, die beiden anderen in der ersten. Paramnesien treten häufig im Kindesalter auf.

Schlafstörungen können natürlich auch aus körperlichen Erkrankungen heraus entstehen, wie bspw. Schilddrüsen-Überfunktion, Demenz, Parkinson, etc.



## Essstörungen

Unser „Normalgewicht“ errechnet sich u.a. aus dem Body-Mass-Index (BMI) nach der Formel: **Körpergewicht : (Körpergröße)<sup>2</sup>**

Liegt der BMI bei oder unter 17, spricht man von *Magersucht*. Bei dieser, den neurotischen Störungen zugeordneten Erkrankung, werden kalorienhaltige Speisen vermieden und die Nahrungszufuhr auf ein Minimum reduziert. Dadurch kommt es zu Hypotonie (niedriger Blutdruck), Verlust wichtiger Salze, Ausbleiben der Regel bei Frauen bei sogar erhöhter Leistungsfähigkeit.

Meist handelt es sich um Frauen, die an Magersucht leiden, nicht zuletzt durch den Momentan bestehenden Trend, dass dünn sexy sei. Jedoch gab es Magersucht auch vor dieser Zeit, so dass dies sicherlich nicht die einzige Ursache darstellt.

Psychodynamisch geht man von der Ablehnung der Rolle als Frau (hier speziell: der Mutter) aus oder auch einer Angst vor den Veränderungen, die sich mit der Pubertät einstellen. Therapeutisch muss zunächst wieder ein Normalgewicht hergestellt werden, hier ist unter Umständen auch die Einweisung in eine Klinik angezeigt. Psychotherapeutisch sollte auch eine Familientherapie angestrebt werden, da Magersucht eben auch im Kontext der Familie stattfindet. Immerhin besteht bei dieser Krankheit eine Sterberate von 12%.

Umgekehrt verhält es sich mit der *Adipositas*, der Fettsucht. Von Ihr spricht man bei einem BMI von 30-40. Der Körper hat bei dieser Erkrankung kein Sättigungsgefühl mehr und der Betreffende stopft die Nahrung nur noch in sich hinein, nicht zuletzt auch, um ein seelisches Loch zu stopfen. Auch hier sind Frauen meist die Betroffenen.

Schließlich gibt es noch die *Bulimie*. Hierbei handelt es sich um das Essen großer Mengen und das anschließende Erbrechen derselben. Gleichzeitig werden Diäten begonnen, Abführmittel und Appetitzügler genommen. Aus dieser Erkrankung ergeben sich häufig Zahnschäden und Schleimhautschäden an der Speiseröhre durch das ständige Erbrechen. Psychotherapeutisch kommen eine Verhaltens- und auch eine Familientherapie in Frage. Medikamentös können Antidepressiva gegeben werden. Ebenso ist eine **höhere Suizidrate** zu verzeichnen.



## Sexualstörungen

Sexualität ist beim Menschen längst nicht nur ein Mittel der Fortpflanzung, sondern auch des Lustgewinns und des persönlichen Ausdrucks. Sie hat viele Facetten und selbst Homosexualität ist, zumindest in den westlichen Ländern, eine wenigstens von wissenschaftlicher Seite aus akzeptierte Lebensform. Sexualität kann in ihrer Funktion, in der Geschlechtsidentität oder der Präferenz gestört sein.

Von sexuellen *Funktionsstörungen* spricht man, wenn die Sexualität durch körperliche Einschränkungen nicht mehr vollständig oder auch gar nicht mehr ausgelebt werden kann. Dies können Libidoverlust (Ekel oder Angst vor Sex) sein, beim Mann kommt es zu Erektionsstörungen (keine oder Dauererektion) oder auch zum frühzeitigen Samenerguss. Bei der Frau kann es zu Schmerzen beim Sex kommen oder auch zu einer Anorgasmie (kein Orgasmus). Außerdem kann es nach dem Sex zu Gereiztheit oder Verstimmtheiten kommen.

