



Hilfe für psychisch Kranke e.V.  
Bonn/Rhein-Sieg

## Psychiatrische Krankheitsbilder

- Mono- u. bipolare Erkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Erkrankungen des schizoformen Kreises
- Suchterkrankungen



# Psychiatrische Krankheitsbilder

Wenn man davon spricht, dass jemand „psychisch krank“ sei, dann ist das ungefähr so, als ob man sage, jemand sei krank, weil er „Bauchweh“ habe. Bauchweh sagt nichts darüber, ob seine Leber, sein Magen oder etwa sein Darm erkrankt sind. Es gibt – wie in jedem medizinischen Bereich – ganz verschiedene Krankheitsbilder. Jedes hat eigene Symptome, schafft eigene Probleme und braucht seine ganz besondere Behandlungsweise.

Sie lassen sich in verschiedene, in der Praxis oft schwer unterscheidbare Kategorien unterteilen.

Dies ist der Versuch, Ihnen einen Überblick über die unterschiedlichen Erkrankungen der Seele zu geben. Das ist nicht ganz einfach, denn psychische Erkrankungen sind vielfach so individuell wie der Mensch, der sie erleidet.

Auch lässt sich die Unterscheidung nicht einfach im Labor feststellen, beispielsweise durch eine Blutuntersuchung, die in anderen medizinischen Disziplinen oft schon recht genauen Aufschluss über die Beschaffenheit der Erkrankung gibt.

Die Diagnose einer seelischen Erkrankung erfolgt über das Gespräch, über die Beobachtung des Betroffenen, über den Bericht der Angehörigen sowie über seine Leidens- und gelegentlich auch über seine ganz überzogenen Glücksbekundungen.

Dies ist ein Versuch die Krankheitsbilder im Einzelnen zu veranschaulichen, um einen groben Überblick zu skizzieren – so etwas wie große Schubladen, in denen die meisten seelischen Erkrankungen Platz finden.

Das ist ein bisschen heikel, denn so,

wie mancher nicht nur eine kranke Leber, sondern infolge dessen auch Probleme mit dem Darm hat, so hat ein seelisch Erkrankter womöglich ein Suchtproblem, weil ihm der Alkohol seine depressive Gemütslage erträglich macht. Das macht die Diagnose oft schwer und man darf sie getrost dem Arzt oder behandelnden Therapeuten überlassen.

Trotzdem ist ein Leitfaden durch das Dickicht psychischer Erkrankungen so manches Mal hilfreich. Hier soll ein Überblick vermittelt werden.

*Man kann seelische Erkrankungen in 4 Gruppen einteilen.*

1) Die so genannten mono- und bipolaren Erkrankungen umfassen Gemütslagen von der nicht mehr erträglichen depressiven Niedergeschlagenheit bis hin zum sich selbst heillos überschätzenden, leichtfertigen und umtriebigen, manischen Wonnegefühl.

2) Die Persönlichkeitsstörungen beschreiben das weite Feld der Entgleisungen von menschlichen Eigenschaften und Charakterzügen. Zu Ihnen gehören unter anderem auch Angststörungen, Zwangserkrankungen und Essstörungen bis hin zu Borderlinestörungen.

3) Die Erkrankungen aus dem schizoformen Kreis betreffen Psychosen bis hin zur Schizophrenie.

4) Die Suchterkrankungen beziehen sich auf Substanzmissbrauch und bewusstseinsverändernde Drogen.



# DEPRESSION

Die Depression ist eine sehr häufige Erkrankung. Etwa 20% aller Menschen in der westlichen Zivilisation bekommen irgendwann in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige Depression.

Gemeint ist hier nicht eine Verstimmung (jeder von uns hat mal einen schlechten Tag) oder eine ganz natürliche Trauer (zum Beispiel bei Verlust eines geliebten Menschen). Gemeint ist eine sich meist langsam entwickelnde Erkrankung des Gemütes, die über einen längeren Zeitraum anhält. Depression ist im Gegensatz zu den meisten anderen psychischen Störungen relativ einfach zu diagnostizieren. Trotzdem wird sie von Betroffenen und deren Angehörigen oft nicht erkannt und als Melancholie oder Faulheit abgetan. Doch Vorstöße wie „reiß Dich doch mal zusammen“ schaden mehr als sie helfen. Die Depression zeichnet sich durch zwei zentrale Merkmale aus:

**1. Niedergeschlagene, gedrückte Stimmung über einen längeren Zeitraum.** Negative Gedanken, Hoffnungslosigkeit, innere Leere, Todesgedanken bis hin zu Selbstmordphantasien und Selbstmordhandlungen sind bezeichnend.

