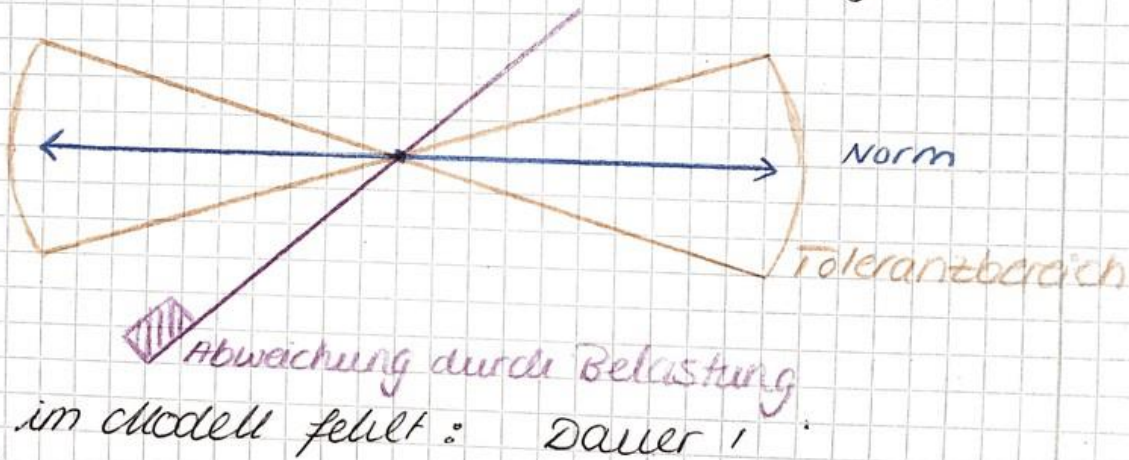


9.2 Grundlagen und Formen psychischer Störungen

- 2 Wissenschaften
 - Klinische Psychologie
 - Psychiatrie
- Wort „Krankheit“ gibt es heute nicht mehr, heute „Störung“
 - Menschenbild:
 - „krank“ assoziiert Patient
 - Somatisch vs. bio-psycho-sozial
 - Somatisches Krankheitsbild→ Patient und abhängig vom Arzt
 - Rein körperlich (medizinisch)
 - Bio-psycho-soziales Störungsbild
 - Körper, Psyche, soziales Umfeld
- Jede Störung (außer Psychosen) ist IMMER sozial mitbedingt!!!
- ICD-10 (International Classification of Diseases)
- Psych. Störungsbilder
 - Angststörungen
 - Bipolare Störungen
 - Burnout Störungen
 - Demenz
 - Essstörungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Abhängigkeitsstörungen
 - Trauma Störungen
 - Borderline Syndrom
 - Sexuelle Störungen
- Psychosomatische Störungen treten bei Männern häufiger auf

„Störungen“

> ähnl. abw. Verhalten (soziologie)



Norm & Normalität

- Definitionsmerkmale
 - A) Verhaltensregel (äußerlich)
 - B) Einstellungsmuster (innerlich)
- Krech & Crutchfield
 - Normen sind Regeln und Standards, die das angemessene und das unangemessene Verhalten in einer Standardsituation im einzelnen spezifizieren
- McDavid & Haran
 - Der Begriff bezieht sich auf standardisierte Regeln des Verhaltens
- Homans
 - Die Norm ist eine Idee in den Köpfen der Gruppenmitglieder
- Was sind Einstellungen?
 - Meinungen, die mit Gefühlen verbunden sind

- Arten von Normen (soziale)
 - Verkehrsregeln
 - Gesetze
 - Sitten
 - Bräuche
 - Umgangsregeln

- Regulierung = Gruppendruck

- Weitere Steuerungsmerkmale
 - Gewissen
 - Autoritätsperson
 - Über-Ich

- Soziale Normen vs statistische Norm
 - Statistische Norm= Mittelwert
 - Auf abstrakte Gruppen bezogen
 - Wird mit arithmetischen Mittel ausgedrückt
 - Standardabweichung/ Streuung