Fühlt sich der Mensch mit seinem biologischen Geschlecht nicht wohl, so spricht man von einer Störung der *Geschlechtsidentität*. Diese Menschen streben dann durchaus den Wechsel des Geschlechts an, zunächst durch Kleidung und Verhalten, nach eingehender Beratung und Betreuung auch durch eine Umoperation zum anderen Geschlecht. Dabei steht nicht der Sexualtrieb im Mittelpunkt, sondern eben das reine Geschlecht, wobei es mehr Frauen gibt, die sich dem männlichen Geschlecht zugehörig fühlen, als umgekehrt. Therapeutisch wird der Betreffende eingehend beraten und Schritt für Schritt an seine Rolle herangeführt. So will man vermeiden, dass eine spätere Operation bereut wird. Nichts desto Trotz leiden viele dieser Menschen, eben weil sie auch nach einer Operation unter anderem soziale aber auch körperliche Restriktionen fürchten müssen.

Von Störungen der *Sexualpräferenz* spricht man, wenn die sexuellen Wünsche den „Normalbereich“ verlassen, unter der Voraussetzung, dass sexuelles Erleben ohne diese Praktiken nicht mehr möglich ist, eine zwanghafte Durchführung mit Kontrollverlust besteht und der Partner auch gegen seinen Willen für die Praktiken instrumentalisiert wird. Bekannteste sind der *Fetischismus*, *Voyeurismus*, *Exhibitionismus* oder *Sadomasochismus*. Außerdem steht die *Pädophilie* ebenfalls auf der Liste der Störungen der Sexualpräferenz. Hier kann auch eine Medikamententherapie zur Minderung der Libido erfolgen.

Prinzipiell ist eine Andersartigkeit nicht immer behandlungsbedürftig und oft kommen die Betreffenden auf äußeren Druck zum Therapeuten.

## Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Als erstes ist bei den psychischen Störungen im Kindesalter die *Intelligenzminderung* zu nennen. Sie kann vor der Geburt (durch rauchen, Drogen, etc.), während der Geburt oder auch nach der Geburt (Krankheiten, Tumore) entstehen. Sie ist jedoch in 50% der Fälle nicht bekannt. Je nach Grad der Minderung ist ein selbstständiges Leben noch möglich (IQ 50-85) oder eine Betreuung notwendig. Auszuschließen sind hier *Demenz* oder *Autismus*, die ähnliche Symptome aufweisen können.

Weiterhin gibt es die *Entwicklungsstörungen*. Im weitesten Sinne sind hierunter alle wesentlichen Abweichungen vom Entwicklungsverlauf eines gesunden Kindes gemeint, also z.B. in der motorischen, sprachlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung. Mitunter wird bei der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt eine solche Entwicklungsstörung erkannt. Diese Vorsorgeuntersuchungen finden in bestimmten Altersstufen statt und umfassen auch eine Untersuchung des Hör- und Sehvermögens. Je nach Störung werden verschiedene weitere Vorgehensweisen empfohlen.

häufig sind nicht alle o.g. Bereiche im gleichen Maße gestört bzw. in ihrer Entwicklung verzögert. Man spricht dann von "Teilleistungsstörung".

Von *Umschriebenen Entwicklungsstörungen* spricht man, wenn eine Störung im entsprechenden Bereich nicht durch Intelligenzminderung oder sensorische Beeinträchtigungen zu erklären ist. Diese können im sprachlichen Bereich, im schulischen Bereich (bspw. Legasthenie) oder im motorischen Bereich (Fein-, Grobmotorik) sein.

Unter *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* wird besonders der *Autismus* beschrieben. Hervorzuheben sind der Kanner- und der Asperger- Autismus. Der *Kanner-Autismus* manifestiert sich vor dem 3. Lebensjahr, die Sprache entwickelt sich kaum, ebenso finden kaum soziale Aktivitäten statt. Einem Spielzeug bspw. wird für den Moment mehr Aufmerksamkeit gegeben, als einer nahestehenden Person. Die Intelligenz ist hier gemindert.

