

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Systematik und Diagnostik

Einteilung und Diagnose
psychischer Störungen



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

Systematik psychischer Störungen
Erstgespräch und Anamnese
Diagnose psychischer Störungen
Syndromale Diagnostik

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Systematik und Diagnostik

Seite 5-6



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 7

Einführung in Systematik und Diagnostik
Hier werden Grundbegriffe zum Thema erklärt.

Seite 8-10

Systematik
Hier erfahren Sie, wie psychische Störungen eingeteilt werden.

Seite 11-12

Erstgespräch und Anamnese
Hier erfahren Sie, was Sie bei einem Erstgespräch und der Erhebung der Krankheitsgeschichte beachten müssen.

Seite 13-25

Elementarfunktionen
Hier erfahren Sie, welche psychischen Funktionen gestört sein können und wie sich dies in der Praxis äußert.

Seite 26

Syndromale Diagnostik
Hier erfahren Sie, was man als Syndrom bezeichnet.

Seite 27

Apparative Zusatzdiagnostik
Hier erfahren Sie über die Möglichkeit, Diagnosen durch Apparate zu erstellen.

Seite 28-35



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.

Kurz & bündig - Systematik, Diagnostik

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 aufgrund 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.

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 Elementarfunktionen und ihre Störungen sind:

Kurzbeschreibung der Elementarfunktionen

Elementarfunktionen	Beschreibung	Störungsbild
Denken	Die „Datenverarbeitung“ im Kopf. Das Zusammenfügen von Informationen.	Formale Denkstörungen beeinflussen die Art und Weise, WIE wir denken. Unser Denkablauf kann hier gehemmt oder zerstückelt sein. Inhaltliche Denkstörungen beziehen sich auf das, WAS wir denken. Am häufigsten sind Fehlinterpretationen, wie sie beim Wahn oder Zwang vorkommen.
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 Zeit, Ort, 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.
Ich-Bewusstsein	Das Ich-Bewusstsein ist die Gewissheit des bewussteinaklaren Menschen: Ich bin ich selbst.	Eigene seelische Vorgänge und Zustände werden nicht mehr als zum eigenen Ich zugehörig, sondern von außen und von anderen gemacht erlebt.

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 (z.B. durch einen Arzt) abgeklärt.

Einführung, Systematik und Diagnostik

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie befasst sich mit

- Diagnostik,
- Therapie und
- Prävention

psychischer Erkrankungen.

Die folgenden Begriffe sind für das weitere Verständnis von Bedeutung:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Psychopathologie | beschreibt das abnorme Erleben, das entsprechend klassifiziert wird. Damit bildet es die Grundlage der Diagnostik. |
| • Psychopharmakotherapie | beschreibt die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen. |
| • Psychotherapie | beschreibt die Behandlung psychischer Störungen durch Gespräche oder übende Verfahren. Bekannteste sind die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologische Behandlung. |
| • Biologische Psychiatrie | befasst sich mit den biologischen Dimensionen psychischer Erkrankungen, also neurobiologischer, biochemischer oder genetischer Ansätze. |
| • Sozialpsychiatrie | beschreibt die Ausbreitung und gesellschaftlichen Zusammenhänge psychischer Störungen. |
| • Forensische Psychiatrie | beschäftigt sich mit rechtlichen Fragen zu psychischen Erkrankungen und mit Gutachten. |
| • Neurologie | befasst sich mit Diagnostik, Therapie, Prävention und Erforschung organischer neurologischer Erkrankungen. |

Systematik psychischer Erkrankungen

Im Folgenden lernen wir zwei Systeme kennen, mit denen psychische Erkrankungen klassifiziert werden:

1. Das Triadische System
Es klassifiziert nach ätiologischen (ursächlichen) Gesichtspunkten
2. Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV *)
Sie klassifizieren nach phänomenologischen Gesichtspunkten (also: Symptomatik, Schweregrad, Verlauf)

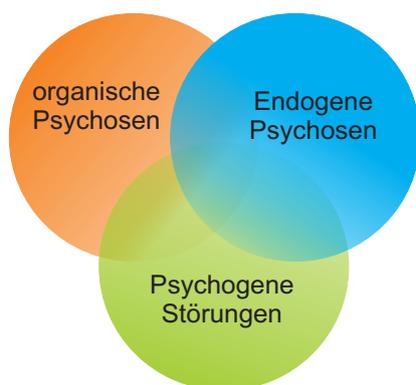
*) ICD = International statistical Classification of diseases der WHO
DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American psychiatric association

Das Triadische System

Obleich das triadische System zur Diagnose nicht mehr verwendet wird, kann es immer noch zur einfachen Einteilung der psychischen Störungen herangezogen werden, da es die Störungen grundlegend sortiert und einen guten Überblick gibt.

Dieses System unterscheidet hauptsächlich zwischen Störungen psychischen Ursprungs (psychogene Störungen) und solchen körperlichen Ursprungs (Psychosen). Bei den Psychosen unterscheidet man hier noch zwischen solchen,

- deren körperliche Ursache geklärt ist (organische Psychosen) und
- bei denen organische Ursachen angenommen werden, aber nicht vollends geklärt sind (endogene Psychosen). Hierzu gehört unter anderem die Schizophrenie.



Psychogene Störungen

abnorme Erlebnisreaktionen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen

Organische Psychosen oder körperlich begründbare Psychosen

Psychosen mit erkennbarer körperlicher Ursache wie z.B. Demenz

Endogene Psychosen

Psychosen, bei denen eine körperliche Beteiligung angenommen wird. Hierzu zählen die Depression und Manie, sowie die Schizophrenie, da man hier u.a. von einem gestörten Hirnstoffwechsel ausgeht.

Das triadische System teilt die psychischen Störungen nach den Ursachen ein..

Auch wenn es heute von der ICD abgeglöst wurde, so findet es immer noch Anwendung in der Prüfung und teilt die psychischen Störungen grob und gut merkbar ein.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Therapiemethoden

Therapie psychischer Störungen
Psychopharmaka-, biologische- und Psychotherapie



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

Pharmakologische Therapie
Biologische Therapieverfahren
Psychotherapeutische Verfahren,
Soziotherapie und Psychoedukation

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Therapiemethoden

Seite 5-7



Kurz und Bündig

Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 8-10

Pharmakologische Therapie

Hier erfahren Sie über den Einsatz und die Wirkweise von Psychopharmaka.

Seite 11

Biologische Therapieverfahren

Hier erfahren Sie über den Einsatz und die Wirkweise von biologischen Therapieverfahren.

Seite 12-22

Psychotherapeutische Verfahren

Hier lernen Sie die verschiedenen Psychotherapie-Verfahren und deren Einsatzmöglichkeiten kennen.

Seite 19

Weitere Therapieverfahren

Hier erfahren Sie, welche anderen Möglichkeiten der Therapie es gibt.

Seite 20

Soziotherapie

Hier erfahren Sie, was man unter Soziotherapie versteht und wie sie eingesetzt wird.

Seite 21

Psychoedukation

Hier erfahren Sie, was man unter Psychoedukation versteht und wie sie eingesetzt wird.

Seite 22-28



Prüfungsfragen

Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz und bündig - Therapiemethoden

Unter Therapie in der Psychiatrie/Psychologie versteht man die Behandlung psychischer Erkrankungen mittels unterschiedlicher Behandlungsformen. Man unterscheidet folgende Therapieverfahren:

- Psychopharmakotherapie
- Nicht- pharmakologische biologische Therapieverfahren
- Psychotherapie
- Soziotherapie
- Psychoedukation

Mittlerweile hat sich die multidimensionale Therapie bewährt, also eine Kombination aus medikamentöser, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsmethoden.

In der Psychopharmakotherapie werden psychische Erkrankungen mit Medikamenten behandelt. Psychopharmaka sind Substanzen, die einen Effekt auf das Zentralnervensystem ausüben und die zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt werden. Es werden folgende Gruppen von Psychopharmaka unterschieden:

- **Antidepressiva:** Sie werden vor allem bei Depressionen, aber auch bei Angst und Zwangserkrankungen eingesetzt und überall dort, wo depressive Merkmale im Rahmen auch anderer Erkrankungen auftreten.
 - **Stimmungsstabilisierer:** Sie werden bei der Manie und bei Bipolaren Störungen eingesetzt, um Stimmungsschwankungen vorzubeugen. Lithium ist hier ein Beispiel.
 - **Antipsychotika:** Sie werden vor allem bei der Schizophrenie eingesetzt.
 - **Anxiolytika und Hypnotika:** Dies sind Schlaf und Beruhigungsmittel. Am häufigsten werden hier Benzodiazepine verabreicht. Die Gefahr bei dieser Medikamentengruppe ist das hohe Suchtpotential.
 - **Antidementiva:** dies sind verschiedene Medikamente, die Gehirnleistung und die Merkfähigkeit positiv beeinflussen sollen.
- Psychopharmaka zur Behandlung bei Alkoholabhängigkeit:** Auch hier finden sich verschiedene Medikamente, die bewirken sollen, dass die Lust auf Alkohol gemindert ist. Sie führen bei Einnahme und gleichzeitigem Alkoholkonsum unter anderem zu Übelkeit. Ihr Einsatz ist umstritten, vor allem bezüglich der Nachhaltigkeit. Auch Antidepressiva sind hier anzutreffen.
- **Psychostimulanzien:** Sie werden z.B. bei ADHS eingesetzt, um die Konzentrationsfähigkeit zu steigern.

Zu den Nicht-pharmakologischen biologischen Therapieverfahren zählen die Lichttherapie bei saisonalen und die Schlaf-Entzugstherapie bei somatischen Depressionen und die Elektrokrampftherapie bei psychotischen Zuständen oder auch der perniciösen Katatonie.

Bei der Lichttherapie wird der Betreffende vor eine spezielle Lichtquelle gesetzt. Besonders bei saisonalen Depressionen, die vorzugsweise in der dunklen Jahreszeit auftreten, kann man hier eine Wirkung erzielen.

Bei der Schlaf-Entzugstherapie wird dem Betreffenden Schlaf entzogen, und zwar zunächst gänzlich. Wenn diese Methode Erfolg zeigt, wird danach der fraktionierte Schlafentzug durchgeführt. Hierbei wird der Patient Stück für Stück wieder an seinen normalen Schlafrhythmus herangeführt.

Besondere Anwendung findet diese Methode bei Depressionen mit Durchschlafstörungen morgendlichem Früherwachen und dem damit verbundenen Morgentief.

Bei der Elektrokrampftherapie werden Elektroden an der nicht-dominanten Hemisphäre an der Schädeldecke des Patienten angebracht und mit einem schwachen Strom versehen. Diese Prozedur findet unter Narkose und muskelentspannenden Medikamenten statt. Besonders bei der die Motorik betreffenden, der katatonen, Schizophrenie wird diese Methode eingesetzt. Hier kann es nämlich zu einer pernitiösen Katatonie kommen. Dies ist ein schneller Wechsel zwischen Bewegungslosigkeit und Hypermotorik, einhergehend mit Fieber. Sie kann tödlich enden. Aber auch bei starken psychotischen Depressionen kann die Elektrokrampftherapie eingesetzt werden.

Für den Heilpraktiker für Psychotherapie ist natürlich die Psychotherapie das Mittel der Wahl. Was mit der Hypnose und später der Psychoanalyse – nicht zuletzt durch Sigmund Freud – seinen Anfang nahm, existiert mittlerweile in verschiedenen Varianten. Neben der Verhaltenstherapie, die ebenfalls in viele neue Methoden eingeflossen ist und weiterentwickelt wurde, kommen Methoden wie die Familien- und mittlerweile auch Organisationsaufstellung. Die „drei großen“ Therapiemethoden seien hier vorgestellt.

Wie eben bereits erwähnt, hat Sigmund Freud die *Psychoanalyse oder psychodynamische* Therapie populär gemacht. Er stellte fest, dass ein großer Teil des menschlichen Erlebens auf einer unbewussten Ebene stattfindet und führte die unbewussten Persönlichkeitsanteile ein, die er mit „Es“ (den Trieben und Wünschen) und „Über-Ich“ (der moralischen Instanz) bezeichnete.

Den Konflikt zwischen diesen unbewussten Anteilen hat das „Ich“ (die bewusste Instanz) zu bewältigen. Um einen Konflikt zu umgehen, benutzt das „Ich“ Abwehrmechanismen. Einer dieser Mechanismen ist bspw. die „Verdrängung“. Um es also nicht zu einer Eskalation kommen zu lassen, werden bestimmte aufkeimende Triebe ins Dunkle verschoben. Der Therapeut hört bei einer klassischen Psychoanalyse mehr zu als er redet, deutet das Gesagte gemäß der analytischen Philosophie und bringt den Patienten dazu, seine Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und freier zu leben. Die klassische Psychoanalyse findet über einige Jahre hinweg drei- bis fünfmal wöchentlich statt. Modernere psychoanalytische Therapieformen /z.B. die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) dauern heute um die 20-30 Sitzungen. Die Wirksamkeit der Psychoanalyse ist nach wie vor umstritten.

Als zweites sei die *Verhaltenstherapie* genannt. Sie konzentriert sich auf die Reaktionen, die auf einen Reiz erfolgen. Grundlage ist die Feststellung, dass Reize miteinander verknüpft werden können- die klassische Konditionierung. Der Pawlow'sche Hund dokumentiert das deutlich: Bei diesem Experiment wurde ein Glöckchen geläutet bevor einem Hund sein Fressen vorgesetzt wurde. Irgendwann reagierte der Hund auch dann, wenn nur das Glöckchen geläutet wurde, ohne dass er sein Fressen bekam. Er verband also das Glockenläuten mit der Nahrungsaufnahme, wurde sozusagen konditioniert.

Daraus schloss man, dass das Gehirn alle Verhaltensweisen so lernt und entwickelte die Verhaltenstherapie. Sie arbeitet mit Belohnung und Bestrafung (operante Konditionierung) und kann mit diesen Mitteln ein unerwünschtes Verhalten ändern. Sie wird heute bei zahlreichen Krankheitsbildern eingesetzt, so bspw. bei Zwängen und Ängsten, aber auch bei affektiven Störungen (Depression), Konversionsstörungen und bei Schmerzzuständen. Dabei hilft die Verhaltenstherapie, die unerwünschten Reaktionen durch ein frühzeitiges Erkennen durch erwünschte zu ersetzen.