- Krankheit
 - Oligophrenie (Minderbegabtheit)
 - IQ 70- 84 grenzdebil
 - IQ 50-70 Debität/leichte Behinderung
 - IQ 35-49 deutlicher Schwachsinn/ Imbezillität
 - IQ 20-34 schwerer Schwachsinn
 - IQ unter 20 Idiotie

- Historie
 - Bis 1918 königliche Irrenanstalt
 - Psychiatrisches Landeskrankenhaus
 - Zentrum für Psychiatrie

- „Die normative Kraft des Faktischen“ = Kraft der Statistik

Kriterien der Normalität

- Soziokulturelles Kriterium
 - „normal“/ „abnormal“ an Gruppenstandards orientiert
- Objektives Kriterium
 - „normal“ an mittleren Streuungsbereich orientiert
- Subjektives Kriterium
 - „normal“ an persönlichem Leben/ Emotionen orientiert
- Keine saubere/ Klare Unterscheidung!

Soziokulturelles Kriterium

- Bsp.: andere Geschlechterrollen, Sexualverhalten, Hygiene/ Sauberkeit
- 3 Problemthesen nach Lindt:
 - Jede Kultur betrachtet ihre Prinzipien als absolut gültig
 - Alle Gesellschaften kennen uns geläufige Abnormitäten, bewerten sie aber unterschiedlich und gehen mit Betroffenen anders um
 - Körperliche Defizite werden überall als abnorm angesehen
- Jemand, der keinerlei soz. Beziehungen aufbauen kann, gilt weltweit als abnormal
- Extremfälle von Störungsbildern werden überall als abnormal wahrgenommen

→ Unser Urteil „normal“/ „abnormal“ ist immer im soziokulturellen Kontext zu sehen!

Objektives Kriterium

- „normal“/ „abnormal“ von Test und Skala abhängig

Angst

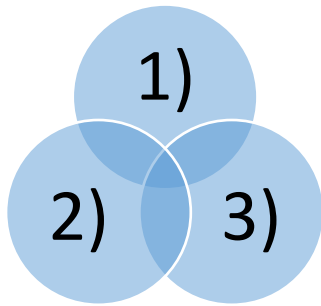
- Angst an sich zunächst keine Störung
- Schutz vor Gefahr
- Definition: Angst ist eine Vermeidungsreaktion
- Entscheidung: Fight or Flight (Flucht/ Kampf)
 - Angriff
 - Flucht
 - Erstarren (selten)
- Wie entscheiden wir?
 - Abhängig von Gefahren und Chancen
 - Erfahrungsabhängig
 - Bewertung/ Assessment der Situation
- Synonym: Furcht
- Momente in denen Angst uns motiviert
 - Prüfung
 - Lernmotivation oder häufig als Blockade
 - Motiviert nur wenn sie gering ausgeprägt ist
 - Starke Angst hemmt eher, schwache kann pushen
 - Wie kommt ein Blackout?
 - Energien für Angst abgezogen, da wir Situation nicht verlassen können
 - Was kann man gegen Prüfungsangst machen?
 - Positive Erfahrungen durch künstliche Prüfungssituation
 - Entspannung (durch bspw. Autogenes Training)
 - Was entspannt?
 - Musik, Kirche/ Kathedrale, Wald, Vogelgezwitscher, Lichter, Wasser, Drogen
 - Entspannung ≠ Angst
- Woher kommt Angst?
 - Vererben
 - Erlernen/ erwerben (größtenteils)