Anders der *Asperger-Autismus*. Hier findet i.d.R. eine normale Entwicklung statt, allerdings sind die sozialen Interaktionen ähnlich wenig ausgeprägt wie beim Kanner-Autismus. Oft kommt es zu Spezial-Fertigkeiten (Telefonbuch auswendig Lernen o.ä.)

Das *ADHS-Syndrom* entsteht im Kindesalter und betrifft mehr Jungen als Mädchen. Jungen sind eher Hyperaktiv, Mädchen eher Unkonzentriert. Die Symptompalette ist sehr breit und reicht von „Zappelphillip“ bis „zerstreuter Professor“. Zur Erkennung wird u.a. die Connors-Skala verwendet. Therapeutisch kommt die Beratung sowohl des Kindes als auch der Eltern in Frage, Ebenso eine Verhaltenstherapie des Kindes oder auch eine Medikamentöse Therapie.

Aus den vorangegangenen Störungen kann sich u.a. eine *Störung des Sozialverhaltens* ergeben. Oft tritt es auch mit schwierigen sozialen Umständen auf und beinhaltet aggressives Verhalten, Stehlen, Zündeln, Lügen, etc.

Bei *Ticstörungen* kommt es zu unwillkürlicher Äußerung von Lauten oder auch Bewegungen. Das kann bei leichteren Störungen dieser Art nervöse Ursachen haben, schwerere Störungen müssen behandelt werden (auch wenn der Erfolg nicht sehr groß ist). Dazu gehört das *Gilles-de-la-Tourette-Syndrom*. Es äußert sich durch massive motorische als auch vokale Tics.

Als *Ausscheidungsstörung* bezeichnet man das *Bettnässen* oder *Einkoten nach dem 5. Lebensjahr*. Man spricht von *primärer Enuresis* (Bettnässen), wenn das Bettnässen nie aufgehört hat, von *sekundärer*, wenn nach erlernter Blasenkontrolle das Bettnässen wieder anfängt. Außerdem unterscheidet man die *Enuresis nocturna* (nächtliches Einnässen) von der *Enuresis diurna* (Einnässen am Tag). Als Ursachen kommen erbliche Faktoren oder auch Belastungssituationen in Betracht. Bei der *Enkopresis* (Einkoten) können Verstopfung oder auch Belastungssituationen eine Rolle spielen. Therapeutisch spielt sowohl die Behandlung organischer Befunde als auch die psychischer Faktoren eine Rolle.

*Schlafstörungen* kommen im Kindesalter meistens in Form der Alpträume, des Nachtwandels oder des plötzlichen Erwachens mit Schrei (Pavor Nocturnus) vor. Wir haben sie weiter oben bereits behandelt.

Ebenso die *Essstörungen*. Am häufigsten erkranken Mädchen (Verhältnis 1:12 zu Jungen) an einer *Anorexie*, bei 20% verläuft sie chronisch, ca. 2% versterben. Immer häufiger kommt es bei Kindern zu *Adipositas*. Dies liegt zum einen daran, dass oft auch die Eltern adipös sind (erlerntes Verhalten), aber auch am prinzipiellen Konsumangebot und -verhalten (Fast-Food).

*Depressive und Angst-Störungen* äußern sich bei Kindern ähnlich wie bei Erwachsenen, wobei sich Kinder eher zurückziehen und deshalb oft nicht als depressiv erkannt werden. *Psychotische Störungen* (bspw. in Form der Jugendschizophrenie) sind oft gekennzeichnet durch eine Negativ-Symptomatik, also sozialer Rückzug, Leistungsknick in Beruf oder Schule, Ängste, etc.