Die kognitive Therapie beschäftigt sich mit dem gedanklichen Hintergrund der Reaktionen auf einen bestimmten Reiz. Hier werden sozusagen die Gedankenketten (=Assoziationen) aufgedeckt, die ein bestimmtes Verhalten hervorrufen. So aufgedeckte (dysfunktionale = behindernde) Gedanken können dann bearbeitet werden und führen zu einem neuen (funktionalen = dienlichem) Verhalten.

Beck und Ellis bspw. führten eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressionen ein. Beck legt mit seinen Patienten eben solche Denkfehler frei, die zu einem depressiven Verhalten führen, um sie zu bearbeiten und so das depressive Verhalten zu beenden.

Als drittes seien die **humanistischen Therapiemethoden** genannt, wie die Gesprächstherapie nach Rogers. Humanistisch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Mensch ein Wesen ist, das sich nicht nur selbst entwickeln kann, sondern dies auch will. Der Therapeut ist ihm bei der Gesprächstherapie insofern behilflich, als dass er non-direktiv (also nicht führend) fragt und den Klienten dabei spiegelt, seine Aussagen also auf eine neutrale Ebene transportiert.

*Beispiel: Der Klient sagt: „Wenn meine Frau das herausbekommt, bringt sie mich um...“.
Der Therapeut antwortet: „Sie befürchten also, das Ihre Frau nicht damit einverstanden ist?“.*

Grundvoraussetzung sind dabei die Echtheit des Therapeuten, auch was seine Gefühle angeht, die absolute Wertschätzung des Klienten und die Empathie des Therapeuten, also sein Einfühlungsvermögen.

Auch die Gesprächstherapie hat in viele andere Therapiemethoden Einzug gehalten und wurde seit ihrer Gründung kontinuierlich weiterentwickelt. Sie wird bei nahezu jedem psychischen Krankheitsbild eingesetzt.

Außerdem sei noch die Soziotherapie genannt. Hier geht es prinzipiell darum, kranke Menschen in speziellen Einrichtungen mit anderen Menschen zusammenzubringen.

Und schließlich bildet die Psychoedukation einen wichtigen Baustein in der Reihe der Therapieverfahren. Sie bezeichnet die Aufklärung, sowohl des Patienten, als auch seines Umfeldes über Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten einer Erkrankung. Somit können sowohl der Patient als auch dessen Umfeld aktiv an dem Prozess der Therapie und Behandlung teilnehmen.

Therapieverfahren

Sie haben nun die Therapieverfahren im Überblick kennengelernt. Im Folgenden schauen wir uns die einzelnen Therapieverfahren genauer an.

Psychopharmakotherapie

Psychopharmaka sind Medikamente, die einen Effekt auf das Zentrale Nervensystem ausüben und die zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt werden. Sie dürfen nur von ausgebildeten Ärzten verschrieben und eingesetzt werden. Trotzdem kann es für alle anderen Psychotherapeuten wichtig sein, Ihre Haupt- und Nebenwirkungen zu kennen. Auch können Sie den Patienten, besonders bei schweren Erkrankungen, über evtl. notwendige Medikamentierungen aufklären.

Psychopharmaka können dann notwendig werden, wenn eine Erkrankung derart schwer ist, dass ohne ihren Einsatz eine Psychotherapie für den Patienten überhaupt nicht zu bewältigen wäre.

Es werden folgende Gruppen von Psychopharmaka unterschieden:

- Antidepressiva
- Stimmungsstabilisierer (“Phasenprophylaktika“)
- Antipsychotika (Neuroleptika)
- Schlaf- und Beruhigungsmittel
- Antidementiva
- Psychopharmaka zur Behandlung bei Alkoholabhängigkeit
- Psychostimulanzien

Schauen wir uns die Substanzen im Einzelnen an:

Antidepressiva

Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend, antriebssteigernd und auch psychomotorisch dämpfend.

Bei der Anwendung von Antidepressiva ist *keine Toleranzentwicklung oder Abhängigkeit* zu befürchten. Dennoch kann es zu Absetzphänomenen wie

- Unruhe,
- Schweißausbrüchen,
- Erbrechen und
- Schlafstörungen kommen.

Antidepressiva werden nicht nur zur Behandlung von Depressionen eingesetzt, sondern auch bei:

- Angsterkrankungen,
- Zwangsstörungen,
- posttraumatischen Belastungsstörungen,
- Schlafstörungen,
- Entzugssyndromen und
- chronischen Schmerzzuständen.

Die Reizleitung im Gehirn läuft über Nervenstränge. Zwischen den einzelnen Strängen befindet sich ein Spalt. Um die Reizleitung hier nicht zu unterbrechen, wird ein von der Nervenbahn ankommender Reiz mittels Botenstoffen durch diesen Spalt übertragen. Dies sind beispielsweise Serotonin und Noradrenalin. Nach erfolgter Reizübertragung müssen diese Substanzen wieder aus dem Spalt (z.B. durch Enzyme) entfernt werden, damit das Signal wieder abebben kann. Geschieht dies zu schnell, kann es zu psychischen Störungen, bspw. einer Depression kommen. Hier wirken Antidepressiva, indem sie eine zu schnelle

Psychopharmaka sind Medikamente zur Behandlung psychischer Symptome und dürfen nur von einem Arzt eingesetzt werden.

Antidepressiva werden bei Depressionen und auch anderen Störungen eingesetzt. Sie machen nicht abhängig.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Organische psychische Störungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
organisch bedingter psychischer Störungen



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

Organische psychische Störungen

Demenzen, Delir

Organisch psychische Störungen 2. Ranges

Diagnose und Therapie

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis organische psychische Störungen

Seite 5



Kurz und bündig

Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6-7

Organische psychische Störungen

Hier erwartet Sie eine Einführung in die organisch psychischen Störungen

Seite 8-12

Demenzen

Hier erfahren Sie, was eine Demenz ist, welche Demenzarten es gibt und wie sie sich zeigen.

Seite 12-13

Delir

Hier lernen Sie, was ein Delir ist, wann es und wie es diagnostiziert wird.

Seite 14-15

Organisch psychische Störungen 2. Ranges

Hier erfahren Sie, welche weiteren organischen psychischen Störungen es gibt und wie sie erkannt werden können.

Seite 16-24



Prüfungsfragen

Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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 sind Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen und Merkfähigkeitsstörungen immer ein Indiz auf eine ops.

Ops können akut und damit heilbar sein oder auch chronisch. 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 (die zweithäufigste). Daneben entstehen dementielle Prozesse bei einer Vielzahl anderer Krankheiten wie z.B. Parkinson.

Die Alzheimer Demenz konnte bisher dann diagnostiziert werden, wenn alle anderen Demenzarten ausgeschlossen wurden (sogenannte Ausschlussdiagnose). Heute kann sie auch durch bildgebende Verfahren festgestellt werden. Ein weiteres Diagnosemittel sind Demenz-Tests, mit deren Hilfe z.B. neuropsychologische Fähigkeiten getestet werden, ebenso sind bildgebende Verfahren und die Vorgeschichte des Patienten wichtig. 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 zudem bei zahlreichen anderen Vergiftungen oder auch körperlichen Erkrankungen auftreten. Es kann bis zu einigen Tagen dauern und ist vor allem durch Bewusstseinsstrübung, Desorientiertheit und Halluzinationen gekennzeichnet. Vor allem fällt auch ein nestelndes Verhalten (ständiges Rummummeln 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. Hinweise darauf, dass doch eine organische Ursache zu Grunde liegt, sind entweder eindeutige organische Befunde, die die psychische Störung erklären oder das (nahezu) gleichzeitige Auftreten von körperlicher und psychischer Störung sowie das Verschwinden der psychischen Störung nach dem Rückgang der körperlichen Symptome.

Außerdem darf natürlich kein überzeugender Beleg für eine psychische Ursache vorliegen, also eine belastende Situation bspw.



Organisch bedingte psychische Störungen dürfen natürlich nur von einem Arzt behandelt werden und müssen auch zunächst abgeklärt und behandelt werden! Eine psychotherapeutische (begleitende) Betreuung darf dann auch vom Heilpraktiker für Psychotherapie erfolgen.

Organisch-psychische Störungen

Organisch psychischen Störungen (ops) liegt eine Hirnerkrankung zu Grunde. Entweder diese entsteht direkt im Gehirn oder sie sind verursacht durch eine andere körperliche Erkrankung, wie Diabetes (Zuckerkrankheit) oder eine hormonelle Erkrankung (wie z.B. Schilddrüse), die sich auch auf die Funktion des Gehirns auswirkt.

Sie entstehen durch

- Gehirn- und körperliche (somatische) Allgemeinerkrankungen
- Exogene Noxen (= von außen kommende Schäden, Traumata, toxische Substanzen)
- Abbauprozesse des Gehirns

Einteilung nach der Symptomatik

- **Organisch psychische Störung ersten Ranges**
Sie lassen sich nach der klinischen Symptomatik stellen: Demenz, organisches amnestisches Syndrom, Delir/Verwirrtheit
- **Organisch psychische Störung zweiten Ranges**
Sie kann nicht von nichtorganischen psychischen Erkrankungen unterschieden werden: organische Halluzinose, katatone (Bewegungs-) Störung, wahnhafte Störung, affektive-, Angst- oder dissoziative Störung

Einteilung nach der Entstehung

Da das Gehirn relativ gleichförmig auf schädigende Einflüsse reagiert, lassen sich organisch psychische Störungen selten eindeutig anhand der Symptomatik erkennen. Sie können praktisch jedes psychiatrische Krankheitsbild „vortäuschen“.

Die folgenden Kriterien lassen jedoch auf eine organische Ursache schließen:

- Körperliche, krankhafte Befunde,
- Vorliegen psychischer Leitsymptome wie bspw. Bewusstseins- und Orientierungsstörungen oder auch Merkfähigkeitsstörungen,
- zeitlich eng beieinanderliegendes Auftreten psychischer Störungen und körperlicher Befunde und
- Besserung psychischer Störungen bei körperlicher Behandlung

Ursächlich werden organisch psychische Störungen eingeteilt in

- **Primäre organische psychische Störungen**
(Erkrankungen oder Verletzungen im Gehirn)
- **Sekundäre organische psychische Störungen**
(durch körperliche Erkrankungen verursachte Hirnfunktionsstörungen)

Man unterscheidet zwischen organisch psychischen Störungen 1. und 2. Ranges.

Anzeichen für eine ops sind Störungen in den Bereichen Merkfähigkeit, Orientierung, Bewusstsein.

Ursachen für die Entstehung organisch psychischer Störungen

Ätiologie	Beispiel
Abbau des Gehirns	Alzheimer-Demenz
Vergiftung oder medikamentöse Nebenwirkung	Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit
Stoffwechselstörungen	Diabetes Mellitus (Zucker), Hyper- oder Hypothyreose (Schilddrüse), Leberversagen
Infektionen	Hirnhautentzündung, Syphilis
Hirntumor	Hirnmetastasen
Hirntrauma	Schädel-Hirn-Trauma

Tab. 1 Ursachen organischer psychischer Störungen

Einteilung nach dem Verlauf

Nach dem klassischen triadischen System wurden die organischen psychischen Störungen nach dem Verlauf eingeteilt:

- **Akute organische Psychosyndrome**

Sie haben eine relativ kurze Krankheitsgeschichte von Stunden bis Wochen. Hierzu gehört auch das Delir. Leitsymptom ist die Bewusstseinsstörung (bis auf das Durchgangssyndrom nach Wieck siehe weiter unten)

- **Chronische organische Psychosyndrome**

Sie haben eine lange Krankheitsgeschichte von Monaten bis Jahren, einen schleichenden Beginn, meist primäre Hirnerkrankungen als Grundlage und sind irreversibel. Leitsymptom ist die organische Wesensänderung und Demenz.

Organisch psychische Störungen können akut sein oder chronisch verlaufen.

Durchgangssyndrom nach WIECK

Durchgangssyndrome sind reversibel, nicht mit Bewusstseinsstörungen verbunden und treten meist bei einer Rückbildung (Vergiftung, Schädel-Hirn-Trauma, nach einer Operation) auf. Sie können

- Affektiv oder apathisch,
- Amnestisch (akutes Korsakow-Syndrom, siehe weiter unten) oder
- Paranoid-halluzinatorisch (also mit Halluzinationen und Wahn)

sein.

Gemäß der ICD-10 folgen nun die einzelnen Krankheitsbilder:

- Demenzen (F.00 - F.03)
- Organisch-amnestisches Syndrom (F.04)
- Delir (F.05)
- Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F.06 - F.09)

Auf den folgenden Seiten schauen wir uns die Störungen im Einzelnen an.

Demenz (F00 - F03)

Ein dementielles Syndrom umfasst drei Elemente:

- Störung des Gedächtnisses (bspw. Vergesslichkeit),
- Beeinträchtigung in mindestens einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich (bspw. Störung der Orientierung, des Schreibens, des Lesens, des Rechnens),
- damit verbunden die Einschränkung des Alltags.

Diese Symptomatik muss zur Diagnose mindestens sechs Monate bestehen. Im Gegensatz zu einer Minderbegabung bezeichnet die Demenz den Verlust einer zuvor einmal erreichten Fähigkeit.

Diagnose und Fragen zur Demenz:

- Können Sie sich weniger merken als früher?
- Hat Ihre Leistungsfähigkeit nachgelassen?
- Finden Sie häufiger nicht mehr die richtigen Worte im Gespräch?
- Suchen Sie häufiger nach Gegenständen?

Zur Diagnose müssen neben den Demenzkriterien auch standardisierte Tests durchgeführt werden, die verschiedene Funktionen testen (Siehe Tab. 2, nächste Seite)

Differentialdiagnose

Alzheimer-Demenz (F00): Es finden sich hier keine wesentlichen körperlichen oder psychischen Erkrankungen oder Vorerkrankungen. Der Verlauf ist schleichend, die kognitiven Defizite sind eher gleichmäßig. Keine körperlichen Ausfallerscheinungen.

Vaskuläre Demenz (F01): Hier finden sich vaskuläre (Blutgefäß-) Risikofaktoren wie Blutdruckerhöhung, Rauchen, Adipositas, Diabetes Mellitus und unter Umständen eine Vorgeschichte von Hirninfarkten.