- Messen von Angst
 - Fragebögen
 - Körperliche Reaktionen (schwitzen etc.)
 - (Steigerung der Hautfeuchtigkeit, PGR- Wert (psychogalvanischer Reflex))
 - MRT (Hirnregionen Aktivität)
 - Blutdruck, Puls
- Formen von Angst (% Angaben: Stichproben in der Gesellschaft)
 - Phobien
 - Angst vor etwas (Bsp. Soziophobie)
 - Kann man benennen
 - Daran hat sich Verhaltenstherapie entwickelt
 - Panikstörungen
 - Plötzliche massive Angst
 - Schnell sich steigernde Angst
 - Unvorhersehbar
 - Muss nicht objektiv sichtbar sein
 - Häufig: 3-4% erleiden Panikattacken
 - Generalisierte Angststörungen
 - Generell
 - Patient fast immer von Angst erfüllt
 - Frei flotierende Ängste(Synonym) („schwimmen, fließen“)
 - Freud: „Angstneurosen“
 - Relativ häufig: 3-5%
 - Erkrankung dauert Leben lang, wenn sie nicht behandelt wird
 - Gut behandelbar
 - Zwänge (eher selten: 2%)
 - Ständig denken müssen
 - Handlungen (Sammelzwang, Waschzwang, etc.)
 - Dystonie→ Zwang passt nicht zu mir
 - Spontane Erkrankung (nur einmal) sehr selten
 - Spontan Remission (auf einmal weg oder da)
 - Nicht begründbar
 - Werden oft von Betroffenen wahrgenommen und schämen sich dafür, können aber nichts ändern
 - Schwierig zu behandeln

- Posttraumatische Belastungsstörung
 - Schweres Lebensereignis (Missbrauch, Unfall, Naturkatastrophen etc.)
 - Erlebtes wird immer und immer wieder durchlebt
 - Flashbacks: Betroffener denkt es passiert nochmal in real
 - Möchten Erinnerungen vermeiden→ man erinnert sich noch mehr daran
 - Evtl. Angst vor Erinnern→ noch mehr Stress etc.
- Erklärungen für Auftreten von Angst
 - Angst weniger stark biologisch/ genetisch bedingt, sondern wird erlernt
 - Vererbung spielt schon eine Rolle, aber keine besonders große
- Verhaltenstherapie
 - Konfrontationstherapie } In vivo (Prozess der abläuft)
 - Reizüberflutungstherapie (Bsp. jmd mit Hundephobie in Raum mit vielen Hunden)
 - Entspannung
 - Kompetenztraining
 - ATP- Programme (Assertivness- Trainings Programme)
 - Aufbauen zu mehr Selbstvertrauen

Depression

- Affektive Störungen
 - Bipolare Ausprägung
 - Unipolare Depression
 - Unipolare Manie
- Störungen des schizophrenen Formenkreises
- Triadisches System



- 1) endogen (von innen heraus)
- 2) psychogen (psychisch bedingt)
- 3) somatogen (körperlich bedingt; Bsp. Drogeninduzierte Psychosen, Unfallfolgen)
→ kann man über alle seelischen Störungen drüber legen und schauen was besonders heraussticht
- Depression
 - Syndrom, qualvolle Krankheit
 - Mehrere Einzelsymptome
 - Verwechslungsgefahr mit trauriger Stimmungstage
 - Eher Versteinerung/ Leere/ Unfähigkeit zur Freude
 - Verschiedene Ausprägungen
 - Unterschiedliche Schwerpunktsymptome
 - „Volkskrankheit“ (Häufigkeit)
- Affektive Psychosen
 - Depression/ Manie
 - Schizophrenien
 - früher Gegenüberstellung v. Neurosen und Psychose → heute nicht mehr!!
 - Angst
 - Zwänge
 - Psychg. Depression
 - Hysterie