Zwei wichtige und aktuelle Themen bei Kindern sind noch die *Vernachlässigung und Misshandlung, bzw. der Missbrauch*. Neben den körperlichen Schäden, die die Kinder erleiden, sind die psychischen Schäden oft unermesslich. Bei einem begründeten Verdacht müssen die entsprechenden Stellen (Jugendamt, Polizei) benachrichtigt werden. **Die Interpretation von Spielverhalten und Zeichnungen ist hier oft nicht sehr aussagekräftig!!!**

## Abhängigkeit und Sucht

Man spricht heute nicht mehr von Sucht, sondern allgemein von Abhängigkeit. Eine stoffliche Abhängigkeit kann von verschiedensten Genussmitteln, Medikamenten oder auch anderen Stoffen, wie Kleber, etc. bestehen.

Ein *Abhängigkeitssyndrom* ist durch (1) starkes Verlangen, (2) Kontrollverlust und (3) körperliche Entzugssymptome, (4) Toleranzentwicklung, (5) Einengung auf den Substanzgebrauch und (6) Fortsetzung des Konsums trotz körperlicher oder psychischer Schäden gekennzeichnet.

*Alkohol* spielt hier bei uns mit 1,5 Mio. Abhängigen die größte Rolle, wobei Cannabis (Haschisch) ebenso auf dem Vormarsch ist, besonders bei Jugendlichen oder sogar schon Kindern. Bei den Medikamenten sind die Benzodiazepine am häufigsten.

Eine Rolle bei Abhängigkeiten spielen genetische Faktoren, Lernfaktoren und natürlich soziale Faktoren wie Gruppenzugehörigkeit eine große Rolle.

Die Therapie erfolgt in vier Phasen. Zunächst muss ein Kontakt von beiden Seiten gewünscht und hergestellt werden. Danach kommt es zur Entgiftung des Körpers und zur Entwöhnung. Schließlich folgt die Nachsorgephase zur Stabilisierung. Allerdings ist eine solche Entziehung oft nicht erfolgreich und die Betroffenen werden in bis zu 90% der Fälle rückfällig.

Nicht selten spielen andere psychische Störungen, wie Angst oder Depression, aber auch Belastungssituationen eine Rolle.

Bei Alkohol unterscheidet man (nach Jellinek) vier Phasen, die sich über Jahre ziehen können. Angefangen mit einer leichten Gewöhnung (1), die sich bis zum Anlegen von Vorräten steigert, wobei auch schon Gedächtnislücken auftreten können (2), bis zur Zunahme des Konsums mit Toleranzentwicklung und morgendlichem Trinken (3) steigert sich die Sucht dann in eine Intoleranz bis hin zum Delir und Psychosen (4).

Außerdem unterscheidet man 5 Arten von *Trinkern* (nach Jellinek), so den Konflikttrinker (Alpha), den Wochenendtrinker (Beta), den süchtigen (Gamma), den Gewohnheits- (Delta) und Quartalstrinker (Epsilon). Der süchtige- und Quartalstrinker haben dabei einen Kontrollverlust. Der süchtige Trinker ist teilweise, und der Gewohnheitstrinker gar nicht mehr abstinenzfähig.

Bei starkem Alkoholkonsum kann es dabei auch zu psychischen Beeinträchtigungen kommen, so z.B. zu einem Delir oder auch zu Psychosen (Eifersuchtswahn, Alkoholhalluzinose). Bei 10% tritt die lebensbedrohliche Wernecke-Enzaphalopathie (Vitamin B<sub>1</sub>-Mangel) auf, die in ein Korsakow-Syndrom übergehen kann. Die Therapie kann sowohl psychotherapeutisch als auch unterstützend medikamentös erfolgen. Eine Langzeittherapie kann bis zu 6 Monaten dauern.

Zu den *Opioiden* zählen Heroin und Morphin. Sie führen zu einem euphorischen Rausch und machen sehr schnell abhängig. Bei Entzug kommt es zu grippeähnlichen Symptomen. Der Entzug kann kalt (abrupt) oder medikamentös erfolgen.