Frontaltemporale Demenz (Morbus Pick) (F02.0): Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen gehen den Gedächtnisstörungen typischerweise voran. Klinisch zeigt sich eine Apathie bis zur völligen Antriebslosigkeit oder eine Enthemmung (Witzelsucht, sexuelle Anzänglichkeiten, grobe Essenssitten). Die Gedächtnisleistung ist vergleichsweise lange gut und es bestehen keine neurologischen Symptome.

Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern: Hierbei finden sich Hinweise auf neurologische Erkrankungen in der Vorgeschichte, z.B. bei: Chorea Huntington (F02.2) (Gehirnerkrankung mit starken Bewegungsstörungen), Morbus Parkinson (F02.3), Creutzfeld-Jakob (F02.1).

Potenziell reversible dementielle Syndrome: Bspw. bei Autoimmun-, hormonellen- oder Herzerkrankungen und zerebralen Raumforderungen (Tumore bspw.).

Depressive Pseudodemenz: Hier klagt der Betreffende über Vergesslichkeit aber es liegt keine Demenz vor. Meist kann eine Depression beobachtet werden.

Demenzen verlaufen meistens chronisch.

Eine Demenz ist gekennzeichnet durch Vergesslichkeit weitere Ausfälle im Denken, Beeinträchtigung im Alltag.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Affektive Störungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
affektiver Störungen



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

**Depression, Manie, bipolare Störungen
Dysthymia und Zylothymia
Diagnose und Therapie**

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis affektive Störungen

Seite 5



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6-7

Affektive Störungen
Hier erwartet Sie eine Einführung in die affektiven Störungen.

Seite 8-15

Depressionen
Hier erfahren Sie, was eine Depression ist, wie sie sich zeigt, welche Subtypen und Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Seite 16

Bipolare Störungen
Hier erfahren Sie, was eine Bipolare Störung ist, wie sie sich zeigt und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Seite 17-18

Manie
Hier erfahren Sie, was eine Manie ist, wie sie sich zeigt, welche Subtypen und Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Seite 19

Dysthymie und Zylothymie
Hier erfahren Sie, welche abgemilderten Formen der affektiven Störungen es gibt.

Seite 20-24



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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 leiden.

Depressionen sind besonders durch den Verlust von Freude und vor allem Antrieb 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.

Es kann eine Veränderung im Gehirn bei Depressionen festgestellt werden, nämlich eine Störung des Neurotransmitter-Haushaltes. Neurotransmitter sind Botenstoffe, die für die Reizweiterleitung im Gehirn verantwortlich sind. 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 in sich 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 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.

An zweiter Stelle treten die **bipolaren Störungen**. Sie beginnen häufig 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.

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 den Betroffenen 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 (z.B. 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.

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.

Affektive Störungen

Definition

Mit affektiver Störung bezeichnet man Verstimmungen

- Depressiv-gehemmter oder
- Manisch-erregter Art,

die zeitlich abgegrenzt, phasenhaft auftreten. Vorher und nachher besteht eine normalgestimmte Verfassung. Für gewöhnlich tritt die Verstimmung mehrmals im Leben auf. Außerdem werden anhaltende Verstimmungen wie die

- Dysthymie oder
- Zykllothymie

dazugezählt.

Klassifikation

nach dem triadischen System zählten sie zu den endogenen Psychosen, da man von einer körperlichen Beteiligung (Störung des Neurotransmitter-Haushalts), ausgeht. Abgegrenzt wurden sie hier von den neurotischen Depressionen. Weiterhin gab es hier Depressionen im Rahmen körperlicher Erkrankungen.

Da vom Krankheitsbild und den Therapien kaum ein Unterschied zwischen endogenen und psychogenen Depressionen zu erkennen ist, werden sie heute nach der ICD-10 eingeteilt und beurteilt. Unberührt davon bleiben die organisch verursachten Depressionen. In der ICD-10 werden die affektiven Störungen eingeteilt nach

- **Schwere** der Depression (leicht, mittel, schwer)
- **Auftreten** psychotischer Symptome (bei Depression oder Manie)
- **Vorliegen** somatischer Symptome (Depression)
- **Verlauf** (episodisch, anhaltend, bipolar)

Verlaufsformen und Vorkommen

Affektive Erkrankungen verlaufen

- **Unipolar (einpolig)**
es besteht nur eine Depressionen oder nur eine Manie
- **Bipolar (zweipolig)**
Depressive und manische Phasen wechseln sich regelmäßig oder unregelmäßig ab.

Erkrankungen in der Häufigkeit ihres Auftretens:

- Unipolare Verläufe mit ausschließlich depressiven Episoden
- Bipolare Verläufe
- Unipolare Verläufe mit ausschließlich manischen Episoden

Außerdem können affektive Störungen

- Monophasisch (einmalig) oder
- Polyphasisch (wiederholt)

auftreten, wobei einphasige depressive Verläufe selten sind (ca. 15% aller Depressionen).

Ist die Stimmung auffällig hoch oder tief, spricht man von einer affektiven Störung.

Eine affektive Störung kann einmalig oder auch mehrmalig auftreten. Außerdem kann sie von hoch nach tief wechseln.

Ursachen

Die Entstehung affektiver Störungen ist sehr komplex und noch nicht gänzlich geklärt. Heute werden biochemische, psychologische und soziale Aspekte betrachtet, um sie zu erklären. So werden bspw. berücksichtigt:

- Genetische Veranlagung (sog. Prädisposition)
- Entwicklungsbedingte Prädisposition (Verlust- und Trennungsergebnisse)
- Körperliche Erkrankungen, Medikamente (körperliche Stressoren)
- Psychosoziale Stressoren, innere Konflikte
- Neurobiologische Veränderungen (Transmitterbalance, Hormonstörungen)

Hier wird deutlich, dass verschiedene Therapiemodelle je nach Ursache der Störungen anzusetzen sind, so z.B. eine Psychopharmakotherapie bei gestörter Transmitterbalance oder Psychotherapie bei psychogenen Faktoren, wobei heutzutage beides kombiniert wird.

Befunde

Es gibt einige Anhaltspunkte, die eine Diagnose bestätigen können. Dies sind zum einen genetische Faktoren, zum anderen kann man Messungen über die Botenstoff-Konzentration (Neurotransmitter) anstellen:

Genetisch

- Aus Zwillings- und Familienstudien geht hervor, dass
 - das Risiko einer affektiven Störung mit zunehmendem Verwandtschaftsgrad zu einer bereits erkrankten Person steigt.
 - es Unterschiede zwischen ein- und zweieiigen Zwillingen für das Auftreten einer bipolaren Störung gibt. Das lässt auf noch andere auslösende Faktoren (z.B. psychosozial) schließen.

• **Neurotransmitter-Balance**

Die Reizübertragung durch Neurotransmitter ist von besonderer Bedeutung bei der Entstehung von affektiven Störungen. So wird zur Korrektur der Neurotransmitter-Balance eine Therapie mit Antidepressiva angewandt. Die gängigen Hypothesen gehen von einem Ungleichgewicht der Botenstoffe (z.B. Serotonin und Noradrenalin) im synaptischen Spalt aus, bzw. von einem Überwiegen bestimmter Botenstoffe während depressiver, bzw. manischer Phasen.



Bei Depressionen kann man ein Ungleichgewicht im Botenstoffhaushalt feststellen. In der Regel verweilen die Botenstoffe nicht lange genug im synaptischen Spalt und verursachen so die Störung. Deshalb sind besonders mittlere und schwere Depressionen immer auch von einem Arzt (Psychiater, etc.) mit zu behandeln. Psychotherapie kann, soll und darf begleitend angeboten werden!

Depression

Vorkommen

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Jährlich erkranken zwischen 2,4 und 4,5 von tausend erwachsenen Personen neu, wobei die Anzahl leichter Depressionen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat und sich das Erkrankungsalter nach vorne verlagert. Derzeit leiden ca. 20% der Bevölkerung an Depressionen. Bei all diesen Zahlen gilt es zu beachten, dass sich auch die Kriterien zur Diagnose im Laufe der Zeit verändert haben.

Ursachen

Die Ursachen liegen vermutlich bei sich ständig verändernden Lebensbedingungen (Familienstruktur und Leistungsanforderung) und bei nachlassender Bereitschaft, psychisches Unwohlsein zu ertragen.

Verlaufsformen

Depressionen verlaufen in Episoden oder Phasen, die durchschnittlich 6-8 Monate dauern. Bei antidepressiven Behandlungen

- gehen sie in ca. 50% der Fälle nach acht Wochen zurück.
- Bei weiteren 25% remittieren sie nach 16 Wochen.
- Bei 2/3 heilen sie komplett aus.
- Bei 1/3 tritt eine partielle Besserung ein.
- Bei 60% der Patienten kommt es zu mindestens einem Rezidiv (Rückfall).
- 10-15% der Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf.

Prognose und Mortalität

Eine ungünstigere Prognose zeigen

- ältere Patienten,
- familiär genetisch vorbelastete Patienten,
- Patienten mit fehlender sozialer Unterstützung,
- Patienten mit chronischen familiären oder beruflichen Konfliktsituationen.

Ein erhöhtes Risiko besteht bei gleichzeitigem Auftreten von anderen Erkrankungen (siehe „Komorbidität“), außerdem besteht eine hohe Suizidrate bei unipolar depressiv Erkrankter:

- 40-70% aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression
- 20-60% aller Erkrankten unternehmen einen Suizidversuch
- 15% aller mindestens einmal hospitalisierten suizidieren im Laufe der Erkrankung

Komorbidität

Häufige zusätzlich auftretende Erkrankungen (Komorbiditäten) sind

- **Angst- und Panikerkrankungen**
Die Angststörungen gehen den Depressionen voraus, die Depression weist dann eine höhere Therapieresistenz auf.
- **Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit**
- **Persönlichkeitsstörungen**
vor allem narzisstische, histrionische und Borderline-Störung
- **Zwangsstörungen**
- **Ess-Störungen wie Anorexia Nervosa**



Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Neben psychosozialen Belastungen (Familie, Beruf) kommen auch genetische Faktoren in Betracht. Im Besonderen ist auf ein erhöhtes Suizidrisiko zu achten!

Depressionen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Zu den begünstigenden Faktoren gehören Alter, Einsamkeit, Belastungen, Konflikte.

Bei Depressionen ist auch immer auf Suizid zu achten!

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Psychosen und Schizophrenie

Einteilung, Diagnose & Behandlung
psychotischer Störungen



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

Schizophrenie
Wahn und psychotische Störungen
Diagnose und Therapie

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Psychosen und Schizophrenie

Seite 5



Kurz und bündig

Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6-18

Schizophrenie

Hier erfahren Sie, was eine Schizophrenie ist, wie sie sich zeigt, welche Subtypen und Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Seite 19-20

Andere psychotische Störungen

Hier erfahren Sie, welche anderen psychotischen Störungen es neben der Schizophrenie gibt.

Seite 21-28



Prüfungsfragen

Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – Schizophrenie

Die Schizophrenie ist von affektiven Störungen begleitet. Ihr Hauptmerkmal allerdings sind die bizarren Erlebnisweisen, die sich aus den unterschiedlichsten Störungen zusammensetzen, wie 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.

Als Entstehungsursache nimmt man eine erhöhte Verletzlichkeit des Gehirns an. D.h. dass der Schizophrene besonders auf dauernde bspw. familiäre Stress-Situationen 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 Affektverarmung vor.

Prinzipiell kann eine Schizophrenie viele Gesichter haben und ist oft nicht so spektakulär, wie man hört oder in Filmen sieht. Sie beginnt nicht selten schleichend und wird deshalb, oft 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 Patienten 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.

Schizophrenien und andere psychotische Störungen

Im Vordergrund schizophrener Störungen stehen im Gegensatz zu den affektiven Störungen die abnormen (und vor allem für die meisten anderen Menschen irrealen) Erlebnisweisen des Patienten, also Störungen des Empfindens, des Wahrnehmens, der Vorstellung und des Denkens, Fühlens, Wertens, Strebens und Wollens.

Während die Schizophrenie von Emil Kraepelin noch als „Dementia praecox“ (vorzeitige Verblödung) bezeichnet wurde, da er nur solche Fälle beobachtete, die im 2. bis 3. Lebensalter entstanden und fortschreitend (progredient) zu einem dementiellen Abbau führten, führte Eugen Bleuler den Begriff Schizophrenie ein, weil er viele Fälle beobachtet, die später begannen und keinen progredienten Verlauf nahmen.

Schizophrenie (F20)

Klassifikation

Im triadischen System wurden die schizophrenen Störungen den endogenen Psychosen zugeordnet, also Störungen, die offensichtlich eine körperliche Beteiligung haben, die allerdings noch nicht abschließend geklärt wurde. Davon abgegrenzt waren die schizophrenen Störungen aufgrund einer organischen Erkrankung. In der ICD-10 werden die Schizophrenien wie folgt klassifiziert:

F 20	Schizophrenien
F 21	Schizotype Störungen
F 22	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F 23	Vorübergehende akute psychotische Störungen
F 24	Induzierte wahnhaftige Störung
F 25	Schizoaffective Störung

Verbreitung - Epidemiologie

Die Schizophrenie kommt in allen Ländern und Kulturen in etwa gleich häufig vor und zählt neben den affektiven Psychosen und Suchterkrankungen zu den drei häufigsten Krankheiten, die zu Behinderungen führen.

10% der Behandelten sind dauerhaft behindert und mehr als 80% sind auf öffentliche Unterstützung angewiesen, nicht oder nur teilzeitweise beschäftigbar.

Die wichtigsten epidemiologischen Daten sind:

• Lebenszeitrisko	1%
• Erstmanifestation	vom 1. bis zum 7. Lebensjahrzehnt möglich
• vor dem 14. Lebensjahr	2%
• zw. Pubertät und 30. LJ	50%
• zwischen 30. und 40. LJ	25%
• also vor dem 40. LJ	75%
• Männer und Frauen	erkranken gleichermaßen
• Männer	zwischen 15 und 25
• Frauen	zwischen 25 und 35



Das Erkrankungsrisiko ist mit 75% vor dem 40. Lebensjahr am höchsten, Männer erkranken im Durchschnitt früher als Frauen, während Frauen eine bessere Langzeitprognose haben.

Bei psychotischen Störungen und der Schizophrenie stehen die abnormen, teils skurrilen Erlebniswelten der Betroffenen im Vordergrund.

Sie gehen mit Realitätsverlust einher.

