

Dozent: Prof. Dr. Alfred Flewa

- **Leistungsnachweis:** Klausur über sozialmedizinische Grundlagen und Grundlagen und Formen psychischer Störungen

ICD:

international  
classification  
of diseases

↳ alle Krank-  
heiten

⇒ ICD 10 ist  
aktueller Katalog

- **Klinische Psychologie:** keine Erkrankungen / Krankheiten mehr, sondern Störungen

Gegenüberstellung von biopsychosozialen Störungsmodell und von medizinischen Krankheitsbild

⇒ biopsychosoziales Störungsmodell vs. medizinisches Krankheitsmodell  
körperl., seelische u. soz. Bedingungen werden an- nur körperliche Komponente  
gesehen

- **Psychiatrie:** Krankheiten

⇒ Spannungsfeld zwischen klinischer Psychologie und Psychiatrie

- **Die wichtigsten Störungsbilder**

Kategorisierungen:  
Depressionen  
Schizophrenie  
...

sind alles Schub-  
laden und  
wechseln vonein-  
ander ab

(1) **Anstörstörungen** Wann haben Ängste einen Störungscharakter?

↳ Panik,

↳ Phobien Auslöser sind nennbar

⇒ Angst dient dem Überleben

(2) **Bipolare Störungen** Schwankungen zwischen Manie und Depression

↳ Manie: psychisches Hoch (rasende Zustände, meistens nichts nettes)

↳ Depression: man fällt in ein Tief / psychisches Tief

(3) **Burnout-Syndrom**

(4) **Demenz**

(5) **Depressionen** leichte u. schwere Formen (bis zum Suizidversuch)

(6) **Essstörungen** Geschlecht, Alter etc.

(7) **Persönlichkeitsstörungen** Psychopathie, antisoziales Verhalten

(8) **Abhängigkeit** Drogen, Alkohol, Nikotin (stoffgebundene u. nicht stoffgebundene Abhängigkeiten)

(9) **Trauma-Störungen**

(10) **Borderlinesyndrom** Grenzen werden überschritten: normales zu gestörtes Verhalten

(11) **sexuelle Abweichungen / Störungen** Pädophile, Transvestizismus  
⇒ Störung ja? nein?

- Asmus Finzen: „Mit psychisch kranken Menschen leben“

Begriff: Delirium = „Irre sein“, von der geraden Linie abweichend bei Infektionen, Psychosen <sup>(mit kurzfristigen)</sup> Bewusstseinsstörungen mit Wahrnehmungsstörungen etc. bis hin zum Tobsuchtsanfall

Sigmund Freud: seine Theorie war revolutionär → Kindheit ist prägend für Zukunft (und teilweise auch Schuld an psychischen Störungen)

⇒ Kindheit = große Relevanz für Entwicklung

- Diskriminierungen und Stigmatisierungen v.a. bei Persönlichkeitsstörungen (bei Angstzuständen und Depressionen in der Gesellschaft nicht diskriminiert!)

↳ Verwandte werden auch diskriminiert

- Literatur: Menschensohn: Martin Walser (Roman)

## - Begriff Störungen:

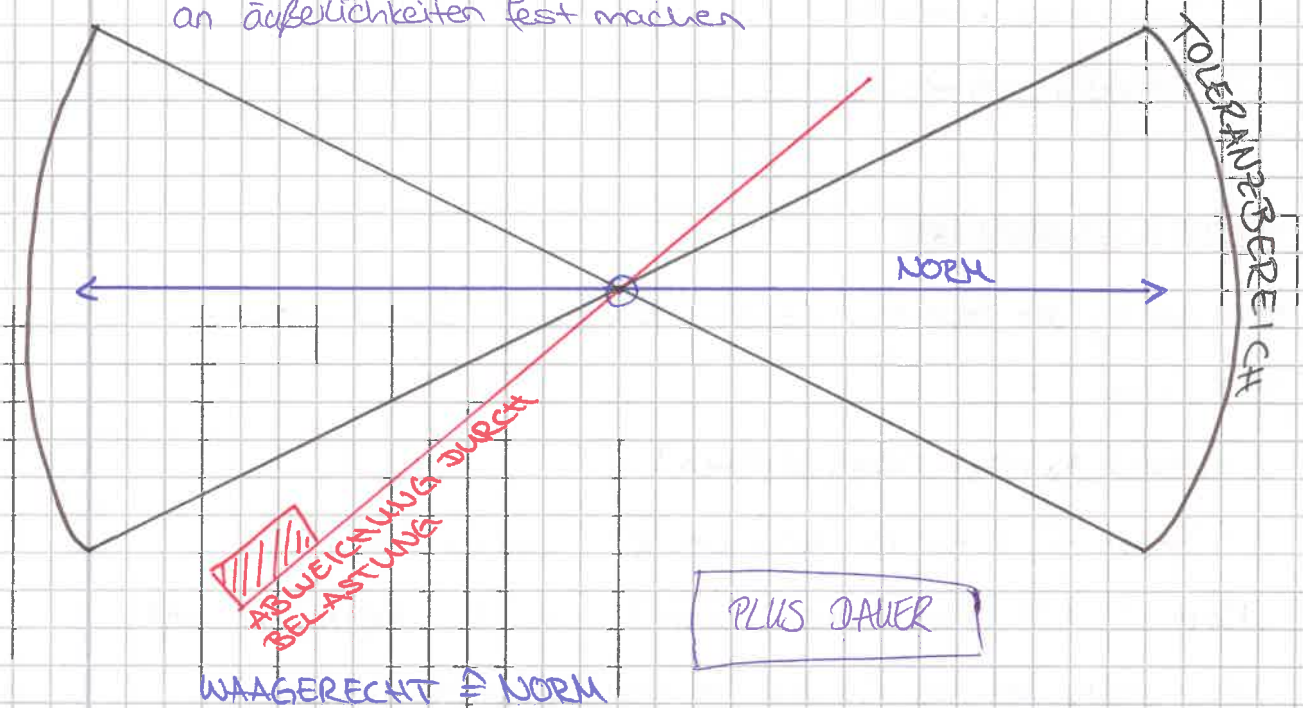
17.04.2018

- Verhalten, das von der Norm abweicht

Soziologie: abweichendes Verhalten

Psychologie: gestörtes Verhalten

- die meisten sind von außen kaum erkennbar (außer wenn Verwundung, Abmagerung, ...) ABER Bspw. Zwangstörung kann man nicht an äußerlichkeiten fest machen



## Norm und Normalität

- Verhaltensregeln und Einstellungsmerkmal



## Norm und Normalität:

### 1. Definitionsmerkmale

1.1 Verhaltensregel und Einstellungsmuster

1.2 Sozialer und statistischer Normbegriff

### 2. Kriterien der Normalität

2.1 Soziokulturelle Kriterien

2.2 Objektive Kriterien

2.3 Subjektive Kriterien

## 1. Definitionsmerkmale

- Beschreibung von Störungen ist sehr schwierig (v.a. in klinischer Psychologie)
- Was sind Normen / Normalitäten?
  - ↳ Norm  $\hat{=}$  Verhaltensregeln od. Einstellungsmuster
- Normen sind Regeln und Standards, die das angemessene und das unangemessene Verhalten in einer Standardsituation im Einzelnen spezifizieren. KRECH & CRITCHFIELD
- Der Begriff Norm bezieht sich auf standardisierte Regeln des Verhaltens. McDAVID & HARARI
- Eine Norm ist eine Idee in den Köpfen der Gruppenmitglieder.