**2. Anhaltende Antriebslosigkeit.** Ein depressiver Mensch kann sich nur sehr schwer aufraffen, sein Tagwerk anzugehen.

Hinzu kommen Begleitsymptome wie Konzentrations- und Schlafstörungen, Lustlosigkeit, starke Gewichtszu- oder -abnahme. Typisch sind auch Tagesschwankungen in der Stimmung. Meist ist die Stimmung am Morgen an ihrem Tiefpunkt, was einen geregelten Tagesablauf oft unmöglich macht.

Depressionen sind gut behandelbar und heilen unter medikamentöser Therapie (Antidepressiva) mit begleitender Psychotherapie in der Regel nach 6-12 Monaten komplett aus. Als sehr hilfreich haben sich auch andere unterstützende Therapieformen wie Schlafentzug, Ergotherapie, Physiotherapie oder auch Tanz- und Kunsttherapie erwiesen. Bei knapp einem Drittel der Erkrankten bleibt eine verminderte Belastbarkeit zurück. Eher selten werden Depressionen allerdings auch chronisch.

Auch heute noch ist die Sterblichkeitsrate durch Suizid (Selbsttötung) bei schwerer Depression hoch. Besonders tückisch ist hierbei, dass die meisten Selbstmorde im Verlauf der depressiven Episode gerade dann geschehen, wenn die Stimmung zwar noch schlecht ist, aber der Antrieb schon wieder zunimmt. Für Außenstehende ist die Tat dann schwer nachvollziehbar („Es ging doch schon wieder viel besser“). Doch auf dem Tiefpunkt der Depression findet ein Mensch kaum die Kraft sich etwas anzutun.

## Bipolare Störung

Der Name dieser Erkrankung ergibt sich aus ihrer bi- (lat. für zwei-) poligen Natur. Die oben beschriebene depressive Störung wechselt mit einer grundlosen, zu Leichtsinn neigenden, oft sehr reizbaren Hochstimmung ab. Diese Stimmungsumschwünge können sehr rasch, aber auch in monatelangen Zyklen auftreten. Es ist, als gäbe es für den Erkrankten keine mit dem Alltag vereinbare Grundstimmung: Diese auch manisch-depressiv genannte Erkrankung führt in der Phase der Hochstimmung zu maßlosen Selbstüberschätzungen und deutlich verringertem

Schlafbedürfnis. Umtriebiger, Kaufräusche, Verschwendung und übertriebene Freigiebigkeit haben oft fatale Konsequenzen. Typisch sind Szenarien, in denen Vorgesetzte für völlig unfähig erklärt werden, Luxusautos bestellt und Weltreisen gebucht werden. Der Manische selbst reagiert auf gut gemeinte Einwände reizbar, krankheitsuneinsichtig, oft auch aggressiv. Die Folge sind häufig Zwangseinweisungen, die für Angehörige und Patienten sehr belastend sind. Unbehandelte manische Episoden haben schon viele Lebensläufe zerstört.

Leider werden manische Störungen, die eigentlich medikamentös und begleitend psychotherapeutisch gut behandelbar sind, oft zu spät als solche erkannt.

## Manie

Eine Manie (v. griech.: manía = die Raserei) ist eine affektive Störung und verläuft meist phasenweise. Der Antrieb und die Stimmung sind in einer Manie weit über dem Normalniveau, das wird - der derzeit gängigsten Theorie zufolge - durch eine zu hohe Konzentration der Neurotransmitter Noradrenalin und Dopamin verursacht. In einer Manie reduziert sich der Schlaf und es kommt zu einer Überanstrengung von Gehirnbereichen, wodurch dann, wenn es nicht zu einer Behandlung kommt, psychotische Symptome ausgelöst werden können.

An einer Manie Erkrankte haben während der manischen Phase typischerweise keinerlei Krankheitseinsicht; sie kommen sich nicht krank vor, sondern sie „fühlen sich blendend“.

# PERSÖNLICHKEITS- STÖRUNGEN

Die so genannten Persönlichkeitsstörungen umfassen einen sehr weiten Bereich der psychischen Störungen mit ebenso vielen Krankheitsbildern. Um den Begriff so verständlich und einfach wie möglich darzulegen, sei es hier einmal so erklärt: Wann immer eine Eigenschaft eines Menschen sich verselbstständigt und sozial unverträglich und übermäßig wird, sozusagen „ins Kraut schießt“, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Nun ist die Persönlichkeit eines jeden ja eine reichhaltige Ansammlung von Eigenschaften, die einen Menschen ausmachen.

Einige Beispiele:

- Es gibt freigiebige und sparsame Menschen. Sie unterscheiden sich und jeder ist in seiner Eigenschaft ein schätzenswerter Mensch. Jeder ist in seiner Art gut und wichtig. Wenn aber der Sparsame zu einem Geizkragen wird, der nichts mehr hergeben kann und sich selbst das Lebensnotwendige nicht mehr gönnt, dann bekommt das einen Krankheitswert. Ein solcher Mensch wird seine Alltagstauglichkeit ebenso einbüßen wie jemand, der seinen Lohn regelmäßig schon am 3. des Monats verschenkt hat.
- Gut ist es reinlich zu sein. Unzweifelhaft ist jedoch, dass jemand, der sich im Zwang zwanzig Mal in der Stunde die Hände waschen muss, ein Problem hat, das ihn oder sie auf Dauer so einschränken wird, dass

ein selbstbestimmtes Leben nicht mehr möglich ist.