Komorbiditäten

Häufig treten weitere psychische Störungen auf, wobei die Suchterkrankung die höchste Komorbiditätsrate aufweist (Alkohol, Cannabis, Kokain, Benzodiazepine, Halluzinogene, Kaffee, Nikotin). Ebenso treten in 50-80% der Fälle weitere körperliche Erkrankungen auf.

Ursachen

Die Ursache ist weitgehend ungeklärt und man geht von mehreren Faktoren aus, wobei vermutlich genetische und nicht-genetische Faktoren zu je 50% beteiligt sind.

• **Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

(Vulnerabilität=Verletzbarkeit) geht davon aus, dass bestimmte genetische/entwicklungsbiologische Faktoren biochemische Veränderungen im Gehirn bewirken, die schon lange vor dem Ausbruch der Erkrankung bestehen. Erst durch Umweltfaktoren (Stress) kommt es dann zum tatsächlichen Ausbruch, da die Kompensationsmechanismen aufgrund der Veränderungen im Gehirn nicht mehr ausreichen.

• **Genetische Faktoren**

Familiäre Erkrankungen werden als Indiz für einen wichtigen Einfluss genetischer Faktoren betrachtet, wobei das Risiko mit der Steigerung des Verwandtschaftsgrades zunimmt.

• Onkel, Vetter	2%
• Geschwister	10%
• beide Eltern schizophren	40%
• zweieiige Zwillinge	18%
• eineiige Zwillinge	46%

Außerdem haben Adoptionsstudien widerlegt, dass alleine das schizophrene Umfeld genügt, um selbst zu erkranken. Der Erbgang ist noch nicht bekannt und ist vermutlich polygenetisch (mehrere Gene sind beteiligt).

• **Veränderung des Neurotransmittersystems**

• **Das dopaminerge System**

Dopaminerg bezeichnet die Nervenzellen, in denen man den Botenstoff Dopamin findet. In Überaktivität erzeugt es positive Symptome (Halluzinationen, Denkstörungen, Wahn), in Unteraktivität verursacht es negative Symptome (Apathie, negative Denkstörung, Depression, etc.)

• **Das glutamaterge System**

Auch Glutamat ist ein spezieller Botenstoff. Man nimmt bei Schizophrenie eine glutamaterge Unteraktivität an.

• **Das serotonerge System**

Serotin spielt ebenso eine vermutlich wichtige Rolle bei der Schizophrenie. Atypische Neuroleptika blockieren auch serotonerge Rezeptoren.

Die Ursachen der Schizophrenie sind nicht geklärt. Eine genetische Komponente wird vermutet.

- **Neuropathologische Befunde**

Neuropathologische (Krankheit der Nerven) Untersuchungen mittels bildgebender Verfahren haben bei Schizophrenien bspw. eine Volumenminderung der grauen Substanz gezeigt. Auch andere Veränderungen konnten festgestellt werden.

- **Netzwerkstörung**

Man kann heute davon ausgehen, dass neuronale Netzwerkstörungen mit der Schizophrenie in Zusammenhang stehen. Diese beeinträchtigen das koordinierte Zusammenwirken bestimmter Hirnregionen und führen zu kognitiven Störungen, sowie produktiv-psychotischen Symptomen.

- **Hirnentwicklungsstörungen**

Hirnentwicklungsstörungen (genetisch oder durch Umweltfaktoren wie bspw. Hirninfekte) können zu o.g. Netzwerkstörungen führen.

- **Psychosoziale und Umweltfaktoren**

Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Auslösung für die Erkrankung und für die Rezidive.

Psychosoziale Faktoren können sein:

- **Ungünstige Familienatmosphäre**

häufige kritische Kommentare, allgemeine Feindseligkeit, Überbehütung

- **Double-Bind-Situation**

hier werden verbal oder non-verbal gegensätzliche Zeichen gegeben. Es wird bspw. mitgeteilt, dass ein Verhalten erwünscht ist und bei dessen Ausführung wird gezeigt, dass es nicht erwünscht ist oder es folgen Sanktionen auf das Verhalten. Der Patient kann sich also nur falsch verhalten

Umweltfaktoren können sein:

- **Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.**

Ein erhöhtes Risiko für Frühjahrs- und Wintergeburten (wegen evtl. bestehender Virusinfektionen dieser Jahreszeiten).

- **Städtischer Geburtsort.**

Durch fehlende Kompensationsmechanismen können schwierige (familiäre) Situationen unter Umständen Auslöser einer Psychose sein.



Die Ursachen der Schizophrenie sind weitestgehend ungeklärt. man geht in 50% der Fälle von einer genetischen Ursache aus, wobei das Risiko mit steigendem Verwandtschaftsgrad zu schizophrenen Angehörigen steigt. Man geht davon aus, dass eine erhöhte Stressanfälligkeit vererbt wird. Weiterhin können Störungen des Botenstoffhaushaltes im Gehirn, aber auch psychosoziale Stressfaktoren die Krankheit begünstigen.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Neurotische Störungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
neurotischer Störungen



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

**Angststörungen, Zwangsstörungen
Belastungs- und Anpassungsstörungen
Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen**

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis neurotische Störungen

Seite 5-6



Kurz und bündig

Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 7

Einführung in die neurotischen Störungen

Hier erhalten Sie einen Überblick über die neurotischen Störungen.

Seite 8-16

Angststörungen

Hier erfahren Sie alles Wichtige zu den Angststörungen, Panikstörungen, Phobien und der generalisierten Angststörung.

Seite 17-20

Zwangsstörungen

Hier erfahren sie alles Wichtige über Zwangsstörungen, ihre möglichen Ursachen, Auswirkungen und die Therapiemöglichkeiten.

Seite 21-26

Belastungs- und Anpassungsstörungen

Hier erfahren sie alles Wichtige über Belastungs-, Anpassungsstörungen und über die posttraumatische Belastungsreaktion, deren möglichen Ursachen, Auswirkungen und die Therapiemöglichkeiten.

Seite 27-30

Dissoziative Störungen

Hier erfahren sie alles über dissoziative Störungen, ihre möglichen Ursachen, Auswirkungen und die Therapiemöglichkeiten.

Seite 31-34

Somatoforme Störungen

Hier erfahren sie alles über somatoforme Störungen, ihre möglichen Ursachen, Auswirkungen und die Therapiemöglichkeiten.

Seite 35-41



Prüfungsfragen

Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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 und posttraumatischen Belastungsstörungen 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 ebenso 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.

Darunter fällt 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 Miterleben eines Gewaltverbrechens).

Bei Angst und besonders bei Phobien geht man von gelerntem Verhalten aus, wohl auch, weil jede andere wissenschaftliche Erklärung hier zunächst einmal versagt. Die Therapie zielt 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 eintrifft, 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, 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

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Krankheitsbilder des neurotischen Kreises

Zu den neurotischen Störungen zählen:

- **Angsterkrankungen**

- **Zwangsstörungen**

- **Dissoziative- (=Abspaltung) bzw. Konversionsstörungen (=Übertragung)**

Heute werden sie teilweise noch als Angstneurose oder Zwangsneurose bezeichnet. Sie entspringen, wie auch die dissoziativen Störungen, dem Krankheitskonzept der Hysterie. Den neurotischen Störungen ist gemeinsam, dass sie nicht hauptsächlich durch organische Ursachen oder durch andere psychische Erkrankungen erklärt werden können. Die Wahrnehmung der Realität ist hier in der Regel ungestört und die Betroffenen erkennen die Krankheit und leiden unter der Symptomatik.

- **Belastungsstörungen**

Sie entstehen durch ein einmaliges oder kontinuierlich auftretendes belastendes Lebensereignis oder Traumas. Dieses Ereignis gilt als notwendige und ursächliche Bedingung für die Störung, anders als bei anderen psychischen Erkrankungen, bei denen auch ein solches Ereignis aufgetreten ist, jedoch nicht als Hauptursache gilt.

- **Somatoforme Störungen**

Hierzu zählen alle anhaltenden körperlichen Beschwerden, deren Ursache auf der körperlichen Ebene trotz eingehender Untersuchung nicht gefunden werden kann. Die körperlichen Beschwerden wechseln sowohl bezüglich des Auftretens als auch ihrer Intensität. Die Patienten gehen in der Regel von einer körperlichen Ursache aus.

Die Neurosen werden heute in ihre verschiedenen Störungsbilder unterteilt.

Einteilung

Im triadischen System wurden sie zu den psychogenen Störungen gezählt. Therapeutisch kam demnach auch nur die Psychotherapie in Betracht. Heute wird bei diesen Störungen auch die Psychopharmakotherapie angewendet.

Aus tiefenpsychologischer Sicht entstehen die Neurosen durch einen in der Kindheit entstandenen Konflikt. Sie stellen den Kompromiss zwischen verdrängten Trieben und Wünschen (Es), der kontrollierenden Instanz (Über-Ich) und der äußeren Realität dar. Heute weiß man, dass sowohl biologische (genetische) und lerntheoretische Faktoren ebenso eine Rolle spielen.

In der ICD-10 findet die Einteilung wie folgt statt:

F40	Phobische Störungen
F41	Sonstige Angststörungen
F42	Zwangsstörungen
F43	Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	Somatoforme Störungen
F48	Sonstige neurotische Störungen

Angststörungen (F.40 - F.41)

Angst ist ein dem Menschen immanentes (innewohnendes) Gefühl, dass bei einer Gefahr auftritt, die subjektiv als nicht zu bewältigen erscheint. Dieses Gefühl zeigt sich auf den vier Ebenen:

1. **Emotionale Ebene**
Gefühl, „in der Falle“ zu sitzen,
2. **Vegetative Ebene**
Sympathikusssymptome wie Schwitzen, Herzklopfen, schnelles flaches Atmen oder Mundtrockenheit,
3. **Kognitive Ebene**
Eingengtes Denken, „geistige Blockade“, bspw. bei Prüfungsangst
4. **Motorische Ebene**
Erhöhung des Muskeltonus bis hin zur Starre

Im Gegensatz zur Realangst tritt die pathologische Angst in Situationen auf, die real keine Gefahr darstellen (Spinne, Bus fahren) oder bei als gefährlich eingeschätzten körperlichen Empfindungen und Gedanken.

Einteilung

Freud klassifizierte nach „frei flottierenden Ängsten“ (ohne äußeren Auslöser) und Phobien (durch Objekte oder Situationen ausgelöste Ängste).

Die ICD-10 klassifiziert nach phobischen Störungen mit und ohne Panikstörungen und anderen Angststörungen (Panikstörungen, generalisierte Angststörung)

Verbreitung und Verlauf

Mit 15% gehören Angststörungen zu den am weitesten verbreiteten Störungen, meist in Form von Phobien. Der Verlauf ist eher ungünstig, nicht zuletzt weil von der Ersterkrankung bis zur Diagnose bis zu 15 Jahre vergehen. Spezifische Phobien beeinträchtigen die Lebensführung weniger. Besonders beeinträchtigend hingegen wirken:

- Agoraphobie (Angst vor Menschenmengen)
- Panikstörung (Wiederholtes Auftreten von Panikattacken)
- Soziale Phobie (Angst bei Teilnahme an sozialen Aktivitäten wie Essen, Vorträge, etc.)
- Generalisierte Angststörung (generelle ängstliche Gedanken um das Leben)

Sie engen den Aktionsradius des Patienten sehr ein, da dieser viele Situationen zu vermeiden sucht, die ihm Angst machen. Teilweise werden Alltagsaktivitäten wie Einkaufen nicht mehr alleine durchgeführt.

Als Folge treten Erkrankungen wie Depression, Sucht oder Medikamentenmissbrauch auf, auch eine erhöhte Suizidgefahr, Intoxikationsgefahr oder Entzugssyndrome sind die Folge.

Angst kann in vielen Formen auftreten: In speziellen Situationen, zu speziellen Objekten, als Panik oder auch als generalisierte, also ständige Angst.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Persönlichkeitsstörungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
von Persönlichkeitsstörungen



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

**Ängstlich vermeidende, abhängige zwanghafte
dissoziale, emotional instabile, histrionische
narzisstische, paranoide, schizoide und
schizotype Persönlichkeitsstörung**

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Persönlichkeitsstörungen

Seite 5



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6-7

Einführung in die Persönlichkeitsstörungen
Hier erhalten Sie einen Überblick über den Begriff Persönlichkeit und die Persönlichkeitsstörungen.

Seite 9-20

Persönlichkeitsstörungen
Auf diesen Seiten werden die einzelnen Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Seite 9

Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung

Seite 10

Abhängige Persönlichkeitsstörung

Seite 11

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Seite 12

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Seite 13-15

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
Borderline-Persönlichkeitsstörung

Seite 16

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Seite 17

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Seite 18

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Seite 19

Schizoide Persönlichkeitsstörung

Seite 20

Schizotype Persönlichkeitsstörung

Seite 21

Störung der Impulskontrolle

Seite 22-24



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – Persönlichkeitsstörungen

Von Persönlichkeitsstörung spricht man, wenn bestimmte Merkmale der Persönlichkeit eines Menschen, permanent als negativ und belastend hervorstechen. Diese Persönlichkeitsmerkmale müssen also 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 (dissoziale Persönlichkeit) sein.

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 häufig selbst, bspw. durch Ritzen der Haut 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 auch 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 Amphetaminen (z.B. Ritalin).

Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

Einführung

Als Persönlichkeit bezeichnet man die individuelle Konstellation eines Menschen, bestehend aus Werten, Glaubenssätzen und Fähigkeiten, die sich im Laufe seiner Entwicklung aufgrund genetisch-biologischer und psychosozialer Faktoren so geprägt haben. Sie lassen seine Handlungen teilweise vorhersehbar scheinen, beeinflussen seine Art zu denken, zu empfinden und Beziehungen zu gestalten. Die Entwicklung der Persönlichkeit dauert nach heutigen Erkenntnissen ein ganzes Leben lang.

Definition und Symptomatik

Von gestörter Persönlichkeit spricht man, wenn bestimmte Denkweisen und Verhaltensweisen derart ausgeprägt sind, dass ein flexibles Verhalten nicht mehr oder nur noch teilweise möglich ist. Dabei weichen die Vorstellungen und Verhaltensweisen deutlich von den soziokulturellen Normen des Umfeldes ab.

Die Person neigt dazu, immer wieder dieselben Strategien, ungeachtet ihres Erfolges, anzuwenden. Dabei fügt sie sich selbst oder ihrer Umgebung erhebliches Leiden zu. Diese Denkmuster stören den Betroffenen erst, wenn Konflikte zunehmen und zu einem Leidensdruck führen.

Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn eine dauerhafte und stabile, kulturell nicht erklärbare, Charaktereigenschaft vorliegt, die dem Betroffenen oder der Umwelt schadet oder Leiden hervorruft.

Im Folgenden sehen Sie nochmals die Kriterien in Stichworten nach der ICD-10:

- Die charakteristischen, dauerhaften Verhaltensmuster weichen insgesamt deutlich von kulturell und erwarteten Vorgaben ab. Die Abweichung äußert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - Kognition (Wahrnehmung und Interpretation von Dingen oder Menschen)
 - Affektivität (emotionale Ansprechbarkeit und Reaktion)
 - Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
 - Zwischenmenschliche Beziehungen und der Umgang mit ihnen
- Das aus der Abweichung resultierende Verhalten ist in vielen Situationen unflexibel, unangepasst und unzweckmäßig.
- Persönlicher Leidensdruck und/oder nachteiliger Einfluss auf die Umwelt.
- Die Abweichung ist stabil und hat im späten Kindesalter/Adoleszenz begonnen.
- Die Abweichung kann durch keine andere psychische Störung erklärt werden.
- Es liegt keine organische Erkrankung/Verletzung als Ursache vor.

Einteilung

In der ICD-10 werden in der Kategorie F-60 zehn verschiedene Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Die Persönlichkeitsstörung kann in den modernen Einteilungssystemen zusätzlich zu einer bestehenden psychischen Störung diagnostiziert werden.

In der DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen zusätzlich in Cluster eingeteilt. Im Folgenden sehen Sie die Unterteilung nach der DSM IV:

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

Tab. 1: Persönlichkeits-Cluster nach DSM IV

Weiterhin gibt es mehrdimensionale Modelle aus der Persönlichkeitsforschung. Sie verstehen Persönlichkeitsstörungen als Extremvarianten „normaler“ menschlicher Verhaltensweisen. Hier sei das Fünf-Faktoren-Modell (Big Five) erwähnt:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| • Extraversion/Intraversion | Kontaktfreude/Zurückhaltung |
| • Neurotizismus | Maß an Überempfindlichkeit/Entspantheit |
| • Offenheit | Kreativität/Phantasielosigkeit |
| • Gewissenhaftigkeit | Gründlich/unsorgfältig (schlampig) |
| • Soziale Verträglichkeit | streitsüchtig/friedfertig |

Verbreitung

Persönlichkeitsstörungen treten in der Allgemeinbevölkerung mit einer Häufigkeit (Prävalenz) von 11% auf. Männer und Frauen sind gleich betroffen, wobei die dissoziale und zwanghafte Persönlichkeitsstörung häufiger bei Männern und die Borderline-, ängstliche- und abhängige Persönlichkeitsstörung häufiger bei Frauen auftritt.

Zwischen 40-60% der psychiatrisch behandelten Menschen haben eine Persönlichkeitsstörung, ca. 2/3 aller Patienten leiden an einer weiteren Erkrankung, und zwar

- | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------|
| • Cluster B | häufig Suchterkrankungen |
| • Cluster C | häufig somatoforme Störungen |
| • Alle Cluster | Angsterkrankung, affektive Störung, Ess-Störung, weitere PS |

Psychische Erkrankungen sind bei Persönlichkeitsstörungen oftmals stärker ausgeprägt und weisen so einen komplizierteren Krankheitsverlauf auf.

Ursachen

Hier gibt es keine einheitlichen Daten. Die wichtigsten Konzepte sind:

• **Psychoanalytisch**

Es wird eine Reifungs- und Entwicklungsstörung angenommen in bestimmten frühkindlichen Phasen. Eine bestimmte Trieberregung (bspw. Aggressivität) kann in übertriebener Form auftreten (bspw. Sadismus) oder sie wird durch Abwehrmechanismen (bspw. Reaktionsbildung oder Pedanterie) reguliert. Kurzum: Aufkeimende Triebe werden unterdrückt und in einer gestörten Form ausgedrückt.

• **Interpersonelle Schule**

Der Mensch definiert sich nach dieser Ansicht durch Beziehungen und den Erfahrungen, die er in seinen Beziehungen macht. Daraus entwickelt er sein sog. Selbst-Schema. Hat er in seiner Kindheit eher negative Erfahrungen gemacht, so wird er diese in sein Erwachsenenleben übernehmen und sich entsprechend verhalten. Er wird durch sein Verhalten, das ursprünglich der Vermeidung einer negativen Erfahrung diente, genau diese Erfahrung herbeiführen und so in seinem gelernten Selbst-Schema bestätigt. Macht ein Mensch in seiner Kindheit die Erfahrung des Verlassenwerdens und erlebt dies als negativ, wird er als Erwachsener bei Distanzierungstendenzen seines Partners z.B. klammern und somit die Bestrebungen des Partners noch fördern.

• **Kognitiv-theoretische Lernmodelle**

Sie lehnt sich an die interpersonelle Schule an. Beck und Mitarbeiter entwickelten das Modell der überstark entwickelten dysfunktionalen kognitiven Grundannahmen („Ich bin nichts wert“, o.ä.). Seine Therapie zielt auf die Analyse und Veränderungen dieser Grundannahmen ab.

• **Neurobiologische und genetische Ansätze**

Forschungen bestätigen, dass Persönlichkeitsvariablen in hohem Maße genetisch beeinflusst sind.

Die "Big Five" stellen ein immer noch gebräuchliches Modell zur Beschreibung der Persönlichkeit dar.

Diagnostik und Differentialdiagnostik

Zur Diagnostik bedarf es mehr als einen Eindruck aus dem Erstgespräch. Nur Fremdanamnesen können Aufschluss, besonders über die Dauer des Verhaltens geben. Außerdem stellen sich Menschen meist zunächst aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung zur Behandlung vor. Das allerdings macht eine Beurteilung der Persönlichkeit nicht möglich, da die Persönlichkeitszüge schon verzerrt sind (bspw. durch eine depressive Episode oder eine somatoforme Störung). Deshalb muss die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung so lange zurück gestellt werden, bis die akute psychische Erkrankung weitgehend remittiert ist.

Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung wurden weiter oben bereits dargestellt (starkes Abweichen des Verhaltens von kulturellen Begebenheiten, etc.). Weiterhin gibt es standardisierte Untersuchungsinstrumente wie Interviews oder Selbstbeurteilungsfragebögen.

Therapie

Persönlichkeitsstörungen sind prinzipiell nicht so erfolglos wie behauptet. Eine Therapie stellt jedoch hohe Anforderungen an Einfühlungsvermögen, Geduld und Flexibilität des Therapeuten. Allgemein lassen sich auch keine Strukturmerkmale festhalten, die einen besonders günstigen Verlauf fördern.

Hierarchisierung von Problembereichen

Da bei Persönlichkeitsstörungen mehrere Problembereiche vorliegen (Suizidalität, Missbrauch von Alkohol, Agoraphobie bei histrionischer PS) ist eine Hierarchisierung der Probleme nach ihrer Gefährdung sinnvoll.

Strukturelle Merkmale einer Psychotherapie

- **Diagnostik und Therapievereinbarung**
Dauer, Anzahl der Sitzungen
- **Aufbau einer therapeutischen Beziehung**
Schemakonformes Verhalten, eine zu frühe Intervention durch den Therapeuten kann zum Abbruch führen
- **Strukturierung des sozialen Umfelds**
Bearbeitung behindernder Verhaltensmuster
- **Übertragung ins soziale Umfeld**
- **Supervision des Therapeuten**

Pharmakotherapie

Zum einen ist die Behandlung komorbider Symptome angezeigt, zum anderen kann auch die Persönlichkeitsstörung an sich behandelt werden (atypische Neuroleptika bei Borderline, Lithium bei Aggressivität). Die Psychopharmakotherapie sollte immer mit einer Psychotherapie kombiniert sein.

Verlauf und Prognose

Beginn einer PS ist meist in der Kindheit. Das subjektive Leiden kann im weiteren Verlauf schwanken und bei entsprechenden Lebensumständen und Umweltbedingungen durchaus befriedigend verlaufen. Bei veränderten Lebenssituationen, bei denen ein flexibles Reagieren gefordert wird, können sich jedoch Schwierigkeiten ergeben.

Die meisten PS nehmen einen chronischen Verlauf, wobei der Beeinträchtigungsgrad unterschiedlich sein kann. Etwa ein Drittel hat einen ungünstigen Verlauf, jedoch profitieren ca. 50% deutlich von einer Therapie.

Auf den folgenden Seiten schauen wir uns die einzelnen Persönlichkeitsstörungen an.

Die Therapie einer Persönlichkeitsstörung erfordert hohes Einfühlungsvermögen.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Schlaf- und Ess-Störungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
von Schlaf- und Ess-Störungen



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

Dyssomnien, Parasomnien

Schlafstörungen bei organischen und psychischen Erkrankungen
Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adipositas

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Schlaf- und Ess-Störungen

Seite 5



Kurz und bündig Schlafstörungen
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6

Einführung in die Schlafstörungen
Hier erhalten Sie einen Überblick über die Schlafstörungen.

Seite 7-8

Dyssomnien
Hier erfahren Sie, was Dyssomnien sind.

Seite 9

Parasomnien
Hier erfahren Sie, was Parasomnien sind.

Seite 9-10

Schlafstörungen bei organischen und psychischen Erkrankungen
Hier erfahren Sie, welche Schlafstörungen bei organischen und psychischen Erkrankungen auftreten können.

Seite 11

Kurz und bündig Ess-Störungen
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 12-13

Anorexia Nervosa - Magersucht
Hier erfahren Sie die Kriterien und die Therapiemöglichkeiten der Magersucht.

Seite 14-15

Bulimia Nervosa - Ess-Brechsucht
Hier erfahren Sie die Kriterien und die Therapiemöglichkeiten der Bulimie.

Seite 16

Adipositas
Hier erfahren Sie die Kriterien und die Therapiemöglichkeiten der Adipositas.

Seite 17-21



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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 Jetlag.

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), Einhalten von 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 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.

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

Schlafstörungen

Physiologie des Schlafs

Mit Hilfe eines Elektrookulogramms (ein Gerät, das Augenbewegungen aufzeichnet) wurde erstmals 1951 festgestellt, dass die Augen im Laufe des Schlafs periodische Bewegungsphasen zeigen, die man später REM-Phasen nannte (REM= rapid eye movement: rasche Augenbewegung). Ein Zusammenhang zwischen diesen REM-Phasen und dem Träumen wurde immer wahrscheinlicher, als festgestellt wurde, dass sich Testpersonen, die man in Schlaflaboren während des REM-Schlafes weckte, mit größerer Wahrscheinlichkeit an Träume erinnerten als Testpersonen, die man aus dem NON-REM-Schlaf gerissen hatte.

Mit Hilfe des Elektroenzephalographen (EEG = Gerät, das Hirnströme misst) konnten die Wissenschaftler noch konkreter absehen, dass Traum- und REM-Phasen in direktem Verhältnis zu bestimmten Hirnaktivitäten stehen. Die mittels EEG auf Papier festgehaltenen Zickzackmuster konnten die Hirnströme im Lauf des Schlafes widerspiegeln und ließen Rückschlüsse auf charakteristische Hirnströme und Wellenkombinationen zu. Wir unterscheiden vier Phasen des Schlafes,

- ausgehend von der leichten Schlafphase (Stadium 1+2)
- bis zur Tiefschlafphase (Stadium 3+4).

So wird während der ersten 45 Minuten des Schlafs das Gehirn immer ruhiger, es fällt immer tiefer in Ruhe, und die Augen des Schläfers bleiben entspannt. Dann kehrt sich dieser Prozess um, allerdings verbleibt der Schläfer dann kurz in der ersten von normalerweise fünf REM-Schlaf-Phasen, die nur wenige Minuten andauern.

Dieser Zyklus wiederholt sich, wobei die REM-Phasen länger und die niederfrequenten Schlafstadien weniger werden, bis sie gegen Morgen dann ganz ausbleiben. Deshalb heißt der Schlaf vor Mitternacht der goldenen Schlaf, weil er vor der ersten REM-Phase der tiefste und regenerativste ist.

Es werden nach der ICSD-2 (Internationale Klassifikation der Schlafstörungen) sechs Hauptgruppen unterschieden.

1. Insomnien
2. Schlafbezogene Atmungsstörungen
3. Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs
4. Zirkadiane Rhythmusstörungen
5. Parasomnien
6. Schlafbezogene Bewegungsstörungen

Die Diagnosen sind weitestgehend in der ICD-10 enthalten und werden in der Gruppe „G“ aufgeführt, die hier der Vollständigkeit halber jeweils beigefügt sind

Zur Diagnosestellung erfordert es einer Anamnese der Symptome: Genaues Erfassen der Schlafdauer, Tagesmüdigkeit, Leistungseinbußen, körperliche Erscheinungen, psychische Erscheinungen, Dauer, Häufigkeit, etc.

Weiterhin wichtig sind die **Umgebungsbedingungen** (Lärm, Temperatur, Licht, Schlafplatz, Schlafpartner), die **Schlafgewohnheiten** (Rhythmus, Abendgestaltung) und Probleme des **Schlaf-Wach-Rhythmus** (Schichtarbeit, Jetlag). Außerdem bedarf es der Erhebung **aktueller und früherer körperlicher und psychischer Beschwerden**, einer **Drogen- und Medikamentenanamnese** und einer **Familienanamnese**.

Erst wenn eine sekundäre Schlafstörung (körperlich oder psychisch verursacht) ausgeschlossen werden kann, sollte die Überweisung, bzw. die Empfehlung der Überweisung in ein Schlaflabor erfolgen.

Wissen zum Heilpraktiker für Psychotherapie
Schlaf- und Ess-Störungen

Zur Abklärung der Ursachen einer Schlafstörung ist die Abfrage aller äußerer und innerer Zustände, die in dafür in Frage kommen, notwendig.

Dyssomnien

Dies sind Ein- und Durchschlafstörungen in Verbindung mit Tagesmüdigkeit. Sie sind nichtorganisch, bzw. primär.