HOMANS

- Normen als Verhaltensregeln  $\hat{=}$  was gegeben, sind nachweisbar, beobachtbar, zitierbar (im GESETZ), in Verordnungen, in Bestimmungen, „MAN MACHT DAS SO“  $\rightarrow$  etwas äußeres
- Wie es zu Normen kam: N. ELIAS, über den Prozeß der Zivilisation
- Normen als Einstellungsmuster
  - ↳ Einstellungen  $\hat{=}$  Meinungen über Personen, ... , die mit Gefühlen zu tun haben
  - ↳ verdichtet, setzen sich aus mehreren Einstellungen zusammen (Norm)
  - ↳ Normen sind etw. Inneres  $\rightarrow$  in den Gedanken

- Entstehung der Normen bei Kinder: nehmen Normen auf
  - Normbegriff bezieht sich auf beides! (Sowohl Verhaltensregeln als auch Einstellungsmuster)
  - **Soziale Normen**: Gesetze, Bräuche, Sitten, Werturteile, Umgangsregeln, Bestimmungen, Übereinkünfte  
 $\hat{=}$  Verhaltensregeln und Einstellungsmuster
  - wir stehen unter Gruppendruck! (in Bezug auf Normen)
- PLUS Autorität (wer kann eine Norm durchsetzen?) Schuldgefühle, Gewissen

### - **Statistische Normen**:

nicht autoritär, nicht durch Vereinbarung gefunden,  
 SONDERN Errechnungen, Beobachtungen  $\Rightarrow$  Zahlen!!!

$\Rightarrow$  werden durch Mittelwert ausgedrückt (Streuung um Mittelwert)

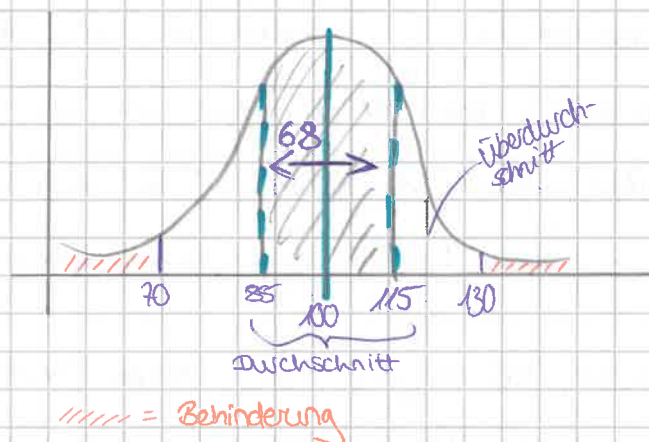
Abweichung wird berechnet mithilfe Mittelwert und Standardabweichung: Mittelwert  $= \bar{X}$ ; Standardabweichung  $\hat{=}$   $s = \sqrt{\sigma^2}$

$\Rightarrow$  Normalität  $\hat{=}$  Durchschnitt

- Oligophrenie  $\hat{=}$  Behinderung

- Imbezillität  $\hat{=}$  IQ 35-49

IQ-Kurve:



- Quételet = Begründer der Sozialstatistik

$\hookrightarrow$  Durchschnittswert  $\hat{=}$  Optimaler Wert / Ideal

$\hookrightarrow$  „Die normative Kraft des faktischen“



## 2. Kriterien der Normalität

↳ 3 unterschiedliche Kriterien

### (1) soziokulturelle Kriterien

Orientierung der Aussage an Gruppenstandards

### (2) objektive Kriterien

Orientierung des Streuungsbereichs (68 bei 10)

### (3) Subjektive Kriterien

→ persönliche Erfahrungen, normal-abnormal  
→ interkulturelle Vergleiche helfen weiter

Abhängigkeit von Gefühlen

⇒ Beispiele zu:

#### (1) soziokulturelle Kriterien

• aus der Völkerpsychologie → Untersuchung unterschiedlicher Kulturen

• M. MEAD: Untersuchung von Stamm → Geschlechterrollentausch!

Frauen arbeiten, haben die Autorität... (westl. Welt noch nicht vorge-  
drungen), Männer organisieren Tanzveranstaltungen, Mollen, Schwüchlichkeit,

• Sexualverhalten ist je nach Kultur auch unterschiedlich (Bsp.  
(Bsp.: Homosexuelle, Pädophilie, ...))

• anderer Stamm ist sehr penibel in Sauberkeit → hier: Zwang!

• „Jede Kultur betrachtet ihre Prinzipien als absolut gültig.“

• körperliche Defekte werden überall als abnormal angesehen!

⇒ INTERKULTURELLE UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN

• „jeder kann soziale Kontakte knüpfen, wer nicht → abnormal“ HSU

⇒ Das Urteil „normal“ oder „abnormal“ ist immer im soziokulturellen  
Kontext zu sehen (ist nicht genetisch bedingt)

#### (2) → statistischer Normbegriff (für klinische Psychologie wichtig)

• man geht von Skalen aus (je nachdem wo man steht → normal  
od. abnormal) mithilfe von Tests (Bsp. MMPI)

• siehe auch bei IQ-Kurve

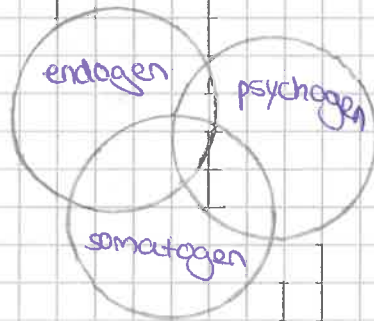
⇒ Abnormen = hohe Werte in den Lösungen/Auswertungen des Tests