- Sicherlich, um noch ein Beispiel aus der Vielzahl von Persönlichkeitsstörungen herauszunehmen, ist ein vorsichtiges Verhalten in vielen Lebenslagen angebracht. Wen die Vorsicht jedoch dazu bringt Menschen ängstlich zu meiden, das Haus nicht mehr zu verlassen und ganz sicher keine Fahrstühle mehr zu benutzen, der kann am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilnehmen.

Sie sehen, jede Charaktereigenschaft kann ausufern und so zu einer kranken Persönlichkeit führen.

Dieser Versuch, das weite Feld der Persönlichkeitsstörungen zu erklären, ist sicher nicht ausreichend, hilft aber beim Verständnis dieser Erkrankungen.

Die „Blüten“, die Persönlichkeitsstörungen treiben können, reichen hin bis zu massiven Essstörungen (Fett- und Magersucht, sowie Bulimie, bei der die Ess- mit einer Brechsucht gekoppelt ist), die auch heute noch bei langen Krankheitsverläufen zu einer hohen Sterblichkeitsrate führen.

Wie für alle seelischen Erkrankungen gilt auch bei Persönlichkeitsstörungen: Bitte überlassen Sie die Diagnose dem Fachmann und sollte in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis jemand sein, der psychische Hilfe braucht, dann ist es meistens die beste Hilfe, diesen Menschen auf dem Weg zum Therapeuten zu begleiten.

Persönlichkeitsstörungen werden vor allem psychotherapeutisch behandelt.

In Gesprächs- oder Verhaltenstherapie wird versucht, die problematische Verhaltensweise zu verstehen und zu vermeiden. Unterstützend, und um akutes Leid zu lindern, werden manchmal auch Medikamente verabreicht.

Die am häufigsten auftretenden Persönlichkeitsstörungen sollen hier noch einmal etwas veranschaulicht werden:

## Angststörungen

Angststörungen sind heute die häufigste bei jungen Menschen auftretende psychische Störung. Etwa 10% der Jugendlichen erleiden irgendwann eine solche Beeinträchtigung. Nun ist auch Angst etwas durchaus Normales, ja sogar Gutes, denn sie schützt uns vor leichtsinnigem, unbedachtem Verhalten und warnt uns bei Gefahr.

Doch unerklärliche, nicht angemessene, nicht mehr kontrollierbare Angst kann das Leben so beeinträchtigen, dass die eigentlich gesunde Angst einen Krankheitswert bekommt. Die 3 Formen, in denen sie auftritt, sind hier näher erläutert:

- **Generalisierte Angsterkrankung**  
Kennzeichnend ist die unbestimmte, über einen längeren Zeitraum anhaltende Angst. Die Befürchtungen sind meist völlig unbegründet und beziehen sich unspezifisch und oft auch wechselnd auf Familie, Gesundheit, Finanzen, Beziehungen, Schule und Beruf, etc. Sie drücken sich in einer beständigen hohen Anspannung und Besorgnis aus, die auch zu Konzentrationsstörungen, Herzrasen, Hitzewallungen, Schwindel, Schlafstörungen und ähnlichen uns ja allen in der Angst vertrauten Symptomen führen.

- **Panikstörung**

Sie kennzeichnen sich durch wie aus heiterem Himmel auftretende Panikattacken mit erhöhter Adrenalinausschüttung.

Diese erleben die Betroffenen oft als eine massive Bedrohung ihrer Gesundheit. Plötzliche Todesängste, Engegefühl, Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit kennzeichnen die Panikstörung. Mit dem Abbau des Adrenalins löst sich auch die Panikattacke im Allgemeinen nach etwa 15-30 Minuten.

- **Phobie**

Phobien sind isoliert auf ein Objekt oder eine Situation bezogene, unbegründete Angstzustände.

Besonders verbreitet ist zum Beispiel die Arachnophobie, die Angst vor Spinnen. Obwohl der Mensch in keiner Weise in das Beuteschema von Spinnen passt und sie, bis auf wenige Ausnahmen vielleicht, uns in keiner Weise gefährlich werden können, gibt es eine Vielzahl von Menschen, die auf Spinnen phobisch reagieren. Sie haben eine völlig unbegründet erscheinende Angst vor Spinnen.

Zu den häufigeren phobischen Ängsten gehören die folgenden, oft verwechselten, Arten: Angst vor großen Plätzen (Platzangst = Agoraphobie), Angst vor geschlossenen Räumen (= Claustrophobie), Angst vor anderen Menschen (= soziale Phobie), Angst vor Dunkelheit (= Achluophobie).