*Cannabis* führt in erster Linie zu einer gehobenen Stimmung und macht vermutlich nur psychisch abhängig. Auch hier kann es zu psychischen Langzeitstörungen kommen

*Kokain* führt zu Wachheit und gesteigerter Leistungsfähigkeit, die allerdings nur für kurze Zeit (Minuten bis Stunden) anhalten. *Ecstasy* führt zu einem Glücksgefühl. Besonders bei *Ecstasy* werden immer wieder Organausfälle und neurotoxische Symptome beobachtet. Während *Kokain* körperlich abhängig macht, geht man bei Amphetaminen von einer psychischen Abhängigkeit aus

*Halluzinogene* (LSD, Pilze) führen zu optischen und akustischen Halluzinationen verschiedenster Art. Diese können als angenehm empfunden werden, allerdings auch zu einem Horrortrip führen. Auch hier können Langzeitschäden (Psychosen) auftreten und es kann zu Flashbacks kommen (der Rauschzustand tritt erneut ohne Einnahme auf).

*Lösungsmittel* führen zu einem euphorischen Rausch bis hin zur Bewusstlosigkeit und Organversagen.

*Benzodiazepine, Barbiturate und Chlometiazol* sind die am häufigsten verschriebenen Medikamente. Sie werden nicht selten auch zur Selbstmedikation eingesetzt und können zu Versagen der vitalen Funktionen bis hin zum Atemstillstand führen. Sie dürfen NICHT ABRUPT entzogen, sondern müssen ausgeschlichen werden.

Schließlich zählt *Tabak* auch zu den suchterregenden Mitteln. Die Abhängigkeit ergibt sich ebenso aus den Kriterien für andere Suchtmittel (s.o.). Tabaksucht kann sowohl Verhaltenstherapeutisch als auch durch Medikamente (bspw. Pflaster) behandelt werden.

## **Suizid**

Die Verfassung der Psyche ist entscheidend für unser Wohlbefinden. Anders als bei körperlichen Symptomen, sind seelische Symptome nicht zu sehen, was sowohl ihre Behandlung als auch den Umgang mit Ihnen erschwert und manchmal unmöglich macht.

Daher ist bei psychischen Erkrankungen immer auch auf die Möglichkeit der Selbsttötung zu achten, die es für Sie als Therapeut zu verhindern gilt.

Es gibt (statistisch gesehen) bestimmte Symptome, Menschengruppen und andere Voraussetzungen, die die Wahrscheinlichkeit einer Suizidabsicht steigen lassen. Diese zu kennen gehört – neben dem Wissen über die Erscheinungsformen der psychischen Störungen – genauso zum Fachwissen eines Therapeuten.

Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht bei folgenden Menschen:

Es fand in der Vorgeschichte bereits ein Suizidversuch statt

Es werden Äußerungen über einen Suizidversuch getätigt, offen oder auch versteckt

Es werden konkrete Vorstellungen über einen Suizid geäußert

Es bestehen lang andauernde und zermürbende Schlafstörungen

Es sind unterdrückte Gefühlsausbrüche oder Aggressionsstauungen zu beobachten

Depressive Phasen beginnen oder klingen ab

Es besteht eine Suchtproblematik

Der Mensch befindet sich in biologischen Krisenzeiten wie Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre oder Senium

Es bestehen Schuld- und Unfähigkeitsgefühle

Es besteht eine Vereinsamung

Im Folgenden sehen Sie die Anzeichen, die den einen Verdacht auf Suizidgefährdung nahelegen:

Zunehmender Einengung zwischenmenschlicher Beziehung (Abkapselung), der Situation, der Wertmaßstäbe (also des Denkens)

Aggressionsstau und Wendung der Aggressionen gegen die eigene Person („es ist doch eh alles meine Schuld...“)

Anwachsenden Selbstmordphantasien, zunehmende Konkretisierung („Am besten wäre es, wenn ich mich vor den Zug werfe...“)

## **Gesetze**

Die Möglichkeiten, die Sie (nicht nur) als Therapeut haben, mit selbst- oder fremdgefährlichen Menschen umzugehen, sind gesetzlich geregelt.