Normen = niedrige Werte

## Triadisches System

29.05.2018

- liegt in jeder psychischen Störung vor



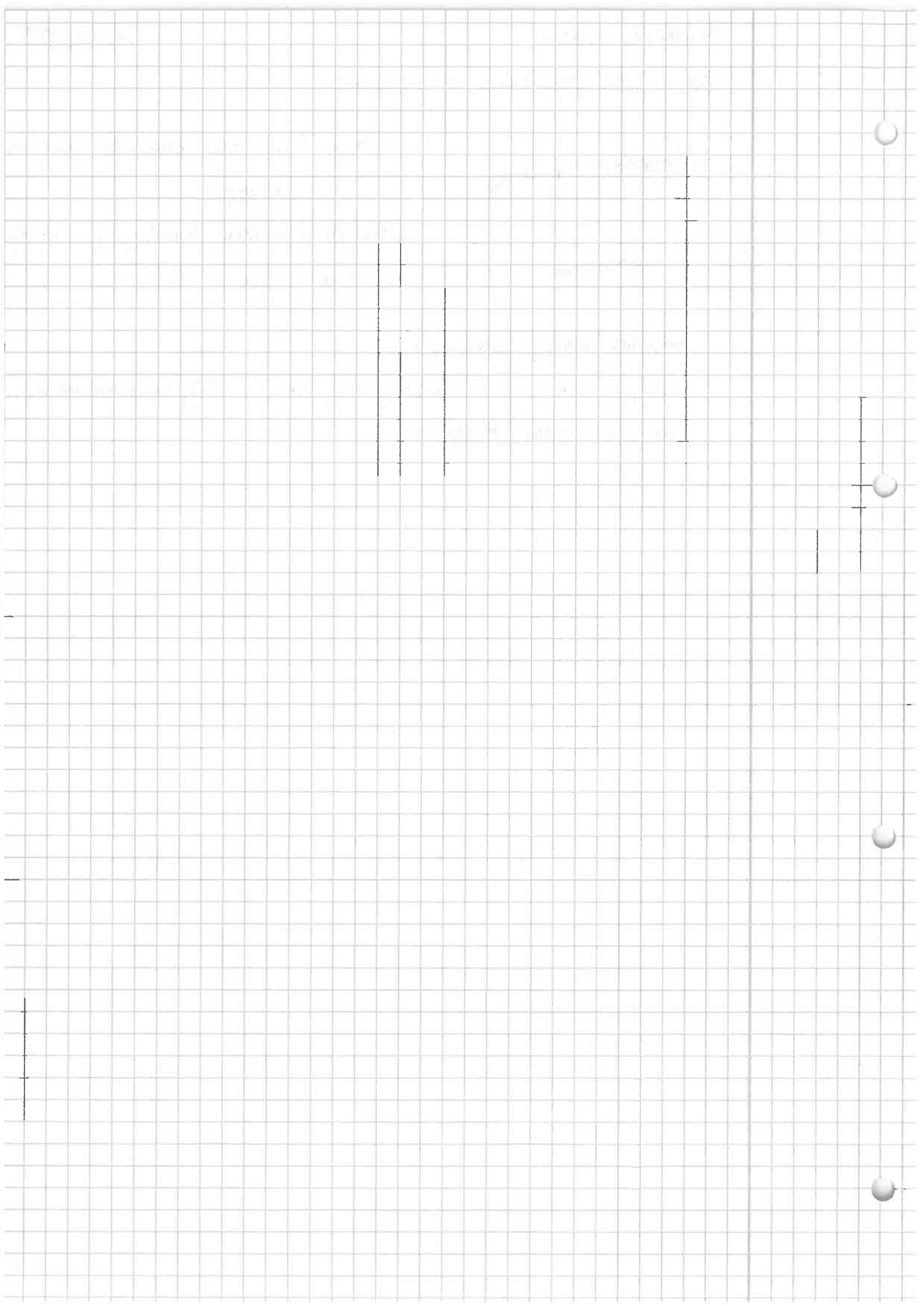
endogen  $\hat{=}$  von innen heraus (Bsp.: genetisch bedingt)

psychogen  $\hat{=}$  seelische Mitbedingung vorhanden

somatogen  $\hat{=}$  körperlich bedingt

• körperlich bedingte Störungen:

Epilepsie: Formen von Minderbegehung (Trisomie 21); Rückenschmerzen, die psychosozial bedingt sind





# Angst und Angststörungen

- Angst ist eine Vermeidungsreaktion
  - ↳ flüchten vor Angst
  - ↳ Angriff / kämpfen gegen Angst
  - ↳ starr vor Angst (Schockstarre) eher bei Psychosen

häufigste Reaktionen
- unbewusste Abwägung durch ein Assessment (sind wir einer Gefahr gewachsen sind oder nicht?)
- kognitive Abwägungen
- Schockstarre → von Tieren? Tot stellen?
- Angst und Furcht bedeuten das selbe! (Alltagsgebrauch)
- Angst aus unterschiedlichen Perspektiven sehen → unterschiedliche Definitionen
  - ↳ Angst als Motivation Angst vor Prüfungen → Motivation lernen od. Blockade
- Angst = Emotion + Motivat.; Angst ist sowohl Folge als auch Motivation
- Warum hemmt uns starke Angst?
  - ↳ oft mit etwas anderem beschäftigt (Energie ist wo anders)
- Was kann man machen um angstfrei in Prüfungen zu gehen? - Entspannung
- Angst von Eltern mitbekommen
  - Angst lernen → erwerben

genetische Komponente spielt mit rein
- Gefühle ausbilden ist genetisch bedingt
- Entspannungstechniken gegen Angst
  - Essen gegen Angst
  - Drogen gegen Angst
  - Angst in Kunst verarbeiten
- Wie bestimmt / misst man Angst?
  - ↳ so viel Angst, dass man von Angststörung spricht
  - ↳ Fragebogen
  - ↳ äußerliche Merkmale (Körperreaktionen!) Bsp.: PGR, Hautleitfähigkeit
  - ↳ Puls, Blutdruck
  - ↳ Rorschach Tafel (Bild erkennen)

→ psychosomatische Reaktion

⇒ Problem mit Tests usw.: man belügt sich selbst („so schlimm ist es nicht“), Situationsbezogenheit

Relativierung der Testergebnisse: Fragen reinpassen, die klar sind ob die Leute „ja“ od. „nein“ ankreuzen

- Angststörungen (Bsp.: Panik): abhängig von Geschlecht, Schicht, ...

15.05.2018

## Angst

↳ Phobien (vor Menschen → Sozialphobie / vor Tieren / vor Krankheiten / ...)

- daran hat

↳ Panikstörungen

- plötzliches, schnelle Angst
- zwischen Panikattacken: Angst vor Angst
- 3-4 % der Bevölkerung erleidet mind. einmal eine Panikattacke

↳ generalisierte Angststörungen

- haben generell Angst (nicht nur in bestimmter Situation)
- ängstliche Personen
- flatternde Ängste ≙ schwimmende / fließende Ängste (verändern sich!)

[Freud: Angstneurose]

- 3-5 % der Bevölkerung
- Krankheitsdauer (ohne Behandlung): lebenslang ABER gute Behandlungsmöglichkeiten

↳ Zwänge

- Betroffene müssen wiederholt etwas denken/handeln → quälende Gedanken
- manche Zwänge können sich verlieren (selten!) ≙ Spontanremissionen (keine Begründung)
- schwer zu behandeln
- bewusste Wahrnehmung der Betroffenen → Scham gegenüber Handlungen
- Zwangsgedanken die obszön / aggressiv sind ...
- Empfindung der Betroffenen: Gestört (kommen nicht raus aus Zwang)
- 2 % der Bevölkerung



↳ akute Belastungssituationen

≙ Posttraumatische Belastungsstörungen

- nach schweren Unfällen / Unglücke / Übergriffen

↳ müssen verarbeitet werden

- das Erlebte wird immer wieder erlebt → FLASHBACKS

- manche versuchen das Erinnern zu vermeiden

↳ führt aber nur zu weiteren Symptomen (z.B. Stress)

- Erklärung für das Auftreten von Ängsten:

- Ängste werden gelernt (Bsp.: von Eltern an Kinder)

- Behandlung von Angststörungen:

↳ Verhaltenstherapie und Konfrontationstherapie

- in vivo (nicht nur Sprechen / mit Gespräch kommt man nicht weiter) ≙ man setzt sich direkt der Angst aus

↳ Verhaltenstherapie:

- flooding (Bsp.: Hundephobie → kleiner enger Raum mit vielen Hunden ⇒ Schocktherapie)

≙ Reizüberflutungstherapie

↳ angstlösende Medikamente (Problem: Abhängigkeit)

↳ Kompetenztraining

- ATP-Programme (≙ Assertiveness-Trainings)

↳ Arbeit an Selbstvertrauen, Aufbau von Kompetenzen



# Depression ZWEITHÄUFIGSTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN

15.05.2018

- (1) Depression und Manie
- (2) Häufigkeit und Erscheinungsformen
- (3) Ursachen und Behandlungen
- (4) Verlauf

## I Affektive Störungen:

- (a) bipolare manisch depressive Erkrankung
- (b) unipolare Depression (nur Depression)
- (c) unipolare Manie (nur Manie)

Großgruppen der Psychiatrie

## II Störungen des schizophrenen Formenkreis

- Depression  $\hat{=}$  Versteinerung
- Depression bedeutet Qual für Patienten
- unterschiedliche Ausprägungen der Depression
- Volkskrankheit  $\rightarrow$  Depression nimmt zu

29.05.2018

(Ziele: warum werden Menschen depressiv? welche Behandlungen gibt es?)