Intrinsische Schlafstörung (Die Ursachen liegen im Inneren)

Dies sind Ein- oder Durchschlafstörungen (G47.0), mindestens dreimal pro Woche während mindestens eines Monats. Dabei erwacht der Patient früh und hat tagsüber Einbußen in seiner (Denk)Leistung. Auffällig ist die immer häufigere Beschäftigung mit der Angst, abends wieder nicht einschlafen zu können. Als Therapie kann ein Schlaftagebuch empfohlen werden, in dem der Schlafrythmus, äußere Ereignisse, etc. aufgezeichnet werden und evtl. in Zusammenhang gebracht werden können. Außerdem kann das Ausmaß Schlafstörung „objektiv“ erfasst werden. Ebenso kann eine Verhaltenstherapie helfen. So können bspw. negative Gedanken positiv formuliert werden, wie: „Ich bin morgen vielleicht müde, wenn ich jetzt nicht einschlafe, kann aber immer noch vieles erledigen.“ Außerdem kann eine Aufklärung über entsprechende „Schlafhygiene“ nützlich sein. Diese beinhaltet:

1. Regelmäßige nächtliche Schlafzeiten, nicht vor dem Fernseher schlafen
2. Konsequenter Verzicht auf Alkohol oder koffeinhaltigen Getränken nach dem Mittagessen
3. Keine schweren abendlichen Mahlzeiten
4. Regelmäßige körperliche Aktivität, jedoch nicht abends
5. Keine starke geistige Beanspruchung vor dem Schlafen
6. Entwicklung eines Einschlafrituals
7. Kein Arbeiten oder Fernsehen im Bett
8. Ruhige, abgedunkelte Schlafumgebung
9. In der Nacht nicht auf die Uhr schauen

Eine medikamentöse Therapie ist meist nicht erforderlich und sollte nur in Zusammenhang mit einer nichtmedikamentösen erfolgen. Die Prognose ist bei entsprechender Therapie recht gut.

Hypersomnie (G47.1)

Trotz langer Schlafdauer (Hyper = über, viel) klagt der Patient über Müdigkeit. Dabei lassen Konzentration und Leistungsfähigkeit nach. Beginn ist meistens im Jugendalter, die Ursachen sind nicht geklärt.

Diagnosekriterien sind:

- Übermäßige Schlafneigung während des Tages, verlängerter Übergang in den Wachzustand.
- Nahezu tägliches Auftreten, mindestens einen Monat unter Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit.
- Fehlen von Symptomen wie Narkolepsie oder von Hinweisen für eine Schlafapnoe (bspw. starkes Schnarchen).
- Fehlen von organischen Faktoren (entspr. Krankheitsbilder, Einnahme von Medikamenten oder Drogen).

Bei der Diagnose sind organische oder psychiatrische Befunde auszuschließen. Meist ist eine Untersuchung im Schlaflabor notwendig. Die Therapie sollte auf Medikamente verzichten, v.a. auf sedierende. Evtl. können Stimulantien eingesetzt werden.

Als Dyssomnie bezeichnet man generelle Schlafstörungen, die das Ein- oder Durchschlafen betreffen.

Dyssomnien

• Schlafapnoesyndrom (G47.3)

Hier kommt es während des Schlafes zu Atempausen von mindestens 10 bis über 60 Sekunden. Es treten ähnliche Symptome wie bei der Hypersomnie auf. Außerdem verursacht das Syndrom körperliche Schäden. Hier ist der Befund eines Facharztes notwendig (HNO) und eine weitere Untersuchung im Schlaflabor.

• Narkolepsie (G47.4)

Sie ist gekennzeichnet durch übermäßige Tagesschläfrigkeit mit einem zu unpassender Zeit einsetzenden Schlafdrang. Die Schlafattacken bei Narkolepsie, manchmal durch extremen Stress ausgelöst, haben nichts mit Unausgeschlafenheit zu tun und lassen sich daher auch mit viel Schlaf nicht beheben. Bei Nichterkennung bzw. Nichtbehandlung kann Narkolepsie aufgrund der gravierenden Einschränkungen bis zur Arbeitsunfähigkeit führen. Die vier häufigsten Symptome der Narkolepsie sind

- Plötzlicher Spannungsverlust, d.h. Lähmung der Muskeln
- Schlafparalyse (Schlafähmung)
- Kurz vor dem Einschlafen oder im Halbschlaf auftretende visuelle oder akustische Halluzinationen
- Automatisiertes Verhalten: Es werden auch dann noch Tätigkeiten motorisch ausgeführt, wenn das Bewusstsein eingeschränkt ist und somit die Handlungen nicht bewusst gesteuert werden können

Zur Diagnose sollte zunächst eine gründliche Untersuchung durch einen Arzt erfolgen, um organische Erkrankungen auszuschließen. Danach sollte eine Überweisung an einen Schlafmediziner erfolgen. Ursachen können genetischer Natur sein. Als Therapie kommen Einhalten der Schlafhygiene und medikamentöse Behandlung, bspw. mit Trizyklischen Antidepressiva oder Amphetaminderivaten in Frage.

• Restless-legs-Syndrom (G25.8)

Das Syndrom der ruhelosen Beine wird von den Patienten als besonders quälend empfunden, wie die folgenden typischen Beschwerden zeigen:

- "Am liebsten würde ich meine Beine abhacken, weil ich das Kribbeln nicht mehr aushalte."
- "Wenn ich meine Beine nicht bewege, spüre ich ein unerträgliches Gefühl, als liefen ganze Ameisenhaufen unter meiner Haut entlang."

Die Missempfindungen in den Beinen treten hauptsächlich im Wachzustand auf und verhindern meistens das Einschlafen. Durch den ständigen Bewegungsdrang, der als Gegenreaktion zu den Schmerzen zu verstehen ist, finden die Betroffenen dann nicht in den Schlaf. Dies führt zu erheblicher Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit durch Müdigkeit und Schläfrigkeit, so dass die Patienten oftmals nicht in der Lage sind, normale Leistungen zu erbringen oder ihren täglichen Pflichten nachzukommen. Die Suizidgefahr ist hier größer als normal. Es existieren Medikamente, die in den Dopaminhaushalt eingreifen. Allerdings spricht längst nicht jeder Patient darauf an.

• Extrinsische Schlafstörungen

Hier spielen äußere Faktoren, wie Lärm oder Licht eine schlafstörende Rolle. Ebenso können eine schlechte Schlafhygiene oder auch Alkohol- und Medikamenteneinnahme eine Rolle spielen. Nach Entfernung der Störquellen sollte diese Schlafstörung aufhören. Sie kann sich allerdings auch zu einer psychophysiologischen Insomnie entwickeln, die auch nach Behebung der äußeren Faktoren anhält.

Bei den nebenstehenden Syndromen bedarf es einer besonderen Abklärung.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Sexualstörungen

Einteilung, Diagnose & Behandlung
von Sexualstörungen



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

Funktionsstörungen
Störungen der Geschlechtsidentität
Störungen der Sexualpräferenz

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Sexualstörungen

Seite 5



Kurz und bündig Sexualstörungen
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 6-7

Einführung in die Sexualstörungen
Hier erhalten Sie einen Überblick über die Sexualstörungen

Seite 8-9

Funktionsstörungen
Hier erfahren Sie, was sexuelle Funktionsstörungen sind

Seite 10

Störungen der Geschlechtsidentität
Hier erfahren Sie, was Störungen der Geschlechtsidentität sind.

Seite 11-13

Störungen der Sexualpräferenz
Hier erfahren Sie, welche Störungen es bezüglich der sexuellen Präferenz gibt.

Seite 14-17



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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, zum frühzeitigen oder ausbleibenden 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 Mensch mit seinem biologischen Geschlecht nicht wohl, so spricht man von einer **Störung der Geschlechtsidentität**. Diese Menschen streben dann 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 Männer gibt, die sich dem weiblichen 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. Nichtsdestotrotz leiden viele dieser Menschen, eben weil sie auch nach einer Operation unter anderem soziale Probleme fürchten müssen. Auch körperlich ist eine solche Operation nicht immer komplikationsfrei.

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 dazugehörige Partner auch gegen seinen Willen für die Praktiken instrumentalisiert wird. Bekannteste sind der Fetischismus, Voyeurismus, Exhibitionismus oder Sadosomasochismus. Außerdem steht die Pädophilie 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.

Sexualstörungen

Menschliche Sexualität beschränkt sich längst nicht nur auf den biologischen Aspekt der Fortpflanzung. Durch das Fehlen einer sexuell aktiven Zeit (wie die Brunstzeit bei Tieren), ist sie ständig präsent. Zudem gibt es alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Sexualität hat keine lebenswichtige Funktion, wie es die Nahrungsaufnahme und der Schlaf bspw. haben und ist kein reines Instinktgeschehen. Vielmehr leistet sie einen Beitrag zum Wohlempfinden und zur Zufriedenheit.

Die Sexualität ist heutzutage weniger durch das Alter als durch die altersbedingte Funktion beschränkt.

Man unterscheidet die folgenden Zuordnungen:

• Biologisches Geschlecht	Äußeres Geschlecht, Geschlechtsmerkmale
• Geschlechtsidentität	Subjektive Zugehörigkeit als Mann/Frau zur Geschlechtsrolle
• Sexuelle Orientierung	Ausrichtung auf das Partnergeschlecht (Hetero-, Homo-, Bisexuell)
• Geschlechtsrolle	Gesellschaftliche Erwartung an das entsprechende Geschlecht

Die „normale“ Sexualität

Bei den neurotischen Störungen haben wir bereits über die Entwicklungsphasen nach Freud gehört. Sie stellen ein Entwicklungsmodell der Sexualität dar:

Phase	Lebensjahr	Beschreibung
Orale Phase	1.	Lustvolles Gefühl der Nahrungsaufnahme, des Einverleiben und Versorgtwerdens
Anale Phase	2. - 3.	Subjektive Kontrolle des Ausscheidung, des Loslassens, der Abgrenzung
Phallisch-ödipale Phase	4. - 6.	Erleben der Geschlechterunterschiede, des Werbens und der Konkurrenz
Latenzphase	7. - 12.	Abnahme des sexuellen Interesses, Zunahme der Umweltaktivitäten und der sensomotorischen Fähigkeiten

Tab.1: Entwicklungsphasen nach S. Freud

Die Grenzen zwischen den Phasen sind fließend. Während bei Mädchen die Pubertät heute bei 13-14 Jahren liegt, beginnt sie bei Jungen etwas später.

Im Alter ist die Sexualität prinzipiell nicht eingeschränkt, es kommt jedoch häufig zu verminderten Reizleitungen und Erektionsstörungen beim Mann.

Homosexualität

Homosexualität bezeichnet die Zuwendung zum gleichen Geschlecht, bei Männern spricht man von „schwul“ bei Frauen von „lesbisch“

Im Folgenden ein paar Zahlen (ca.)

- 1/3 aller Männer haben ein homosexuelles Erlebnis gehabt
- Bei 4% liegt eine Neigungshomosexualität vor
- 10-15% aller Frauen haben ein homosexuelles Erlebnis gehabt
- 1-2% sind homosexuell festgelegt
- Frauen wissen mit ca. 20-25 Jahren, ob sie homosexuell sind

Homosexualität gilt heute als normale Äußerung der Sexualität.

Homosexualität zählt mittlerweile zu normalem Verhalten und stellt keine Störung mehr dar. Man spricht von

- **Neigungshomosexualität**
Entschiedene Zuwendung zum eigenen Geschlecht, teilweise unerkannt aus Angst vor Restriktionen, mitunter verheiratet. Das Suizidrisiko ist v.a. im Alter erhöht.
- **Hemmungshomosexualität**
Aus Angst vor dem anderen Geschlecht wird auf homosexuelle Kontakte zurückgegriffen, häufig bei Ichschwachen oder infantilen Männern. Neurotische Fehlentwicklung, evtl. psychotische oder hirnorganische Erkrankungen müssen in Betracht gezogen werden.
- **Entwicklungshomosexualität**
Im Rahmen der sexuellen Entwicklung stattfindende homosexuelle Kontakte.
- **Pseudohomosexualität**
Bspw. Stricher oder Prostituierte aus materiellen Gründen oder Häftlinge mit fehlender Möglichkeit, heterosexuell zu leben.

Etwa 1/3 aller Männer suchen eine Beratung auf, meist weil sie an den Reaktionen der Umwelt leiden. Hieraus können chronischer Alkoholmissbrauch, Selbstmordgedanken und soziale Isolierung die Folge sein. Hormonelle Behandlungen werden nicht mehr eingesetzt, sondern Begleitung und Beratung.

Störungen der Sexualität

Man unterscheidet zwischen

- Sexuellen Funktionsstörungen
- Störungen der Geschlechtsidentität
- Störungen der Sexualpräferenz

Auf den folgenden Seiten befassen wir uns mit diesen drei Bereichen ausführlicher:

Sexuelle Funktionsstörungen (F52)

Störung	Frau	Mann
Appetenz	Störung des Verlangens, sexuelle Aversion, Ekel, Ängste	
Erregung	Lubrikationsstörungen, Hyper-, Hyposekretion	Erektionsstörungen, Dauererektion
Schmerz	Schmerzen beim Beischlaf (Dyspareunie, Vagibismus)	
Orgasmus	Anorgasmie	Frühzeitige oder verzögerte Ejakulation, Ejakulation ohne Orgasmus
Entspannung	Nachorgastische Gereiztheit, Schlafstörungen, Einanfälle, innere Unruhe	

Eine sexuelle Funktionsstörung kann körperliche oder emotionale Gründe haben.

Tab. 2: Sexuelle Funktionsstörungen

- **Appetenzstörungen (F52.0, F52.1 und F52.7)**

Das verminderte oder fehlende Verlangen nach Sexualität tritt häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Außerdem kann ein gesteigertes (F52.7) Verlangen nach Sexualität auftreten. Ebenso kann eine Abneigung vorhanden sein (F52.1)

- **Erregungsstörungen (F52.2)**

Hier liegt bei Männern eine für den Geschlechtsverkehr nicht ausreichende Erektion vor. Die Libido ist dabei normal und bei der Selbstbefriedigung liegen die Probleme oft nicht vor. Tritt die Störung bei bestimmten Partnern auf, spricht man von fakultativer, ansonsten von obligater Impotenz.

- **Orgasmusstörungen (F52.3 und F52.4)**

Besonders bei jüngeren oder unerfahrenen Männern tritt der vorzeitige Samenerguss auf (F52.4). Er gehört zu den häufigsten männlichen Funktionsstörungen. Der gehemmte Orgasmus (F52.3) kommt seltener vor und kann auf eine Angst vor dem orgasmischen Erleben zurückzuführen sein, auch eine homosexuelle Entwicklung kann in Betracht gezogen werden. Differenzialdiagnostisch kommen Medikamente, Alkohol oder neurologische Störungen in Frage. Bei der Impotentia satisfactionis kommt es trotz Samenerguss nicht zur sexuellen Befriedigung.