Einweisen darf nur die Ordnungsbehörde, in der Regel ist das die Polizei. Sie darf einen Menschen einer Untersuchung zuführen, die dann festzustellen hat, ob eine Einweisung erforderlich ist. Zur vorläufigen, dauerhaften Verwahrung in einer Klinik bedarf es in der Regel spätestens einen Tag später der Zustimmung des Amtsgerichtes. Dies wird von der entsprechenden Klinik geregelt. Ihnen bleibt nur, im Notfall die Polizei zu verständigen.

Ein weiteres Gesetz regelt die Schuldunfähigkeit oder die verminderte Schuldfähigkeit. So können z.B. eine Schizophrenie oder ein Wahn, schwere affektive oder auch neurotische Störungen zu dem Schluss führen, dass ein Mensch zum Zeitpunkt einer Tat nicht zurechnungs- und somit auch nicht oder nur teilweise schuldfähig war. Dies ist in den §§ 20 und 21 geregelt.

Nicht immer muss aus einer solch schweren Störung eine Straftat entstehen. Zum Beispiel kann daraus eine Unfähigkeit entstehen, sein Leben ganz oder teilweise alleine zu regeln.

Wenn offensichtlich ist, dass ein Mensch bestimmte Teilbereiche seines Lebens oder gar sein ganzes Leben nicht mehr alleine bewältigen kann, steht die Möglichkeit der Betreuung zur Verfügung. Die Anregung zur Betreuung kann jeder geben. Um eine Betreuung einzuleiten müssen ein Sozial- und ein ärztliches Gutachten vorliegen, sowie eine Anhörung des Betroffenen stattfinden. Erst danach kann ein Betreuer eingesetzt werden. Dies kann ein Familienmitglied, ein Freund oder auch ein professioneller Betreuer sein.

Das wichtigste Gesetz für die Überprüfung jedoch ist das Heilpraktikergesetz. Es wurde im Jahre 1939 neu verfasst und ursprünglich war angedacht, den Beruf des Heilpraktikers damit auslaufen zu lassen. Im Jahr 1992 wiederum wurde das Recht auf eine Überprüfung, eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie, gerichtlich festgelegt.

Prinzipiell besagt das HPG, dass jeder, der nicht als Arzt zugelassen (bestellt) ist, Krankheiten feststellen, lindern und heilen darf, wenn er sich der entsprechenden Überprüfung unterzieht und damit zeigt, dass er „keine Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellt. Das Praktizieren im Umherziehen ist davon ausgeschlossen, heißt, Sie benötigen Praxisräume, in denen Sie Ihre Patienten empfangen können. Das Praktizieren ohne Erlaubnis ist unter Strafe gestellt, 2500 Euro Geldstrafe und bis zu einem Jahr Gefängnis.



## **Literaturhinweise**

### **Inhaltlich vergleichbare Bücher**

Möller, Laux, Deister, Psychiatrie und Psychotherapie, Thieme Verlag ISBN: 3-13-128542-7 (mit beigefügter CD-ROM mit zahlreichen Patientenvideos zu den psychiatrischen Erkrankungen)

Brunnhuber, Frauenknecht, Lieb, Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, Urban & Fischer, ISBN 3-437-42131-X

### **Basiswissen in knapper Form**

Arolt, Dilling, Reimer, Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Springer, ISBN 3-540-00874-8

### **Prüfungsfragen**

T. Poehlke, GK3 Psychiatrie, Thieme, ISBN 3-13-112976-X

Sies ist das Standardwerk der Prüfungsfragen, allerdings spiegelt es auch nur einen kleinen Teil der möglichen Fragen wider.

Im Folgenden finden Sie nun eine Auswahl an Prüfungsfragen mit anschließender Auflösung und Kommentierung.

In erster Linie sollen Sie ein Gefühl für die Prüfungsfragen bekommen. Machen Sie sich keine Sorgen, wenn Sie die Prüfungsfragen (noch) nicht komplett lösen können. Im Laufe Ihrer Ausbildung wird Ihr Wissensstand anwachsen.