- Oberbegriff: Affektive Psychosen:

affektiv = Gefühle  
 $\rightarrow$  Motivation, Aktivität

(a) Depression / Manie

(b) Schizophrenien

- Neurose: Angst / Phobien, Zwänge, Hysterie, reaktive / psychogene Depression

Psychose  
auch  
Neurose

( $\Rightarrow$  früher  $\nabla$ )

heute: aus allen vier Begriffen  $\Rightarrow$  Depression

- Manie  $\Leftrightarrow$  Depression:

Manie: Tatendrang und sind oft aggr. (eher fröhlich / Hochstimmung-zwaghafte)

Depression: kein Tatendrang (eher niedergeschlagen)

- Maniker: gereizt und aggressiv (wenn man sie davon abhalten will)

## - Häufigkeiten:

- viele erkennen nicht, dass sie depressiv sind  $\rightarrow$  fühlen sich als Nichtstümer

- wird von der Gesellschaft nicht ernst genommen
- Wortherkunft: gr. *deprimere*  $\hat{=}$  untergedrückt
  - ↳ körperliche Beschwerden, Schlafstörungen, ...
- Verbreitung: 50% der Bevölkerung
- ohne Behandlung  $\rightarrow$  chronischer Verlauf
  - ↳ ABER so schnell wie möglich behandeln
- bei Menschen aller soz. Schichten, in allen Kulturen etc.
  - ↳ 340 Mio Menschen der Welt
  - ↳ 20% aller Bundesbürger in Deutschland
- 25% der erwachsenen Frauen  
10% der erwachsenen Männer } Geschlechterunterschiede
  - $\Rightarrow$  warum weiß man nicht  $\rightarrow$  es gibt Behauptungen
- 5% Jugendliche unter 20 Jahre  
2% Kinder unter 12 Jahren
  - $\rightarrow$  Zahl steigt
  - $\Rightarrow$  eigentlich erst ab Adoleszenz
- Hälfte aller Depressionen werden erkannt
  - ↳ davon die Hälfte werden nicht behandelt
  - ↳ 10-15% Suizid!
- gedrückte Stimmungslage wird dauerhaft (2 Wochen am Stück)
  - + Interaktion mit Umwelt von gedrückter Stimmung beschreibt
  - $\hat{=}$  depressive Grundstimmung
- gedrückte Stimmungslage
  - $\hat{=}$  innere Leere, Hoffungslosigkeit, Hilfslosigkeit, Interessesverlust
- Gefühl der Gefühlslosigkeit (ohne weinen zu können)
  - „Wenn ich doch nur weinen könnte“
- AFFEKTSTARRE (drückt sich in Mimik u. Gestik aus  $\rightarrow$  Versteinern, Stimme  $\rightarrow$  leiser aus + vermindertes Selbstwertgefühl)
  - ↳ innere Unruhe, Antrieb u. Aktivität gehen zurück



↳ Ängste, Schuldgefühle, Selbstanklage

↳ viele haben das Gefühl sich gegenüber jemandem verschuldet zu haben

↳ Wahnvorstellungen im allgemeinen

⇒ negative Denkmuster sind dominierend

↳ deprimierende Einstellung gegenüber sich selbst

↳ Zukunft wird schwarz gesehen (grübeln etc.)

↳ größere Konzentrationschwäche, Mem. Merkfähigkeit lässt nach

↳ totale Unentschlossenheit

↳ Farben werden nicht richtig erkannt (wie durch einen Grauschleier)

↳ Appetitlosigkeit

↳ schnelle Ermüdung

↳ kleine Stimmungshebung am Abend

⇒ typische Symptome, die aber je person unterschiedlich ausgeprägt ist

- viele meiden soziale Kontakte, ziehen sich ins Bett zurück, können ihrer Arbeit nicht mehr durchführen, stehen nicht mehr aus dem Bett auf → mit Klagen und Jammern verbunden (schwierig im Kontakt zu bleiben, kein Muntermacher hilft)

- Suizid: Depressionen: 10-15% aller depressiver Suizid

DE: 10.000 Suizid → tatsächliche Zahl an Suizid ist höher (Dunkelziffer)  
(3.500 Verkehrsunfälle)

Suizidversuche sind 10x höher (10) im Vergleich zu den Vollzeigegenen

- ~~Lebenszeit~~ über die Hälfte der depressiven Patienten → Suizidversuch (geht oft aber gut aus ⇒ Hilfesuche)

- Hilfe: Internet → E-Mails (anonymisiert)



## - Klassifikation

- alle Krankheiten und Störungen werden geordnet: ICD

Aktuell: ICD 10

↳ Änderungen im Katalog (Austausch, ...) → ORDNUNGSZIFERN

- DSM  $\hat{=}$  diagnostisch statistisches

↳ Forschung

↳ aus USA

⇒ [www.dinidli.de](http://www.dinidli.de)

## - Entstehung:

- meist nicht nur ein Grund → Zusammenspiel verschiedener Faktoren  
(Bsp.: genetische Veranlagung, Persönlichkeitsmerkmale, starke psychosoziale Belastungen, körperliche Erkrankungen, soziale Faktoren)

## - Behandlung

- gibt versch. wirksame Behandlungsmöglichkeiten

- Antidepressiva

- Psychotherapie (stationär, ambulant) → Wohnheime, Tageskliniken

→ je schwerer Depression, desto eher Medikamente

→ oft aber beide Punkte zusammen

→ Antidepressiva machen nicht abhängig → wirkt bei 70% und die Symptome werden im Laufe der Zeit weniger

→ Antidepressiva sind notwendig

- Psychotherapeutische Formen:

- ↳ aktive Psychotherapie

- > kognitive Verhaltenstherapie

- > kooperatives Verhalten

- ↳ provokative Psychotherapie (Frank Farrelly)

- > verständlich, transparent, Umsetzung im Alltag

- > Ressourcenorientierung, Prävention

> Stärkung sozialer Kompetenzen

↳ rational-induktive Psychotherapie

↳ CIBASP-Therapie → für chronische

≙ Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

↳ → für chronisch depressive Patient

↳ KIESLER-Kreis

→ Selbst- und Fremdbild, hilft wichtige Fragen der Patienten zu beantworten, hilft eigene Wirkung auf andere zu nehmen

→ Selbsthilfegruppe (Michael Lukas Möller: Selbsthilfegruppen

≙ Behandlungsgruppen)

- Zusatz zu Depression:

C. Murr, Depressionen. Tagebuch einer Krankheit, Frankfurt/M. 1982

## **F33.- Rezidivierende depressive Störung**

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

## **F32.- Depressive Episode**

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Inklusive einzelne Episoden von:

- depressiver Reaktion
- psychogener Depression
- reaktiver Depression (F32.0, F32.1, F32.2)

Exklusive:

- Anpassungsstörungen (F43.2)
- depressive Episode in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens (F91.-, F92.0)
- rezidivierende depressive Störung (F33.-)

## **F32.0 Leichte depressive Episode**

Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.