Phobien werden vor allem verhaltenstherapeutisch behandelt. Das heißt, der Patient wird mit dem Objekt der Angst langsam und dosiert konfrontiert und lernt mit der Angst umzugehen, sich von ihr im Alltag nicht mehr beeinträchtigen zu lassen. Die Behandlung ist bei guter Motivation sehr oft erfolgreich.

## Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind Gedanken, Handlungen oder Vorstellungen, die sich dem Betroffenen immer wieder aufdrängen und durch keine vernünftige Einsicht vermeidbar sind. Die Zwangsstörungen gehören zu den Persönlichkeitsstörungen, und wieder sind die Übergänge von einer menschlichen Eigenschaft zu einem Krankheitswert fließend.

Jeder von uns kennt das Gefühl lieber noch einmal zurückzugehen um nachzusehen, ob das Licht wirklich aus ist, obwohl man ja eigentlich weiß, dass man das Licht immer ausmacht. Na, dann schaut man halt noch einmal nach und damit ist es dann auch gut. Oder doch nicht? Ist das Licht jetzt wirklich aus? Sollte man nicht lieber noch einmal nachschauen, nur so zur Sicherheit?

Dieser Kontrollzwang kann so nachhaltig entgleisen, dass es schwer wird, morgens noch rechtzeitig zur Arbeit zu kommen. Dann wird es problematisch. Zwänge können sich in die verschiedensten Richtungen ausprägen. Besonders häufig sind Kontrollzwänge – wie oben beschrieben – und Reinigungszwänge, die oft mit einer Angst vor Infektion einhergehen. Aber auch Zählzwänge, die ganze Zwangsrituale zur Folge haben können, sind häufiger als man gemeinhin annehmen möchte. Eine weitere Form von Zwängen sind Zwangsgedanken und Zwangsvorstellungen – Gedanken und Bilder, die sich aufdrängen und gedacht, beziehungsweise vorgestellt werden müssen. Warum lässt ein Zwangserkrankter seine Zwänge nicht einfach sein? Eben hier liegt das Problem. Den jeweiligen Zwang nicht auszuführen, hinterlässt Unruhe und Ängste, die sich immer weiter steigern, bis aus Angst dem Zwang nachgegeben wird. Das Ausführen



des Zwanges lindert die Angst und Unruhe eine kurze Zeit. In besonders schweren Fällen müssen ganze Rituale in besonderer Reihenfolge durchgeführt werden, um des Ungefühls Herr zu werden. Der Zwang dient also der Angstregulierung. Insofern sind Zwänge und Ängste, die ja beide Persönlichkeitsstörungen sind, doch recht deutlich verwandt.

Von Zwangsstörungen sind in Deutschland über eine Million Menschen betroffen, wobei angemerkt werden muss, dass die Dunkelziffer hier wahrscheinlich recht hoch ist. Betroffene suchen keine Hilfe, obwohl ihnen die Unsinnigkeit ihres Handelns bewusst ist. Diese Handlung, dieser Gedanke oder diese Vorstellung sind jedoch ihre einzige Möglichkeit, die Angst und die Unruhe unter Kontrolle zu halten. Oft verhindert auch ein Gefühl von Peinlichkeit, dass Hilfe in Anspruch genommen wird.

Auch hier ist die Psychotherapie in der Regel bei der Heilung das Mittel der ersten Wahl. Begleitend – und bei starken Zwängen auch zwingend – werden jedoch auch Antidepressiva verabreicht. Die Therapieerfolge sind jedoch wegen der langen Zeit, die im Allgemeinen verstreicht, bis ein Therapeut aufgesucht wird (im Schnitt vergehen neun Jahre) und der dadurch schon fortgeschrittenen Chronifizierung deutlich geringer, als bei akut auftretenden Störungen, die schnell behandelt werden.

Die lange Zeit, die vergeht, bis therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird, macht deutlich, wie wichtig die auch durch Studien belegte Notwendigkeit von Prävention und Früherkennung ist. Eine höhere Sensibilität in der Bevölkerung, ein größeres Bewusstsein bei Betrof-

fenen und Angehörigen sowie die vom Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen geforderte, bessere Versorgung mit speziell geschulten Therapeuten könnten hier großes persönliches Leid und ökonomischen Schaden maßgeblich verringern.

## **Essstörungen**

Jugendliche sind für Essstörungen besonders anfällig. Studien besagen, dass fast jeder 2. Jugendliche zwischen 9 und 13 Jahren mit seinem Körpergewicht unzufrieden ist. So verwundert es nicht, dass hieraus häufig eine Störung resultiert. Mädchen und junge Frauen sind deutlich gefährdeter als Jungen und Männer.