Bei Frauen sind Orgasmusstörungen oft auf emotionale oder äußere Einflüsse zurückzuführen. 30% der Frauen leiden unter Orgasmusstörungen, 5-10% erleben nie einen. Eine globale Anorgasmie ist selten und umfasst dann auch die Selbstbefriedigung.

- **Schmerzhafter Beischlaf (F52.5 und F52.6)**

Beim **Vaginismus** (F52.5) kommt es beim Versuch, mit dem Penis einzudringen zu einer schmerzhaften Anspannung der Scheide und der Beckenmuskulatur. Man spricht bei einer naiv-kindlichen Einstellung zur Sexualität von „Dornröschensyndrom“, bei aggressiver von „Brunhildstyp“. Ablehnendes oder abwertendes Verhalten durch den Partner kann die Störung beeinflussen. Von **Dyspareunie** (F52.6) beim Verkehr spricht man, wenn Schmerzen, Brennen oder Jucken damit verbunden sind. Die Ursachen sind körperlich (hormonell, Narben, etc.) und die Schmerzen können durch die Schmerzerwartung chronisch werden.

- **Postorgastische Verstimmung**

Nach dem Orgasmus kann es zu funktionellen Störungen kommen. Ursachen können unausgesprochene partnerschaftliche Konflikte sein oder andere psychogene Störungen.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Störungen im Kindes- und Jugendalter

Einteilung, Diagnose & Behandlung
von Störungen im Kindes- und Jugendalter



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

**Intelligenzminderung, umschriebene Entwicklungsstörungen
schulische Fertigkeiten, tiefgreifende Entwicklungsstörungen
ADHS, emotionale Störungen, Ticstörungen
Ausscheidungsstörungen, Schlafstörungen
Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch**

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Seite 5-6



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 7-8

Intelligenzminderung
Hier erhalten Sie einen Überblick über die Auswirkungen und Ursachen von Intelligenzminderung.

Seite 9

Umschriebene Entwicklungsstörungen
Hier erfahren Sie mehr über die umschriebenen Entwicklungsstörungen, ihre Erkennung und Behandlung.

Seite 10

Schulische Fertigkeiten
Hier erfahren Sie mehr über Störungen der schulischen Fertigkeiten ihre Erkennung und Behandlung.

Seite 11

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
Hier erfahren Sie mehr über tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie Autismus und das Rett-Syndrom.

Seite 12-13

ADHS bei Kindern
Hier erfahren Sie mehr über das ADHS-Syndrom, seine Ursachen und Behandlung.

Seite 14

Emotionale Störungen
Hier lernen Sie, dass im Kindesalter ebensolche Störungen auftreten können, wie im Erwachsenenalter.

Seite 15

Ticstörungen
Hier erfahren Sie mehr über Ticstörungen.

Seite 16

Ausscheidungsstörungen
Hier erfahren Sie mehr über Ausscheidungsstörungen.

Seite 17

Schlafstörungen
Hier erfahren Sie mehr über Schlafstörungen.

Seite 18

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern
Hier erfahren Sie über die Auswirkungen der Misshandlung von Kindern.

Seite 19-24



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – 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. Die Ursache 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. In der Regel 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. Die Intelligenz ist hier oft 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 auswendiglernen o.ä.). Der Autismus ist wenig erforscht, deshalb sind Beschreibungen hierüber keine absolut gültigen.

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 und vokale (sprachliche oder Geräusche) 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. Sie wurden bereits bei den Schlafstörungen behandelt.

Ebenso die Ess-Störungen. Am häufigsten erkranken Mädchen (Verhältnis 1:12 zu Jungen) an einer Anorexie, bei 20% verläuft sie chronisch, bis zu 15% 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!

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Allgemeine Charakteristik

Die Ursachen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind meist mehrdimensional, d.h. es spielen biologische, psychologische und soziale Aspekte hinein. Neben Familien- und Eigenanamnese spielt auch die Fremdanamnese eine große Rolle bei der Diagnose. Genauso sollte die Therapie mehrdimensional angelegt sein, also Psychoedukation, Psychotherapie und Pharmakotherapie einbeziehen. Außerdem muss die Familie und das soziale Umfeld einbezogen werden. Die Prognose hängt hier von den nebeneinander wirkenden Störungen, dem Verlauf und dem sozialen Umfeld ab.

Intelligenzminderung

Es handelt sich hier um eine stehen gebliebene, unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Betroffen davon sind meist Kognition (Denken), Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten, die zur Minderung des Intelligenzniveaus beitragen. Unterschieden hiervon wird die Demenz, bei der es sich um den Abbau bereits vorhandener Intelligenz handelt.

Bezeichnung	Vorkommen in %	IQ	Beschreibung
Niedrige Intelligenz		85 - 70	Können sich im Leben selbst zurechtfinden, Hauptschule und leichte berufliche
Leichte Intelligenzminderung	80%	69 - 50	Besuch einer Schule für individuelle Lernförderung, einfache praktische Tätigkeiten sind möglich.
Mittlere Intelligenzminderung	12%	49 - 35	Abhängigkeit von Fürsorge, Arbeitstätigkeit in geschützten Werkstätten, Besuch der Schule für individuelle Lebensbewältigung.
Schwere Intelligenzminderung	7%	34 - 20	Häufig in speziellen Einrichtungen untergebracht, Schulbesuch kaum möglich, oft verbunden mit zusätzlichen Behinderungen wie bspw. Lähmungen
Schwerste Intelligenzminderung	1%	19 - 0	Mehrheitlich Pflegefälle mit Mehrfachbehinderungen

Tab. 1: Intelligenzminderung in Zahlen

Die Ursachen der Intelligenzminderung sind in 50% der Fälle nicht bekannt. Je stärker die Intelligenzminderung ausgeprägt ist, umso mehr kann man von organischen Schäden, Fehlbildungen Stoffwechselstörungen und anderen körperlichen Merkmalen als Ursache ausgehen.

Ursachen einer Intelligenzminderung können sein:

- Vorgeburtlich (pränatal) entstandene Formen
 - Genmutationen
 - Fehlbildungssyndrome
 - Chromosomenanomalien
 - Exogen verursacht (Krankheiten)
- Während der Geburt (perinatal) entstandenen Formen
 - Geburtstraumata
- Nachgeburtlich (postnatal) entstandene Formen
 - Schäden (Entzündungen, Tumore)

Sowohl eine niedrige, als auch eine hohe Intelligenz können zu erheblichen Störungen und Einbußen führen.

Als Symptome können auftreten:

- Probleme beim Anpassen an neue Situationen
- Schwierigkeiten beim Unterscheiden zwischen Wichtigem und Unwichtigem
- Antriebs- und Affektstörungen
- Großer Bewegungsdrang mit Kurzschlusshandlungen
- U.U. Selbstverstümmelung
- Psychische Störungen

Zur Diagnose bedarf es genauer Untersuchungen mittels

- Internistisch-neurologischen Methoden,
- Neuropsychologischen Tests,
- Apparativer und Laborgestützter Untersuchungen und
- Psychogenetischer Untersuchung bei Verdacht auf ein Syndrom

Differentialdiagnostisch müssen

- Demenzzustände und
- Frühkindlicher Autismus

ausgeschlossen werden.

Die Therapien beziehen sich auf die auftretenden Symptome. So sind bei motorischen Störungen Übungsbehandlungen notwendig. Ebenso haben sich Verhaltenstherapeutische Ansätze (bspw. bei Selbstverletzung aber auch für alle anderen Lebenssituationen wie selbständig essen, etc.) bewährt. Unterstützung und Beratung der nahe stehenden Personen ist von großer Bedeutung.



Intelligenzminderung tritt meistens im Kindesalter, entweder vor- oder nachgeburtlich auf. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und häufig nicht zu klären. Doch auch eine hohe Intelligenz (größer IQ 130) und somit eine Hochbegabung kann zu erheblichen Störungen führen, wenn sie nicht erkannt und gefördert wird.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Abhängigkeit und Sucht

Einteilung, Diagnose & Behandlung
von stoffgebundenen Abhängigkeiten



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

**Suchterkrankung, Störungen durch Alkohol
Störungen durch Drogen, Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulantien
Halluzinogene, Medikamentenmissbrauch und Tabak**

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Seite 5-6



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 7-9

Einführung in die Suchterkrankung
Hier erhalten Sie einen Überblick über die Suchterkrankung, ihre Ursachen, Diagnose und Therapie.

Seite 10-13

Störungen durch Alkohol
Hier erfahren Sie über die Alkoholsucht, ihre Entstehung, Erkennung und Behandlung.

Seite 14

Störungen durch Drogen
Hier bekommen Sie eine Einführung in die Störungen durch Drogen.

Seite 15

Störungen durch Opioide

Seite 16

Störungen durch Cannabinoide

Seite 17

Störungen durch Kokain und andere Stimulantien

Seite 18

Störungen durch Halluzinogene

Seite 19

Medikamentenmissbrauch

Seite 20

Störungen durch Tabak

Seite 21-27



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

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 schnüffeln, etc. bestehen.

Ein Abhängigkeitssyndrom ist durch starkes Verlangen, Kontrollverlust und körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzgebrauch und 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 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 bis hin zum Delir und Psychosen (4).

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

Bei starkem Alkoholkonsum kann es zu psychischen Beeinträchtigungen kommen, so z.B. zu einem Delir oder auch zu Psychosen (Eifersuchtswahn, Alkoholhalluzinose). Bei 10% tritt die lebensbedrohliche Wernecke-Enzaphalopathie (Vitamin B1-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 Monate 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, die „geschnüffelt“ werden, 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 langsam abgesetzt (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.

Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (F10 - F19)

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Man verzichtet heute auf die Unterscheidung zwischen psychischer und körperlicher Sucht und verwendet den Begriff der Abhängigkeit.

Beschreibung

In der ICD-10 wird die Sucht in der Kategorie F10-F19 erfasst:

F10	Störungen durch Alkohol
F11	Störungen durch Opioide
F12	Störungen durch Cannabinoide
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Störungen durch Kokain
F15	Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein
F16	Störungen durch Halluzinogene
F17	Störungen durch Tabak
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Heute wird nicht mehr zwischen psychischer und körperlicher Abhängigkeit unterschieden.

Weiterhin wird die Art der Störung klassifiziert in

- Intoxikation
- Missbrauch/schädlicher Gebrauch
- Abhängigkeit
- Entzugssyndrom, Entzugssyndrom mit Delir
- Psychotische Störung, psychische und Verhaltensstörung
- Amnestisches Syndrom

Die folgenden Begriffe werden beim Thema Sucht gebraucht:

- **Abhängigkeit**
Innerhalb eines Jahres treten bestimmte Suchtkriterien auf, besonders Entzugssymptome, Kontrollverlust und Toleranzentwicklung.
- **Missbrauch oder schädlicher Gebrauch**
Konsumverhalten, das zu körperlichen oder psychischen Schäden führt.
- **Psychische Abhängigkeit**
Starkes Verlangen nach einer Droge.
- **Körperliche Abhängigkeit**
Toleranzentwicklung und Auftreten von körperlichen Entzugserscheinungen.
- **Toleranzentwicklung**
Gewöhnung an eine Droge und Steigerung der Dosis bei gleich bleibender Wirkung.
- **Suchtpotential**
Beschreibt die Fähigkeit einer Substanz, Abhängigkeiten zu erzeugen.
- **Drogen**
Psychotrope Substanzen, die eine Wirkung auf das Nervensystem haben.
- **Polytoxikomanie**
Konsum von mindestens drei Substanzen (ICD-10) innerhalb von 6 Monaten. Für die Diagnose ist von Bedeutung, dass die Substanzen wahllos eingenommen werden.

Ausbreitung

Am stärksten treten innerhalb der Suchterkrankungen die Störungen durch Alkohol auf. Die Alkoholabhängigkeit gehört gleich nach der Depression zu den 10 Erkrankungen, die am stärksten die Lebensqualität einschränken.

- Ca. 7,8 Mio. Deutsche haben einen riskanten Alkoholkonsum, 2,4 Mio. einen Alkoholmissbrauch und 1,5 Mio. sind alkoholabhängig.
- 2 Mio. Deutsche konsumieren Cannabis.
- 1,5 Mio. Deutsche sind medikamentenabhängig, 2 Mio. von Benzodiazepinen (Beruhigungsmittel, Tranquilizer).
- 1 Mio. konsumieren Amphetamine (Ecstasy, etc.), Tendenz steigend. ca. 150. Tsd. konsumieren Heroin

Ursachen

Bei der Entstehung von Abhängigkeiten spielen mehrere Faktoren eine Rolle:

• **Genetische Faktoren**

Zwillingsstudien zeigen eine höhere Übereinstimmung zwischen eineiigen und zweieiigen Zwillingen, Adoptionsstudien zeigen ebenso eine genetische Ursache an: Auch wenn ein Kind alkoholkranker Eltern bei nicht-alkoholkranken Eltern aufwächst, ist eine höhere Rate von Alkoholsucht zu beobachten.

• **Verhaltens- und Lernfaktoren**

Man weiß, dass Konditionierungsprozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeiten von zentraler Bedeutung sind. Durch operante Konditionierung kann ein Kind bspw. lernen, dass die Einnahme von Drogen „angenehme“ Effekte haben kann. Auch eine Steigerung der Anerkennung durch andere spielt eine Rolle.

• **Soziale Faktoren**

Hier spielen besonders die Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit, die Kosten einer Droge und das Verhalten Gleichaltriger eine Rolle.

Komorbidität

Bei 50% der Abhängigen finden sich weitere psychische Störungen wie

- Persönlichkeitsstörungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen

Im Vorfeld treten häufig auf:

- Überforderungssituationen
- Stressbelastung, Leistungsdruck
- Chronische Schlafstörungen
- Schmerzzustände

Oft beginnt die Sucht mit der Eigentherapie bestehender Symptomaten, so z.B. mit Beruhigungsmitteln wie Benzodiazepinen.



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. Auslöser können unter anderem Belastungssituationen, Schlafstörungen oder Schmerzzustände sein

Neben Cannabis und Medikamenten ist Alkohol die "Droge Nr. 1".