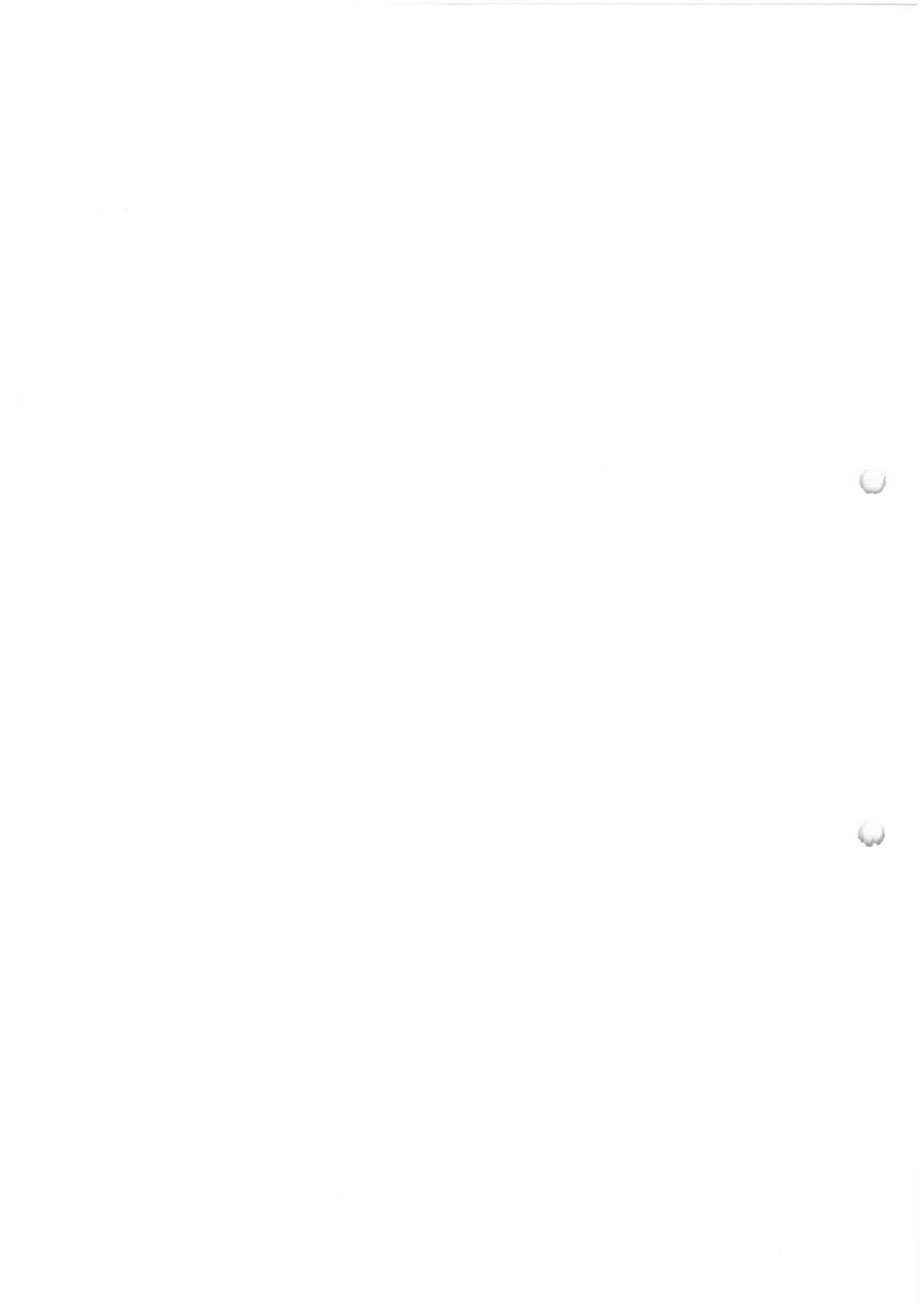
## **F32.1 Mittelgradige depressive Episode**

Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.

## **F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome**

Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.





# Schizophrenie $\hat{=}$ „gespaltener Sinn“

Gliederung:

- (1) Fall „M.“
- (2) G. Hölz: Notizen zu Schizophrenie
- (3) Entwicklung und Erscheinungsformen
- (4) Ursachen / Bedingungen
- (5) Sozialpsychiatrische Sicht
- (6) Literatur

→ 1) Fall Margot:

- jung, Germanistik-Studentin, attraktiv
- fühlt sich vom Gesellschaftssystem verfolgt u. bedrängt
- Geschirr zerschlagen etc.
- Grund: sehr starke Abhängigkeit ~~der~~ zu den Eltern (zusätzlich sehr religiös), Bruch von Freundin u. Trennung Freund
- charakteristisch für Schizophrenie: Ausbruch (ist gescheitert)

→ Schizophrenie im Triadischen System: ENDOGEN

~ man weiß nicht woher Schizophrenie kommt

~ Dementia praecox  $\hat{=}$  vorzeitige Verblödung

→ Schizophrenie  $\hat{=}$  Tollheit, Besessenheit (Mittelalter  $\rightarrow$  Hexen)

→ Doublebind-Hypothese (Watzlawick)

= konnte nicht bestätigt werden

= dem Hörer wird eine doppelte Botschaft vermittelt

→ Medikament Haldol: darf in Deutschland nicht mehr für neue Patienten verwendet werden

- Halluzinationsmangelkrankung  $\hat{=}$  Schizophrenie (Begriff nicht durchgesetzt)

- Schizophrenie eigentlich im Plural sprechen

(heute: Gruppe von Schizophrenie)

- Langzeitverläufe durch ungünstige Therapien

↳ Schizophrenie entsteht in Langzeitverläufen, das durch ungenügende / ungünstigen Therapien begünstigt werden

- Schizophrenie kann man nicht in Schubladen stecken:

↳ Halluzinationen,

↳ blasse Haut

↳ Wahn (Bsp.: Gefühl von Verfolgungen) → Vertrauen fehlt

- alle Definitionen beschreiben nur Teile der Schizophrenie

→ Wahnformen (wahnhafte Vorstellungen)

> Beziehungswahn

> Beeinträchtigungswahn (Mensch hat ~~die~~ Kampfmaschine in Tasche → Maschine strahlt → Strahlung beeinträchtigt)

> Größenwahn

> Verfolgungswahn

> Liebeswahn



von seiner Mitte her nicht eine asketische, sondern eine therapeutische Religion". Denn in seiner Mitte steht der, der die Gebeugten aufrichtet, der die Zweifelnden und Verwirrten ermutigt und den Bedrückten zuruft: Komm zu mir, ich will dich aufatmen lassen.

## Psychologische Therapie der Schizophrenie

Dr. phil. Hans-Martin Zöllner, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Psychosen-Psychotherapie ist nicht Neurosen-Therapie. Hier im Idealfall: lineares Fortschreiten im Erkennen von Konflikten und Erwerb von Strategien zu deren Lösung. Dort im Realfall: punktuelle Hilfe bei Symptomen und Problemen, die unter Umständen lebenslang bestehen bleiben. Niederlagen in der Schizophrenie-Psychotherapie sind häufiger als Siege. Psychotherapie ohne Pharmakotherapie ist bei dieser Patientengruppe ein Kunstfehler. Während der Neurosen-Psychotherapeut sich meist einer Psychotherapie-Schule verpflichtet fühlt, ist der Psychosen-Therapeut Eklektiker. Die allgemeine Wirkvariable des therapeutischen Umgangs wie Empathie, Wertschätzung und Echtheit sind wichtiger als die spezifischen Interventionsmethoden. Auch geht es um Unterstützung und Verstärkung der autotherapeutischen Methoden, die der schizophrene Mensch bereits selber im Laufe seines oft lebenslangen Krankseins für sich herausgefunden hat. Das wichtigste therapeutische Agens ist der Psychotherapeut selber und an ihm die langjährige Konstanz der Begleitung des schizophrenen Menschen durch seine Lebens- und Leidensgeschichte.