Dies ist in besonderem Maße erschreckend, weil keine andere psychische Erkrankung eine so hohe Sterblichkeit aufweist. Vor allem die Magersucht (Anorexia nervosa) ist besonders gefährlich.

Wenn wir von Essstörungen sprechen so sind vor allem 3 Formen gemeint:

- 1) Die Esssucht
- 2) Die Magersucht
- 3) Die Ess-Brechsucht

### **Ess- und Magersucht:**

In einer Zeit, in der speziell das weibliche Schönheitsideal deutlich unter dem Idealgewicht angesiedelt ist, bekommt die Magersucht natürlich eine ganz eigene Qualität. Während massive Esssucht sich durch Fettleibigkeit ausdrückt und eine relativ geringe gesellschaftliche Akzeptanz hat, ist übermäßige Schlantheit ein Phänomen, das gesellschaftlich anerkannt ist. Magersucht findet insbesondere unter Mädchen und jungen Frauen ihre Opfer.

Es scheint zunächst seltsam, diese

beiden Krankheitsbilder in einem Abschnitt zu behandeln. Doch sie haben mehr gemeinsam, als man zunächst annehmen möchte. Beide, sowohl Magersüchtige als auch Esssüchtige, beschäftigen sich viel, wenn nicht gar ausschließlich mit dem Essen. Sie denken beide an wenig anderes als an das, was sie als nächstes zu sich nehmen werden.

Der Esssüchtige fragt sich, woher er so schnell wie möglich Nahrung in ausreichender Menge bekommen kann, und der Magersüchtige, wie er sie so knapp wie möglich halten und ihre Aufnahme so lange wie möglich hinauszögern kann. Beide kämpfen mit ähnlicher Verzweiflung gegen ihr Gewicht. Der maßgebliche Unterschied ist der, dass der Esssüchtige zwanghaft Nahrung zu sich nimmt, manchmal, um nach längeren Diäten durch Essattacken alle Erfolge zu nichte zu machen – trotz aller guten Vorsätze. Nächtliche Essattacken sind dabei häufig zu beobachten. Eine Esssucht, die ausschließlich auf Essattacken basiert, bei denen jedes Sättigungsgefühl ausbleibt, wird Binge-Eating-Disorder genannt.

Der/die Magersüchtige hingegen versucht zwanghaft, jede Nahrungsaufnahme zu vermeiden, fühlt sich aber trotzdem, auch bei einem ins Lebensgefährliche abgleitenden Körpergewicht, noch immer zu dick. Der Körper und seine Bedürfnisse werden nur mangelhaft wahrgenommen. Dabei wird der/die Magersüchtige typischerweise ein Übermaß an körperlicher Anstrengung leisten, um den Kalorienverbrauch zu erhöhen und so einen weiteren Gewichtsverlust herbeizuführen. Auch sind Magersüchtige dafür bekannt, dass sie andere gerne bekochen, selbst aber nichts oder nur wenig von der Speise zu sich nehmen. Das verwundert

umso weniger, wenn man bedenkt, dass sich die meisten Gedanken um Nahrungsaufnahme drehen. Perfektionismus (Magersüchtige erbringen oft erstaunliche Leistungen in Sport, Schule und Beruf) sowie eine Neigung, den Körper und körperliche Genüsse als feindlich wahrzunehmen, sind typische Persönlichkeitsmerkmale von Magersüchtigen. Hungern ist für sie eine positive Leistung, die sie zwanghaft erbringen.

Etwa ein Prozent der Mädchen sind von dieser Erkrankung betroffen, ungefähr 10 Mal so viele wie bei Jungen. Die Sterblichkeit ist hoch. Man spricht von einer etwa 6%igen Letalität (Sterberate) der Erkrankten. Üblicherweise tritt der Tod nicht durch Verhungern ein, sondern durch Mangelerscheinungen, die bei einer so geringen Nahrungszufuhr natürlich nicht ausbleiben.

### **Ess-Brechsucht (Bulimie):**

Die Ess-Brechsucht (Bulimie) ist eine besondere, aber häufig vorkommende Form der Essstörung (etwa 3-5% der Mädchen), die hier noch einmal besonders erwähnt werden soll. Bei dieser Form mischen sich Magersucht und Essattacken in der Weise, dass der/die Betroffene versucht, nach der Nahrungsaufnahme, die häufig auch eine Essattacke ist, das Gekessene durch Erbrechen wieder loszuwerden.

Die typischen Folgeerscheinungen nach längerer Erkrankung sind Mangelerscheinungen sowie durch die Magensäure hervorgerufene Verätzungen der Speiseröhre und angegriffene Zähne. Auch hier ist eine hohe Sterblichkeit zu bedauern, sie beträgt etwa 3% der Erkrankten.