Therapie

Die Phasen einer Therapie sind:

- **1. Kontaktphase**
Hier findet eine Motivation zu einer Therapie statt und ein Therapieplan wird erstellt.
- **2. Entgiftungs-, Entzugsphase**
Hier geht es um das Erreichen einer kompletten Abstinenz, am besten stationär. Außer bei Benzodiazepinen und Barbituraten ist ein abrupter Entzug möglich. Entzugssymptome können mit geeigneten Medikamenten behandelt werden, bspw. Clomethiazol bei Alkohol, Doxepin bei Opiaten.
- **3. Entwöhnungsphase**
Sie dauert ca. 4-6 Monate
- **4. Nachsorgephase**
Hier geht es um die Stabilisierung des Zustands durch Ärzte und Psychotherapeuten, evtl. auch in betreutem Wohnen.

Die entscheidende Phase der Therapie ist die Kontaktphase, da hier die Motivation zur Therapie aufgebaut werden muss.

Prognose

Die Prognose ist nicht günstig und die Rückfallquote beträgt bei Alkohol bis zu 80% und bei Heroin bis zu 90%. Langzeitprogramme haben hier den größten Erfolg.

Störungen durch Alkohol (F.10)

Diagnostik

Hier gilt: Mindestens drei bis sechs der allgemeinen Kriterien müssen beim Gebrauch von Alkohol auftreten. Am wichtigsten sind:

- Kontrollverlust
- Entzugserscheinungen
- Toleranzentwicklung

Ausbreitung

Ca. 2 Mio. Deutsche leiden an einer behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigkeit, ca. 5% der männlichen und 2% der weiblichen Erwachsenen.

Prognose

Aufgrund zahlreicher Folgeerkrankungen liegt die Mortalität in Deutschland bei ca. 42.000 Menschen pro Jahr. Außerdem besteht eine erhöhte Suizidrate:

- 25% aller Alkoholkranken unternehmen mindestens einen Suizidversuch
- 5-10% sterben durch Suizid

Komorbidität

Zu den häufigsten komorbiden Störungen gehören:

- Angststörungen
- Affektive Störungen (v.a. Depressionen)
- Persönlichkeitsstörungen (bei Männern v.a. die antisoziale PS)
- Abhängigkeiten von anderen psychotropen Substanzen

Zum einen kann Alkoholsucht Folge einer fehlenden oder falschen Behandlung sein, jedoch können die Symptome auch erst aufgrund der Alkoholsucht hinzukommen. Bei komorbiden Erkrankungen wird die Prognose in der Regel verschlechtert.

Entwicklung

Nach Jellinek werden vier Stadien unterschieden, die sich auch über Jahre ziehen können:

- **1. Präalkoholische Phase**
Mäßiges Trinken, um zu entspannen, eine leichte Toleranzerhöhung führt jedoch zu nahezu täglichem Konsum.
- **2. Prodromalphase**
Konsum und Toleranz nehmen zu, Anlegen von Vorräten und heimliches Trinken, Schuldgefühle, Verniedlichung und erste Gedächtnislücken für die Zeit des Konsums.
- **3. Kritische Phase**
Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit, Kontrollverlust, morgendliches Trinken, Ablehnen jeglicher Hilfe, zunehmende Schwierigkeiten in Familie und Beruf, Wesensänderung.
- **4. Chronische Phase**
Es treten häufiger Tagesräsche, morgendliche Abstinenzerscheinungen und weitere körperliche Beschwerden auf, Entwicklung bis hin zur Alkoholintoleranz, Prädelirien, Delirien, Alkoholpsychosen, evtl. pathologische Räsche.

Abhängigkeit verursacht eine Vielzahl von körperlichen, psychischen und sozialen Störungen.

Der Beginn einer Abhängigkeit ist schleichend und deshalb so gefährlich.

Joachim Letschert

Psychiatrisches Grundwissen

Heilpraktiker für Psychotherapie
Skript zur Aus- und Weiterbildung

Suizid und Gesetze

Erkennen suizidalen Verhaltens
Gesetze für die Praxis



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

Suizid, Begutachtung und Gesetze
Gutachten
Heilpraktikergesetz (HPG)
Psychiatrische Notfälle

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.

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

Hinweise zum Inhalt des Skriptes

Dieses Skript und die gesamte Skriptreihe stellt die „Krankheitsbilder in der Psychiatrie“ in detaillierter Weise dar. Ein Wissen über diese Krankheitsbilder ist nicht nur für die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie wichtig, sondern sie dient auch zur Weiterbildung für alle beratende Berufe, in denen es notwendig ist, Störungen frühzeitig zu erkennen, um sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

Alle Informationen in diesem Skript wurden sorgfältig recherchiert und werden, wenn nötig, aktualisiert. Trotzdem kann der Autor nicht ausschließen, dass Informationen in anderen Quellen anders dargestellt oder interpretiert werden. Dies betrifft besonders die Darstellung von statistischen Daten oder Behandlungsmöglichkeiten. Besonders der medizinische und psychiatrische Bereich ist Veränderungen und Meinungen unterworfen, die unter Umständen in verschiedenen Quellen anders dargestellt oder vertreten werden.

Hinweise zum Aufbau des Skriptes

Zu Beginn finden Sie eine Zusammenfassung des Themas unter „kurz & bündig“. Sie dient dem ersten Überblick. Im weiteren Skript wird das Thema detailliert behandelt.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind jeweils mit dem derzeit gültigen Code der ICD versehen. Sie sollten diese Codes kennen und einordnen können. In der späteren Berufspraxis sind sie zum Beispiel zur Kennzeichnung Ihrer Diagnose für die Abrechnung mit privaten Krankenkassen wichtig. Hierfür stehen Ihnen sowohl im Internet, als auch im Buchhandel Listen zur Verfügung, die Sie verwenden können.

In den **rot** unterlegten Feldern und den Randnotizen finden Sie Zusammenfassungen und Hinweise im Hinblick auf die Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Auch hier ist es, je nach Prüfungssituation, möglich, dass andere Schwerpunkte von Interesse sind.

Am Ende des Skriptes finden Sie Prüfungsfragen mit den jeweiligen Antworten am unteren Rand der Seite.

Bei Fragen, Wünschen oder Anregungen freuen wir uns über Ihre Rückmeldung an uns.

Die Erarbeitung und Herstellung eines Skriptes kostet Zeit und Geld. Bitte respektieren Sie deshalb die Urheberschaft an diesem Skript. Sie liegt beim Autor - Joachim Letschert - und dem PegasusZentrum.

Sollten Sie Interesse an der Vervielfältigung oder Veröffentlichung von Teilen des Skriptes haben, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Viel Spaß und vor allem Erfolg mit diesem Skript

Ihr

Joachim Letschert
PegasusZentrum

Inhaltsverzeichnis Suizid und Gesetze

Seite 5-6



Kurz und bündig
Hier erfahren Sie in einer Zusammenfassung, welche Inhalte Sie erwarten.

Seite 7-8

Suizid
Hier erfahren Sie mehr über den Suizid, seine Ursachen und mögliche Fragen zur Erkennung.

Seite 9-11

Begutachtung und Gesetze
Hier erfahren Sie alles Wichtige über Gesetze zur Bewertung von Schuldfähigkeit, Einweisung und Betreuung psychisch kranker Menschen.

Seite 12

Gutachten
Hier erfahren sie alles Wichtige über die Vorgehensweise bei der Erstellung von Gutachten.

Seite 13

Heilpraktikergesetz (HPG)
Hier sehen Sie das Gesetz, das die Grundlage dieses Kurses legt, das Heilpraktikergesetz und seine wichtigsten Punkte.

Seite 14

Psychiatrische Notfälle
Hier lesen Sie eine Beschreibung psychiatrischer Notfälle und die Vorgehensweise.

Seite 15-20



Prüfungsfragen
Hier können Sie Ihr erlangtes Wissen testen.



Kurz & bündig – Suizid und Gesetze

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.

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

Besonders auffällig für Suizid sind Menschen, die Suizid bereits in der Familie erlebt haben, die sich in einer Suchtproblematik befinden oder andere Krisenzeiten erleben. Ebenso begünstigen natürlich alle psychischen Erkrankungen den Wunsch, aus dem Leben zu scheiden. Besonders zu erwähnen sei hier natürlich die Depression, besonders zu Beginn und beim Abklingen. Generell kann gesagt werden, dass Zeiten, in denen Menschen sich einsam oder wertlos fühlen auch von Gedanken an Suizid begleitet werden können.

Als Therapeut ist es Ihre Aufgabe, Suizidabsichten, besonders natürlich, wenn sie offen geäußert werden, ans Licht zu befördern, anzusprechen und besonders Ernst zu nehmen. Alles andere kann Ihren Gesprächspartner allenfalls in seiner Absicht bestärken. Anzeichen für Suizidabsichten sind im Besonderen Aggressionen, die nicht gelebt oder gar gegen sich selbst gerichtet werden. Im weiteren Verlauf kann es sein, dass Suizidgedanken sich aufdrängen und nicht mehr steuerbar sind. Auch eine Einengung der Welt des Patienten, besonders seiner sozialen Kontakte sind ein Hinweis darauf, dass er sich auf den Suizid vorbereitet.

Schlussendlich können Sie als Therapeut einen Suizid nicht zu 100% verhindern. Wenn allerdings alle Zeichen dafür sprechen, der Patient also seine Suizidabsichten konkret äußert, sind Sie verpflichtet, ihn einer stationären Behandlung zuzuführen, auch gegen seinen Willen.

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. Eine weitere Maßnahme ist die Betreuung. 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 gedacht, 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 (bestallt) 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.

Suizid

Eine psychische Störung beeinflusst - im Gegensatz zu vielen körperlichen Erkrankungen - das gesamte Denken und Fühlen des Menschen. Deshalb spielt die Gefahr des Suizids eine große Rolle. Selbsttötung ist für Menschen in psychischen Notlagen nicht selten (aus ihrer Sicht!) der einzige Ausweg aus ihrer Situation.

Das ist natürlich nicht immer der Fall, jedoch muss ein Augenmerk auf diese Möglichkeit gelegt und entsprechend gehandelt werden.

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.

... um einige zu nennen.

Wie bereits gesagt: Nicht alle hier aufgeführten Merkmale deuten zwangsläufig auf eine Suizidabsicht hin, jedoch bestärken sie die Möglichkeit, besonders, wenn sich der Mensch in einer sowieso schon kritischen Phase befindet.

Hier noch einige statistische Hinweise zum Suizid

- Männer bevorzugen die "harten" Methoden (Erhängen, vor den Zug werfen, etc.), während Frauen eher die "weichen" Methoden (Tabletten) anwenden.
- Suizid ist bei Jugendlichen neben Unfällen die Haupt-Todesursache; während die weiblichen Jugendlichen mehr Suizidversuche verzeichnen, sind bei männlichen mehr gelungene Suizide zu beobachten.
- Unter einem erweiterten Suizid versteht man die Mitnahme nahestehender Menschen in den Tod.

Auch lässt sich nicht immer leicht erkennen, ob eine Suizidabsicht besteht. Hier ist letztendlich auch die Empathie des Therapeuten gefragt. Dennoch gibt es Anzeichen, die den Verdacht nahelegen. Hier sei das präsuizidale Syndrom nach Ringel genannt. Es besteht aus...

- 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...“)

Die statistischen Daten und Fakten zum Suizid wie Risikogruppen und Suizidverhalten sollten Sie wissen!

Das präsuizidale Syndrom nach Ringel gibt Aufschluss über mögliche Suizidabsichten.

Fragen zum Suizid

Im Folgenden sehen Sie einen Fragenkatalog (bspw. nach Pöldinger erstellt), der Aufschluss über die Suizidalität geben kann:

1. „Empfinden Sie gegen jemanden Wut, Zorn, Hassgefühle, die Sie unterdrücken müssen?“
Hier besteht die Möglichkeit, dass solche Aggressionen gegen sich selbst gewendet werden.
2. „Haben sich Ihre Interessen, Gedanken und zwischenmenschlichen Kontakte gegenüber früher eingeengt?“
Diese Symptome sind vor allem bei der Depression zu beobachten und können die Gedanken auf Suizid als „einzigen Ausweg“ zentrieren.
3. „Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“
Hier werden verdeckte Suizidgedanken bewusst gemacht.
4. „Denken Sie bewusst daran oder drängen sich derartige Gedanken bereits auf, auch wenn Sie es gar nicht wollen?“
Sich aufdrängende Suizidgedanken sind gefährlicher, als selbst herbeigeführte!
5. „Haben Sie Ihre Suizidabsichten bereits mit jemandem besprochen?“
Oft stoßen solche Absichtsbekundungen bei Freunden und Bekannten auf Unverständnis, was die Absicht noch bestärken kann.

Wenn der Verdacht auf Suizid vorliegt, müssen Sie diesen äußern und ansprechen.

In jedem Fall müssen Suizidgedanken angesprochen werden. Die Meinung, dass man damit nur schlafende Hunde wecke, gilt hier NICHT!

Nicht zuletzt besteht auch die Gefahr eines erweiterten Suizids. Hierbei tötet der Suizidale nicht nur sich selbst, sondern vorher auch noch, meistens ihm nahestehende Menschen, mit!

Was tun?

Sollten sich Suizidabsichten bestätigen, so muss der Patient vor sich selbst geschützt werden. Im besten Fall sieht der Patient dies selbst ein und stimmt einer stationären Behandlung in einer entsprechenden Klinik mit psychiatrischer Notaufnahme zu.

Manches Krankheitsbild lässt eine solche Einsicht allerdings nicht mehr zu, oder der Patient ist sich seiner Absicht bereits so sicher, dass es keine Möglichkeit der Umstimmung gibt. Hier bleibt als letztes Mittel nur noch die Zwangseinweisung übrig. Dazu erfahren Sie im nachstehenden Kapitel alles Notwendige.



Suizid kann in jeder Phase des Lebens und bei jedem Geschlecht vorkommen, er kann geplant sein oder spontan durchgeführt werden. Dennoch gibt es Risikogruppen und Anzeichen, die einen Suizid, besonders bei Vorliegen psychischer Belastungen oder Störungen, nahelegen. Suizid ist prinzipiell abzuklären und anzusprechen. Hierzu gibt es Fragen, die sich aus der Praxis ergeben haben. Es gilt hier nicht der Grundsatz der schlafenden Hunde, die man nicht wecken sollte!