Sogar Studien haben gezeigt, dass zur Linderung grundlegender Vulnerabilität, zur Besserung des Selbstwertle-

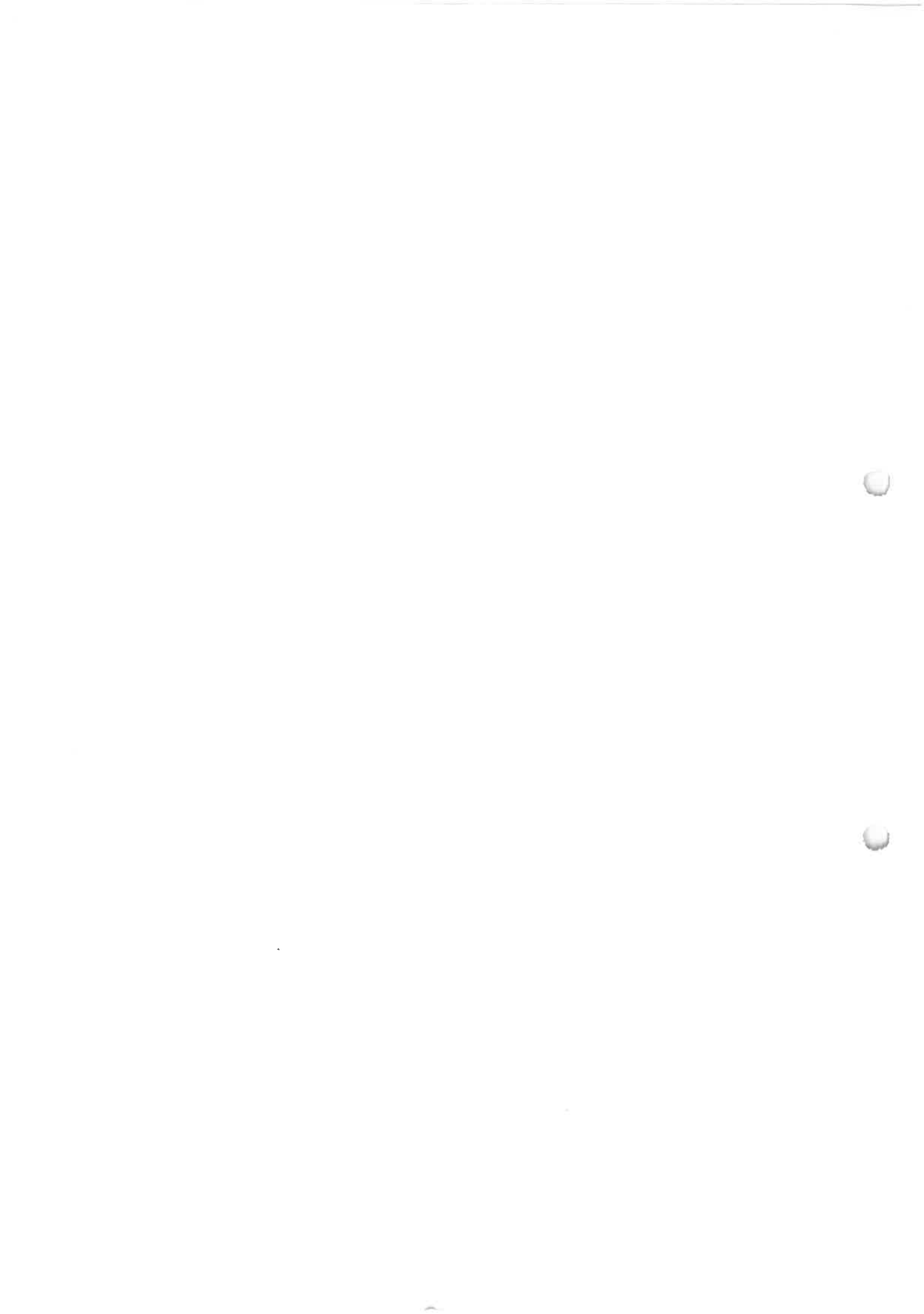
bens, der Krankheitsbewältigung und zur Erhaltung des Good-Wills langfristige, mehrjährige Einzel-Psychotherapie, nicht Gruppentherapie, beim gleichen Therapeuten sinnvoll ist und gut tut. Die tätige Anteilnahme am Leben des schizophrenen Kranken – das ist gefragt, mehr als das tiefenpsychologische Analysieren oder das verhaltenstherapeutische Einüben.

Was braucht es, um ein guter Schizophrenie-Psychotherapeut zu sein?

Ich glaube, folgendes:

- ▶ Unerschütterliche Geduld und Gelassenheit
- ▶ Ein Sensorium für kleine und kleinste Fortschritte
- ▶ Die Anerkennung endogenen, d. h. selbstgesetzlichen Geschehens
- ▶ Die Einbettung der Psychotherapie in alle anderen Behandlungsmethoden, die wir kennen
- ▶ Multimethodales Vorgehen
- ▶ Den Mut zu unorthodoxen Unterstützungsmethoden
- ▶ Die peinliche Beachtung eines regelmäßigen äußeren Settings
- ▶ Einen guten Kontakt zu den Angehörigen
- ▶ Eine einfache, klare, konzise Sprache und, dafür unabdingbar, einen selbstkongruenten Therapeuten
- ▶ Lebenskundliche und alltagspraktische Hilfen
- ▶ Die Courage, persönlich und als Person aufzutreten
- ▶ Sich als Begleiter und nicht als Heiler zu verstehen
- ▶ Den Autismus des Schizophrenen respektieren

Schizophrene Krankheiten sind erlittene Lebensgestalten. Der Psychotherapeut ist gefordert, sich dem Prinzip des Chronischen zu stellen und es auszuhalten.