## **BMI - Hilfsmittel zur Diagnose**

Bei der Diagnose von Essstörungen hilft der so genannte

### **Body-Mass-Index (BMI).**

Dies ist eine Rechenformel, die Aufschluss über das Verhältnis von Körpergröße und Gewicht gibt. Der BMI errechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] geteilt durch das Quadrat der Körpergröße [m<sup>2</sup>].

Die Formel lautet:

**BMI =**

**Körpergewicht : (Körpergröße in m)<sup>2</sup>**

Die Einheit des BMI ist somit kg/m<sup>2</sup>.

Also hat eine Person, die 1,70 m groß ist und 66 kg wiegt, einen BMI von 23.

Junge Menschen sollten einen BMI zwischen 19 und 25 aufweisen.

Ein BMI von über 40 weist auf gefährliches Übergewicht hin, während ein BMI von unter 17,5 ein riskantes Untergewicht anzeigt.

Es ist zu beachten, dass beim BMI Körperstatur und Körperfettgehalt nicht berücksichtigt werden. Er ist also von relativ begrenzter Aussagefähigkeit und erst ab einem Alter von etwa 16 Jahren in der beschriebenen Weise anwendbar.

Jedoch zeigen sich bei Ess-Brechsüchterkrankungen oft keine außergewöhnlichen BMI-Werte.

### **Behandlung:**

Gemeinsames Merkmal aller Essstörungen ist ein vermindertes Selbstwertgefühl, das krankhaft von Körpergewicht und Figur abhängig ist.

Die Therapie erfolgt auf psychotherapeutischer Basis, gegebenen-

falls Medikamentengabe für die körperlichen Defizite, z.B. Mineral- oder Vitaminmangel.

Alle Essstörungen gehören zum Bereich der Persönlichkeitsstörungen, sind äußerst schwierig therapierbar und haben eine schlechte Prognose, auch weil gerade bei Magersüchtigen oft eine mangelnde Krankheitseinsicht die Therapie erschwert. Meist erfolgt die Therapie in Gruppen Gleichbetroffener. Das Erlernen normaler Nahrungsaufnahme stellt eine sehr große Herausforderung dar.

## **Borderlinestörung**

Die Borderlinestörung ist die gravierendste Persönlichkeitsstörung. Sie führt zu einer emotional sehr instabilen Persönlichkeit.

Der Name Borderlinestörung kommt aus dem Englischen. Borderline – also Grenzlinienstörung – wird diese Erkrankung genannt, weil sie auf der Grenzlinie zwischen Persönlichkeitsstörungen, bipolaren Störungen und psychotischen Störungen verläuft. Dies ist auch der Grund für ihre schwere Erkennbarkeit.

Mehrere Symptome müssen zusammenkommen, um eine Borderlinestörung zu diagnostizieren. Man kann davon ausgehen, dass eine Borderlinestörung sehr wahrscheinlich ist, wenn mehrere der folgenden Symptome vorliegen.

- Selbstverletzendes Verhalten – besonders häufig ist der Drang sich Schnittverletzungen zuzufügen, es kommen aber auch Verbrennungen z.B. mit Zigaretten vor.
- Starke Trennungsängste in dem beständigen Bemühen, die oft völlig abwegige Angst vor dem Verlassenwerden zu bekämpfen.

Borderlineerkrankte neigen zu unangemessen intensiven, aber unbeständigen Beziehungen.

- Schwarz-Weiß-Denken – bei dieser Art zu denken gibt es nur Gutes oder Schlechtes. Borderlineerkrankte neigen daher dazu, ihre Mitmenschen extrem zu idealisieren oder abzuwerten
- Instabile Stimmung mit einer Neigung zu unangemessenen Wutausbrüchen
- Unrealistische Selbsteinschätzung und eine weitgehende Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber
- Mangelnde Selbstachtung.
- Ein andauerndes Gefühl der Leere und Langeweile
- Impulsivität und Unberechenbarkeit, dadurch auch Probleme Regeln einzuhalten

Die Therapie einer Borderlinestörung ist schwierig und langwierig. Sie wird vorwiegend psychotherapeutisch angegangen. Ihr Erfolg ist sehr weitgehend vom Leidensdruck des Patienten abhängig. Das heißt, je tiefer das Leid, desto größer das Bemühen um seelische Stabilität, desto größer die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges.

## SCHIZOFORME PSYCHOSEN

Diese wohl am tiefsten gehenden psychischen Störungen, die zu allen Zeiten und in allen Kulturen mit einer annähernd gleichen Häufigkeit auftreten (etwa ein Prozent der Bevölkerung), sind die schizoformen Psychosen.

Keine anderen psychischen Störungen sind in der Bevölkerung mit so vielen Vorurteilen und Ängsten behaftet wie schizophrene Psychosen und über keine herrscht so viel Unkenntnis.

Schizophren Erkrankte begehen nicht öfter als andere Menschen Gewalttaten. Sie können nur anders motiviert sein. Ein weiterer häufiger Irrtum ist die Annahme, dass sich beim Schizophrenen die Persönlichkeit in mehrere Persönlichkeiten spalte.