- Depression vs Manie
 - Schlafstörungen
 - Freudlosigkeit
 - Gedrückt
 - Niedergeschlagen
 - Körperliche Symptome
 - .
- ängstlich gespannt
 - Überantrieb
 - Getriebenheit
 - Hochstimmung (zwanghaft)
 - „Maniker“
 - gereizt & aggressiv
 - (v.a. wenn man sie hindern möchte)
- Unipolar
 - „einseitig“
 - Depression
 - Manie (selten) → Lytium als Medikament (stabilisiert)
- Bipolar
 - Phasen der Manie und Depression, die sich abwechseln
- Häufigkeit
 - Stark unterschätzt
 - Viele erkennen nicht, dass sie krank sind, sondern sehen sich als Versager
 - Deprimere (lat.)= herunter-/ niederdrückend
 - 5% der Gesellschaft depressiv
 - Weltweit 340 Mio Fälle
 - In Deutschland erkranken 20% einmal im Leben an Depression (dep.Episode zählt auch)
 - Kann unbehandelt chronisch verlaufen
 - Treten bei Menschen in allen Schichten/ Kulturen/ Nationalitäten auf der ganzen Welt auf
 - 25% erw. Frauen, 10% erw. Frauen betroffen
 - 2% unter 12(Kinder); 5% unter 20 (Jugendliche) (auch typisch für andere Krankheiten→ zeigen sich erst in Adoleszenz)
 - Zunahme Depressionen im Kindesalter
 - 50% der Depressionen werden erkannt
 - Davon werden 50% behandelt
 - 10-15% der Depressionspatienten begehen Suizid

- Krankheitsbild
 - Mehr als 2 Wochen gedrückte Stimmung
 - Gedrückte Stimmung überschattet alles
 - Leitsymptom
 - Fehlende Lebensfreude/ Interesse
 - Innere Leere, Freudlosigkeit, Versteinerung, Sinnlosigkeit, Hilflosigkeit
 - Gefühllosigkeit/ „nicht weinen können“
 - „Affektstarre“ → lässt sich nicht aufhalten
 - Mimik/ Gestik/ Stimme affektiert
 - Vermindertes Selbstwertgefühl
 - Antriebslosigkeit/ Agitiertheit („Unruhestau“)
 - Ängste/ Zwänge/ Schuld/ Selbstschuld/ Wahn
 - Vor allem gegenüber Mitmenschen
 - Negative Denkmuster/ Pessimismus
 - Schlechtes Selbstbild
 - Keine Zukunftsperspektive
 - Starkes Grübeln
 - Konzentrationsschwäche/ Entschlussfähigkeit
 - Farbwahrnehmung beeinträchtigt/ betroffen
 - Körperliche Beschwerden
 - Appetitlosigkeit, Libidoverlust, schnelle Ermüdung, Schlafstörungen
 - Symptome können auch anders auftreten
 - Vermeiden soziale Kontakte
 - Hobbys weg/ Arbeit vernachlässigen
 - Nicht aufstehen können (morgens)
 - Klagen/ „jammern“
 - 10 000 Suizide in Deutschland pro Jahr
 - Ca. 3 500 Verkehrstote
 - 100 000 Suizidversuche
 - Schwere Depression: 50% Suizidversuch; 10% Suizid
- Klassifikation
 - ICD-10 (WHO)
 - F 30-39 (affektive Störungen)
 - DSM (USA) www.dimdi.de

- Faktoren
 - Genetisch
 - Persönlich
 - Psychische und soziale Belastungen
 - Körperliche Erkrankungen

- Behandlung
 - Antidepressiva
 - V.a. bei schweren Depressionen
 - Psychotherapie
 - Meist beide kombiniert
 - Je schwerer die Depression, desto sinnvoller/ wichtiger sind Medikamente
 - 70% sprechen auf Antidepressiva an
 - Machen nicht abhängig (≠ Angstlösende Medikamente)
 - Teils auch Minimaldosierungen
 - Skepsis Medikamenten gegenüber lassen nach
 - Wird häufig als gutes/ verlässliches/ notwendiges Mittel zur Minderung/ Heilung gesehen
 - Häufig/ manchmal Fehldosierungen
 - Absetzen/ Änderungen in Hand des Psychiaters
 - Oft auch Dauermedikationen