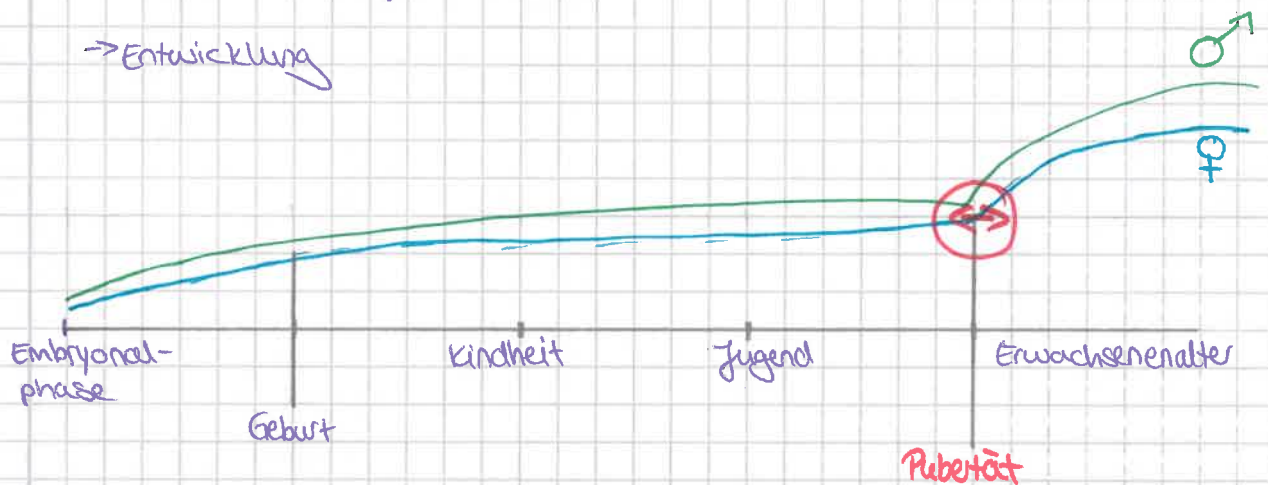


## > Entwicklung und Erscheinungsformen der Schizophrenie

12.06.2018

- Problem: zu spät erkannt!
- „Vorposten“  $\hat{=}$  frühe Auffälligkeiten
- schon in den 1. beiden Lebensjahren: Probleme in Sprachentwicklung, motorische Einschränkungen (oft als Autismus abgeschrieben)
- Ängste ~~und~~  
sozialer Rückzug
- „Eigenbröckler“ (Verbunden mit Isolation)
- Schule und Ausbildung: Leistungsknick (aus relativ normaler Leistungskurve, ...)  $\downarrow \Rightarrow$  oft in Pubertät

$\rightarrow$  Entwicklung



1. Prodromalphase  $\hat{=}$  Vorläufer (-stadium)  $\rightarrow$  2h
2. floride Phase  $\hat{=}$  Hauptphase (am stärksten ausgebildet, Erkennung)
3. Residualphase  $\hat{=}$  zurückbleibend

$\Rightarrow$  1.

- erste Krankheitsmerkmale: ~~Funktion~~ Produktion Neologismen

$\Rightarrow$  2. (bis ca. 2 Monate)

- produktive positivsymptome: Wahnideen, beeinflussbar Beeinflussungsmechanismus (Ideen, die wirken wie aus der Luft gegriffen)  $\oplus$

Positivsyndrome starten Handlungen

$\oplus$  Denkabläufe sind gestört, motorische Auffälligkeiten

$\Rightarrow$   $\Rightarrow$  Symptome können unterschiedlich lang sein ABER wenn sie ABKLINGEN   
 Übergang zu 3.

$\Rightarrow$  3.

sozialer Rückzug

- kognitive Defizite, Antriebsmangel  $\hat{=}$  Negativsymptomatik (affektive Verflachung)

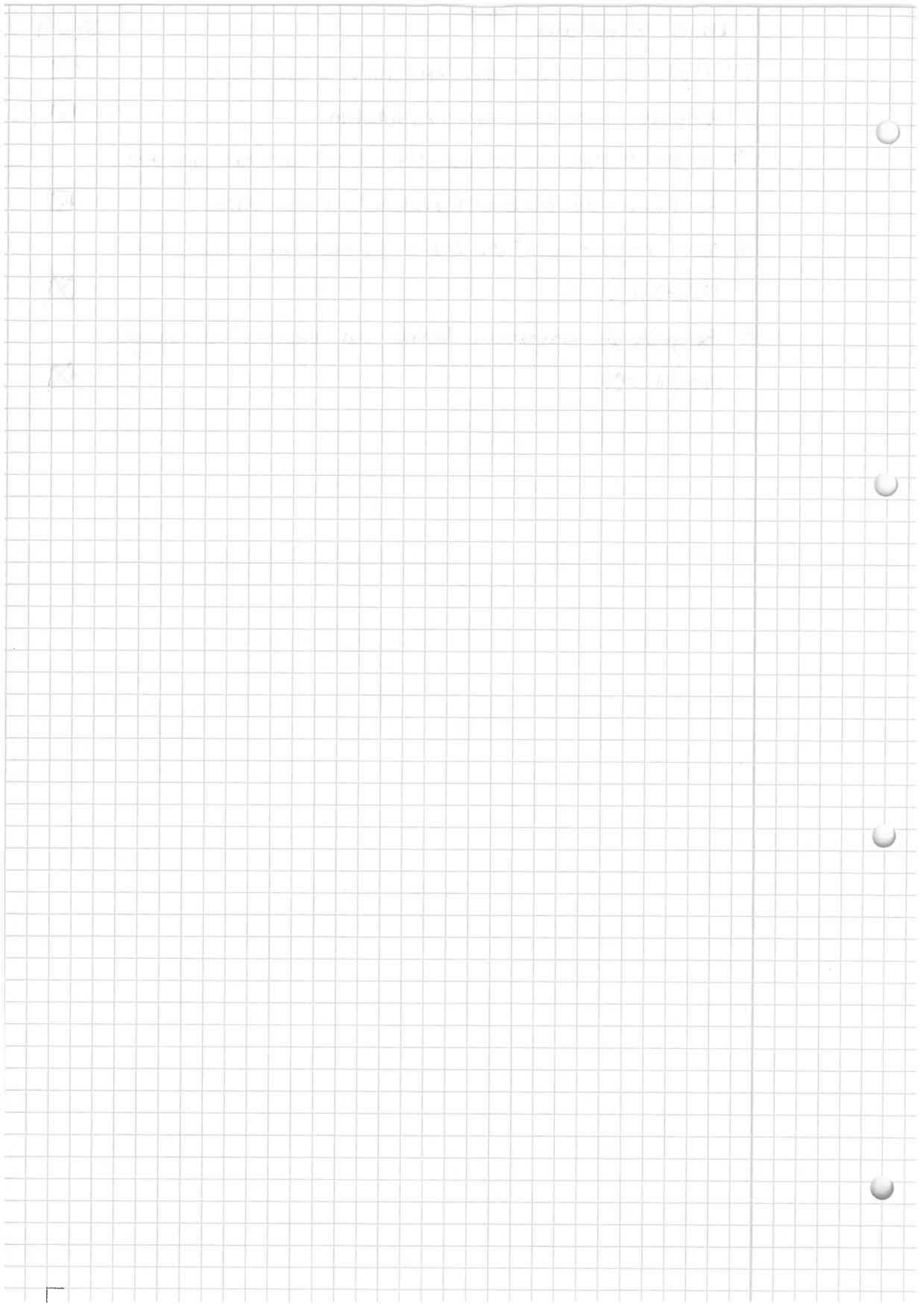


- 25 % Erkrankten einmal an Schizophrenie und werden wieder gesund
- Hälfte der Patienten: mittelschwerer Verlauf  $\Rightarrow$  bei einigen bleiben Defizite zurück
- ~~schwerer~~ schwerer Verlauf  $\Rightarrow$  starke Residualphase  $\Rightarrow$  viele / starke Defizite bleiben zurück

- Leitsymptome der Schizophrenie:

- Verfolgungswahn
- Stimmenhören  $\rightarrow$  belästigend / quälend

- (1) Psychische Störungen sind immer auch sozialrelevant. ☒
- (2) Genialität wäre auch abnormes Verhalten. ☒
- (3) Der Begriff „Neurose“ verschwindet zur Zeit aus den (meisten) Lehrbüchern der Klinischen Psychologie und Psychiatrie. ☒
- (4) Wenn von „Störungen“ die Rede ist, braucht man nicht immer Maßstäbe. ☒
- (5) Beispiele für statistische Normen sind: Gesetze, Bestimmungen, Übereinkünfte. ☒