Persönlichkeitsspaltungen gehören in den Bereich der Persönlichkeitsstörungen und haben mit Psychosen und Schizophrenien nichts zu tun. Was sich in der Psychose spaltet, ist das Bewusstsein. Da, wo das gesunde Bewusstsein eine Wirklichkeit wahrnimmt, nämlich die, in der wir alle leben, erlebt das psychotische Bewusstsein zwei Wirklichkeiten und erlebt sie gleichzeitig, wobei ein Teil dieser Wirklichkeit von innen kommt.

Psychosen und Schizophrenien haben als Leitsymptom eine sogenannte positiv oder auch produktiv genannte Symptomatik. Positiv oder produktiv werden diese Symptome genannt, weil der Betroffene der Wirklichkeit etwas hinzufügt, etwas produziert, das er selbst für einen Teil der Wirklichkeit hält. Wenn man sich dies vor Augen führt, so wird schnell klar, wie vielgestaltig diese Erkrankungen sich ausprägen können. Der Wirklichkeit lässt sich auf mannigfaltige Weise etwas hinzufügen. Diese Symptomatik be-

schreibt das wahnhaftige Geschehen im Betroffenen. So leiden Erkrankte beispielsweise an Halluzinationen wie dem Hören von Stimmen oder Geräuschen, die real nicht vorhanden sind. Vielleicht bedrängt sie auch das beständige Gefühl, verfolgt zu sein, und sie nehmen ihre Umwelt als ihnen feindlich gesinnt wahr (Verfolgungswahn). Sie leben in einem selbst errichteten Wahngelände, um sich diese Phänomene zu erklären, und handeln daher in einer für Mitmenschen und Angehörige erschreckenden, unerklärlichen Weise.

*Die Felder der Fehlwahrnehmungen sind vielfältig, von den beschriebenen akustisch-optischen Halluzinationen und den affektiven (von Gefühlen geleiteten) Störungen über abwegige Körperempfindungen, zum Beispiel ein Wurm im Körper, der sie von innen her aushöhlt, bis hin zu olfaktorischen (vom Geruchssinn geleiteten) Phänomenen, wie dem Gefühl, ständig zu stinken und dies auch tatsächlich zu riechen.*

*Hier sei angemerkt, dass reichhaltige Phantasie etwas sehr Schönes sind, erst wenn diese als real vorhanden wahrgenommen werden, bekommen sie einen psychotischen Krankheitswert.*

Neben der beschriebenen Positivsymptomatik ist bei diesen Formen der Erkrankungen auch eine so genannte Minus- oder Negativsymptomatik festzustellen. Sie beschreibt die mentalen (geistigen) Verluste, die der Betroffene erleidet und die besonders seine Angehörigen schwer belasten. Eines der traurigsten Phänomene ist häufig die emotionale Verarmung. Bei dieser Negativsymptomatik nimmt die Intensität des Gefühlslebens ab, der Betroffene wirkt emotional zunehmend unbeteiligt. Dies ist

auch für die Angehörigen ein sehr belastendes Symptom. Zur Minus-symptomatik gehören außerdem verminderte Konzentrationsfähigkeit, Schlafstörungen, Antriebsverlust und ein aus der Krankheit resultierender sozialer Rückzug – Phänomene, die das soziale Umfeld alarmieren sollten und die als Fingerzeige für eine ernsthafte Erkrankung gelten sollten.

Es ist sehr wichtig, einem psychotisch erkrankten Menschen so schnell wie möglich ärztliche Hilfe zukommen zu lassen. Je länger eine Psychose unbehandelt bleibt, umso größer ist die Gefahr eines Residuums. Das bedeutet, es bleibt etwas von der Erkrankung zurück. Selbst wenn alle produktiven Symptome abklingen, können Minussymptome verbleiben. Um diese Gefahr so gering wie möglich zu halten, ist eine rasche Diagnose und Behandlung nötig.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Versuch, einem Betroffenen die Inhalte seines Wahns auszureden, fast immer zum Scheitern verurteilt ist. Im Allgemeinen führt dies zu nichts als zum Vertrauensverlust. Würden Sie sich einreden lassen, dass das, was Sie sehen, hören oder anders wahrnehmen, nicht der Wirklichkeit entspricht?

In der Therapie werden psychosehemmende Medikamente verabreicht, sogenannte Neuroleptika. Bis vor kurzem waren diese durch ihre Nebenwirkungen sehr verrufenen, hochpotenten Neuroleptika die einzig wirksamen Medikamente. Heute ermöglichen die atypischen Neuroleptika eine sehr viel verträglichere Therapie, die es den Betroffenen oft ermöglicht, bald wieder in ein geregeltes Alltagsleben zurückzufinden. Unruhezustände kön-

nen mit niederpotenten Neuroleptika meist gut behandelt werden.