- Psychotherapeutische Verfahren
 - Aktive Psychotherapie
 - (kognitive) Verhaltenstherapie
 - Kooperatives, provokativ, aktiv= als Therapeut vorteilhaft (Frank Farrelly)
 - Provokativ= herausfordernd (leicht beleidigend aber mit Humor)
 - Verständnis, Transparenz, Ressourcenorientierung, Krisenprävention, Alltagstauglichkeit

- CBASP- Therapie (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)
 - Geeignet für chronische Depression
 - Integriert Strategien der Verhaltenstherapie und Psychoanalyse
 - Kindheitsproblem/- erfahrungen
 - Aktuelle Probleme
 - Besondere Strategie
 - Kiesler- Kreis
 - Interpersonelles Modell
 - Wichtige Fragen für Depression
 - Wirkung auf andere (Fremd-& Selbstbild)
 - Allgemeines Verhalten und Reaktionen

Schizophrenie („gespaltener Sinn“)

- Fall „M“
 - 18 Jahre alt, attraktive Studentin, Germanistik (nicht gezeichnet von Krankheit)
 - Spricht von sich:
 - Überindividuelles, geschichtliches Nachrichten- / Gesellschaftssystem
 - Fühlt sich davon verfolgt / bedrängt → Forderungen an sie, die sie nicht erfüllen kann
 - Unreligiöses, linkes System
 - Schuld, die sie nicht verzeihen will
 - Schlüsselereignis: wurde von Vikar verführt (wahrscheinlich vergewaltigt), wurde danach als Hure bezeichnet... Lehrer beschimpfen sie unterschwellig auch, streiten es ab
 - Im Studium von System geplagt, konnte zu niemand Kontakt haben
 - Immer noch verfolgt, jmd. schickt ihr verschlüsselt Geld um sich zu verkaufen
 - Sieht Artikel im Zeitung auf sich bezogen
 - Durch Vikar wurde ihr System bewusst
 - Ist in Klinik
 - Mit ihrer Einweisung unzufrieden, sei in gleicher Lage wie politisch inhaftierte
 - Man will ihr die Freiheit ihrer Gedanken nehmen
 - Ehe in die Brüche gegangen, da Mann „auf anderen Seite stehe“ (links)
 - CDU sie, er SPD
 - Arzt auch Teil des Systems (zunächst uneingeschränktes Vertrauen, dann Lüge / ausweichendes Verhalten)
 - Antwortet ausweichend auf Fragen
 - Arzt:
 - Zuhause Sachen kaputt gemacht
 - Stress mit Eltern
 - Freundin hat sie wegen Systemgedanken ausgelacht → Bruch der Freundschaft
 - Strebe lesbische Beziehung an

Ursachen:

- Starke Abhängigkeit zu Eltern / Erziehung
- Übersteigerte Religiosität d. Vaters & M.s
- Risiken:
 - Späte Einweisung
 - Bruch v. Freundschaften
- Charakteristika Schizophrenie:
 - Ausbruchsversuche
 - Medis beeinflussen ihr Denken (schwächen es) → wolle sie umfunktionieren
- ICD- 10

F20- F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Info: In diesem Abschnitt finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffective Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt.

F20.- Schizophrenie

Info: Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.

Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen. Ebenso wenig ist eine Schizophrenie bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzugssyndroms zu diagnostizieren. Ähnliche Störungen bei Epilepsie oder anderen Hirnerkrankungen sollen