# PSYCHOPATHOLOGIE DER SCHIZOPHRENIE

## 1. Störungen des Denkens

- a) formal: Zerfahrenheit (Dissoziation), Gedankenabreißen (Sperrung), Gedankendrängen, Begriffszerfall, Neologismen, Denkstereotypen
- b) inhaltlich: Wahn (Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahneinfall, Wahnsystem) (Note: Wahn wird nicht mehr als eine Denkstörung)

## 2. Störungen der Affektivität

- a) Verstimmungen
- b) Störung der Affektsteuerung und -Modulation
- c) Inadäquate Affekte, Ambivalenz
- d) Triebstörungen (Steigerung oder Verminderung)
- e) Verflachung, Gleichgültigkeit ("Versandung")

## 3. Störungen im Ich- und Persönlichkeitsbereich

- a) Auflösung der Ich-Grenzen ("Durchlässigkeit")
- b) Störung der Ich-Identität ("doppelte Buchführung")
- c) Persönlichkeitswandel (Desintegration, Anpassung an psychotische Neuwelt)

## 4. Störungen der Wahrnehmung

- a) Halluzinationen (auf allen Sinnesgebieten)
- b) Illusionäre Verkennungen

## 5. Störungen der Psychomotorik

- a) quantitativ: Hypokinese bis-Stupor, Hyperkinese bis Erregungszustand
- b) qualitativ: katatone Symptomatik, Stereotypie, Grimassieren, Entdifferenzierung

## 6. Störungen des Verhaltens (auf dem Boden der anderen Störungen)

Kontaktstörungen, Autismus (Mutismus), Negativismus, Ambitendenz, Sprunghaftigkeit, Unberechenbarkeit, inadäquates (unerwartetes) Situationsverhalten, Maniertheit, Verschrobenheit, Stilabnormitäten (Umgang, Sprache, Schrift)

# Klinische Formen (Typen) der Schizophrenie

## a) Paranoid-halluzinatorische Form:

Leitmerkmale: Wahn und Sinnestäuschungen (Wahnstimmung, Wahnideen, Wahnsystem; vorwiegend akustische Sinnestäuschungen)

## b) Katatone Form (Katatonie):

Leitmerkmale: Psychomotorische Störungen (Hypokinese/Stupor oder Hyperkinese/Erregung)

## c) Hebephrene Form (Hebephrenie):

Leitmerkmale: Verhaltens- und Affektstörungen (Affektive Enthemmung, läppische oder mißmutige Gestimmtheit, Distanzverlust, Leistungsknick)

## d) Schizophrenia simplex:

Leitmerkmale: Antriebs- und Vitalitätsverlust (Verarmung von Affektivität und Dynamik; Interessenschwund; "Verflachung", "Versandung")

## Sonderformen:

### Perniziöse Katatonie:

Lebensbedrohliche katatone Form mit hohem Fieber, Exsiccose, Zyanose  
Indikation: Elektrokrampfbehandlung

### Coenaesthetische Schizophrenie:

Vorwiegend Körperhalluzinationen (Leibgefühlstörungen) bei sonst weiterhin unauffälligem Verhalten

### Paranoia:

Chronische Wahnbildung bei sonst ungestörter Persönlichkeit



## SCHWERPUNKTE DEPRESSIVER SYNDROME (Phänomenologie)

### Klinisch wichtige Grundformen:

1. Gehemmt-apathisch-depressives Syndrom  
(antriebsarm, energielos, inaktiv)
2. Gehemmt-ängstlich-depressives Syndrom  
(antriebsarm, angstvoll, z.T. innerlich unruhig)
3. Agitiert-ängstlich-depressives Syndrom  
(antriebsgesteigert, angstvoll, psychomotorisch unruhig)
4. Vegetativ-laniert-depressives Syndrom  
(somatische Symptome, z.T. leichte Antriebsstörung)

### Weitere Formen mit besonderer Akzentuierung:

5. Paranoid-depressives Syndrom
6. Hypochondrisch-depressives Syndrom
7. Anankastisch-depressives Syndrom
8. "Lächelnde Depression" (laughing depression)  
u.a.

## DEPRESSIVES SYNDROM

### Psychische Symptome:

Grundphänomen: herabgestimmtes Lebensgefühl

Gedrückte (traurige) Stimmungslage, Unfähigkeit zur Freude, Gefühl innerer Leere, Gefühlsverlust, Angst, Hoffnungslosigkeit, Denkhemmung, Apathie oder innere Unruhe, Interessen-, Kontakt-, Libidoverlust, Entschlußhemmung, Insuffizienzgefühl, Schuldgefühl, depressive Gedanken-(Wahn-)Inhalte, Suizidalität

### Psychomotorische Symptome:

Grundphänomen: Antriebsstörung

Psychomotorische Hemmung

(Verlangsamung, Hypo- und Amimie, Bewegungsarmut bis Stupor, Entäußerungshemmung, Passivität)

Psychomotorische Agitiertheit

(Körperliche Unruhe, ängstliche Getriebenheit, Unstetigkeit, leerer Beschäftigungsdrang)

### Somatische Symptome:

Grundphänomen: gestörter Vitaltonus

Reduzierte Vitalgefühle

(Energie- und Schwunglosigkeit, fehlende Frische)

Vegetative Störungen und Sensationen

(Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Amenorrhoe, Impotenz, Druck-, Schmerz- und Kältegefühle, Atembeklemmung, Mundtrockenheit, Obstipation, Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Schwindelgefühle, Turgorverlust, Haarausfall)





## **Depression, Suizidalität und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung**

Referent: Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf,  
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,  
Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth,  
Leiter Arbeitskreis Depressionsstationen Deutschland/Schweiz,  
Leiter Referat Suizidologie der DGPPN,  
Ethikberater im Gesundheitswesen,  
Bezirkskrankenhaus Bayreuth, 95445 Bayreuth

Depressive Erkrankungen sind die häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung und auch diejenige psychische Erkrankung, die mit dem höchsten Ausmaß an suizidaler Selbstgefährdung einhergeht. Nach neueren Daten sind in der EU-27 im Jahr 2010 30,3 Millionen Menschen an einer Depression erkrankt gewesen, ca. 59.000 Menschen sind nach Angaben der WHO 2006 in der EU durch Suizid verstorben, 60 % der Suizidenten hatten an einer depressiven Erkrankung, 30 % an einer Suchterkrankung gelitten.

Die wesentliche Symptomatik gruppiert sich um die depressive Herabgestimmtheit, die Antriebsstörung, depressives Denken von Insuffizienz, Versagen, Schuld, nicht gemocht werden, verbunden mit Hilf- und Hoffnungslosigkeitseinstellungen, die rasch an suizidale Gedanken heranführen. Zur körperlichen Symptomatik gehört neben der raschen Erschöpfbarkeit vor allem die Schlafstörung, die Appetit- und Libidostörung oder auch depressive Leibgefühlsstörungen.

Dabei ist die Behandlung einer akuten Depression heute durchaus Erfolg versprechend und umfasst im Sinne der Leitlinien die Kombination psychopharmakologischer und psychotherapeutischer, psychoedukativer und soziotherapeutischer Maßnahmen, unter Einbeziehung der Arbeits- und Lebenssituation sowie der Angehörigen und auch von Selbsthilfemaßnahmen.

gez. Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth