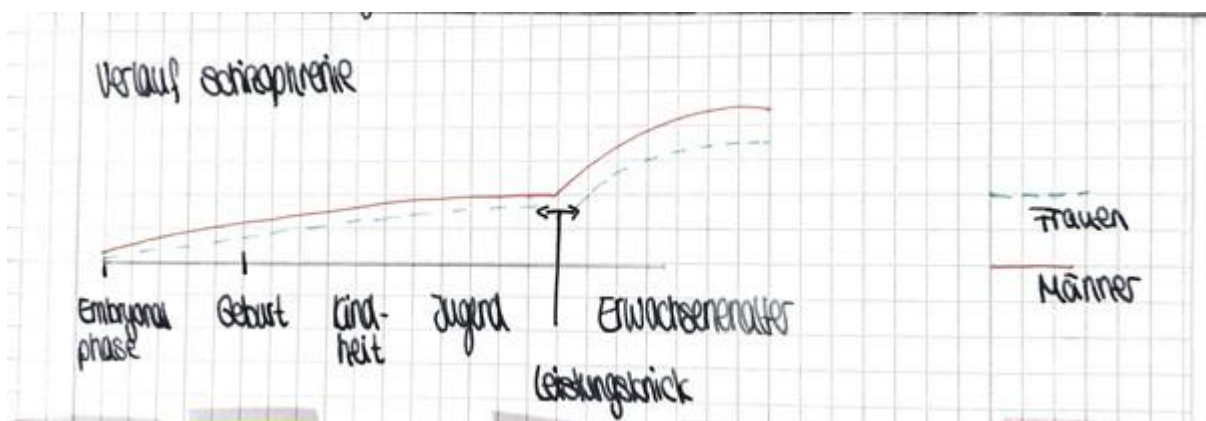
unter F06.2 kodiert werden, die durch psychotrope Substanzen bedingten psychotischen Störungen unter F10-F19, vierte Stelle .5.

- Einordnung Schizophrenie in triadisches System (Kreise)
 - endogen (von innen heraus → man weiß nicht so wirklich woher)
- Frühere Methoden zur Heilung:
 - Abwechselnd extrem heiß und kalt baden / eingetunkt werden
- Zurechtrücken des Gehirns durch extremes Karussell fahren bis zum Speien
- Ursprungsbezeichnung von E. Kraepelin: „dementia praecox“ = vorzeitige Verblödung
- G. Hole: Notizen zu Schizophrenie
 - Schizophrenie= Rummelplatz
 - Damals: Tollheit, Verrücktheit, Irresein
 - Mittelalter: Besessenheit → Hexenverbrennung
 - Gesellschaft in 60ern als Verursacher gesehen (Doublebind-Hypothese)
 - Haldolmangelkrankheit früher
 - Entweder komische alte Methoden oder viel Medis (wenig richtige Therapie)
- E. Bleuler: Schizophrenie nur in Plural sprechen (da sehr individuell)
- Therapie essentiell / ungenügende Therapien verschlimmern den Zustand
- Halluzinationen bei Hirnschädigungen und Drogen LSD häufiger als bei Schizophrenie
- Wahn als Symptom
 - Projektionen von Ich-Anteilen auf die Umwelt
 - Religion ≠ Wahn (Vertrauen als unterscheidende Komponente)

- Wahnformen:
 - Beziehungswahn (Bsp. Nachbarn wollen böses)
 - Beeinträchtigungswahn (Bsp. jmd hat Sachen, die strahlen, die mich beeinträchtigen)
 - Größenwahn (nicht sehr häufig) (Bsp. man sei Hitler / Napoleon)
 - Verfolgungswahn
 - Liebeswahn (Bsp. Eifersucht)

- Karl Jaspers: „Abnormes Bedeutungsbewusstsein“

- Entwicklung & Erscheinungsformen
 - Wird meist zu spät erkannt
 - Vorposten (Frühsymptome)
 - In ersten zwei Lebensjahren und im Jugendalter: Verzögerungen
 - Pubertät (bei Jungen früher als bei Mädchen)
 - weitere eher ungenau Symptome
 - Symptome
 - Ängste
 - oppositionelles Verhalten
 - soz. Rückzug
 - In Schule & Ausbildung
 - Leistungsknick (als relativ markantes Symptom)



- Bei Männern ausgeprägter als bei Frauen

- 3 Phasen
 - Prodromalphase
 - Erste Symptome zeigen sich deutlich
 - Gesteigertes Misstrauen
 - Starke Ängste
 - Kognitive Auffälligkeiten
(Bsp. Neologismen= Wortneuschöpfungen)
 - Floride Phase (stark fortschreitend)/ Hauptphase
 - Auffallende Positivsymptome (sind aktivierend/ lösen eine Handlung aus)
 - Wahnvorstellungen
 - Halluzinationen
 - Beeinflussungserleben
 - Gestörte Denkabläufe
 - Motorik (Bsp. verlangsamt)
 - Residualphase
 - Negativsymptome
 - Kognitive Defizite
 - Antriebsmangel
 - Soz. Rückzug
 - Affektive Verflachung
 - Sprachliche Verarmung
- Verlauf / Prozent der Erkrankten
 - Krankheitsphasen können sich wiederholen
 - Schübe: entwickelt sich Schubweise weiter
 - Ca. 25% erleben Schizophrenie nur einmal, danach wieder gesund
 - Ca. 50% erleben Schizophrenie wiederholt
 - Einige schwere Krankheitsverläufe, mehrere Residualphasen (Schübe)
- Leitsymptomatik
 - Verfolgungswahn
 - Stimmen hören (meist negativ/quälend)

Leitsymptome Schizophrenie

- treten häufig auf, aber nicht immer
- positive Symptomatik
 - Größenwahn
 - Verfolgungswahn
 - Gedankenentzug (keine Vorstellungen mehr)
 - Halluzinationen (Wahnbilder)
 - Formale Denkstörung (Denkfluss gehemmt, Denkverlangsamung)
- Minussymptomatik (Negativsymptome)
 - Zunehmender Mangel an Energie, Schwung, Ausdauer
 - Teilnahmslosigkeit
 - Interessensverlust
 - Gleichgültigkeit, Kältherzigkeit
 - Aufmerksamkeitsstörung
 - Sprachverarmung (weiß nichts zu reden)
 - Man braucht viel länger um auf Fragen antworten zu können (Reaktionsverlangsamung)
 - Affektverflachung, Verarmung von Gemütskräften
- Negative Symptome gibt es auch bei anderen Psychosen, vorwiegend aber Schizophrenie
- Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen
- Unabhängig von der Intelligenz
- Ursachen der Schizophrenie
 - Biologische/genetische Faktoren
 - Psychosoziale Faktoren
 - Vulnerabilitätsstressmodell (Verletzlichkeit)

- Schizophrenie aus sozialpsychiatrischer Sicht
 - Veränderungen im Selbsterleben und Verhalten
z.B. Willensbildung, Verwahrlosung
 - Wie nehmen sich Betroffene selbst wahr?
 - Veränderte Wahrnehmung der Umwelt
 - Erleben Umwelt anders, Patienten sind schlechter in der Lage ihren Gegenüber einzuschätzen, fühlen sich dann z.B. schnell bedroht oder eingeengt
 - Veränderung im sozialen Umfeld
 - Freunde ziehen sich zurück, weil Umgang mit Schizophrenen ist sehr schwer, „Reiß dich mal zusammen“, Zugänge zu Aktivitäten sind eingeschränkt

- Aktuelle Behandlungsrealität
 - Medikamente
 - Viele Nebenwirkungen (dadurch Stigmatisierung), motorische Einschränkungen hervorrufend
 - Ambulanzen
 - Sozio- & psychotherapeutische Angebote sollte es vermehrt geben
 - Minussymptomatik ist schwer zu behandeln
 - Stabile soziale Netzwerke
 - Partnerschaftliche Einbindung in Therapie
 - Case- Manager
 - 1. Krisenintervention
 - 2. Wohnen
 - 3. Psychosoziale Beratung
 - 4. Sozialrechtliche Beratung
 - 5. Arbeit Rehabilitation
 - 6. Stationäre Weiterversorgung
 - 7. Häusliche Krankenpflege
 - 8. Kontakt mit anderen Einrichtungen
 - Ziel
 - Gesundheit & Sozialsystem optimal verknüpfen→ Verlauf von Krankheit verbessern→ Fallbezogen