Auch Psychotherapie kann nach Abklingen der akuten Symptome sehr hilfreich sein, um das in der Psychose Erlebte zu verarbeiten. Die Psychoedukation, d.h. die Anleitung zum Umgang mit der Erkrankung, kann dem Betroffenen helfen, psychotische Zustände schnellstmöglich zu erkennen, Risikofaktoren wie Stress zu meiden und sich im Falle eines Rückfalls selbst so schnell wie möglich in Behandlung zu begeben.

Allgemein kann gesagt werden: Je schneller eine Psychose erkannt und behandelt wird, umso größer sind die Heilungschancen, umso geringer die Wahrscheinlichkeit, dass etwas von der Erkrankung zurückbleibt.



## SUCHTERKRANKUNGEN

Suchterkrankungen haben durch das immer frühere Einstiegsalter von Jugendlichen und die steigende Vielfalt der auf die Psyche wirkenden Drogen eine zunehmende Bedeutung für seelische Erkrankungen.

*Der Begriff „Sucht“ stammt aus dem Mittelhochdeutschen und geht zurück auf das Wort siechen. Er bezeichnete früher jede Art von Erkrankung. Heute wird er im engeren Sinne für ein durch den Verstand nicht beeinflussbares Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten benutzt.*

*Er umfasst also nicht nur Süchte nach Substanzen, wie Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin oder diversen anderen Drogen, sondern auch die Süchte nach einem Verhalten wie Spielen, Essen, Sammeln, Kaufen oder Arbeiten. Fast jedes menschliche Verhalten kann Suchtcharakter annehmen.*

Allen Suchterkrankungen sind jedoch folgende Symptome eigen:

1. Das unabdingbare Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten.
2. Der Verlust der Kontrolle und eine Neigung zu maßlosem Konsum oder Verhalten
3. Einengung auf Konsum oder Verhalten (d.h. andere wichtige Aktivitäten des Lebens, wie Arbeit, Beziehungen, Hobbies und/oder Körperpflege werden dem Suchtverhalten untergeordnet).
4. Trotz nachweislich schädlicher Folgen wird das Suchtverhalten nicht aufgegeben.
5. Häufig liegt auch eine vehement-

te Verleugnung der Sucht vor. Sucht ist immer eine Ersatzbefriedigung für eine erfolglose Suche nach etwas anderem, beispielsweise Anerkennung, Kontakt, Beziehung, Liebe, Lust oder auch einfach nur Zufriedenheit. Natürlich befriedigt die Sucht diese Bedürfnisse nicht, aber die Bindung des Gefühls und der Energie an das Suchtverhalten überdecken die eigentliche seelische Not und dadurch wird sie nicht mehr wahrgenommen.

Suchterkrankungen wirken sich in verschiedener Hinsicht auf die Gesundheit der Psyche aus.

Einige dieser Aspekte einer Sucht seien hier noch einmal herausgestellt:

- 1) Die Suchterkrankung an sich schränkt die Entwicklung des Süchtigen ein, da er – je nach Suchtform – mehr oder minder viel Energie in die Befriedigung der Sucht investieren muss. Diese Kraft steht bei der Bewältigung des Lebens nicht mehr zur Verfügung und schränkt seine Freiheit in erheblichem Maße ein.
- 2) Suchterkrankungen, die sich auf den Konsum verbotener Substanzen beziehen, führen zu einer gesellschaftlichen Isolation, da Beschaffung und Konsum nur außerhalb der Gesetze möglich sind. Der jahrelange Konsum führt also zu einer Existenz am Rande der Gesellschaft. Das fördert in erheblichem Maße dissoziales, ja sogar kriminelles Verhalten. Die Beschaffungskriminalität ist nur eine von vielen Verhaltensweisen, die dies veranschaulichen.
- 3) Drogen, die zu körperlicher

Abhängigkeit führen, haben eine im besonderen Maße schädliche Wirkung auf die Gesundheit, da sie hirnorganische Veränderungen verursachen können. Dies führt zu irreversiblen Verhaltensänderungen bzw. massiven geistigen Einschränkungen.

- 4) Drogenkonsum ist ein immer häufiger auftretender Auslöser dauerhafter Psychosen und anderer psychischer Erkrankungen.

Der letzte Aspekt des Drogenkonsums ist an dieser Stelle von besonderer Wichtigkeit.

Psychotrope Drogen wie Alkohol, Cannabis, LSD, Opiate, Kokain, Amphetamine und Extasy haben eine mehr oder weniger große Neigung Psychosen auszulösen. Dies ist eine besonders gefährliche Nebenwirkung, da die sogenannten drogeninduzierten Psychosen (Drogenpsychosen) irreversibel, also nicht therapierbar sein können. Schon ein einziger Konsum kann bei einer entsprechenden Veranlagung eine psychotische Erkrankung auslösen. Diese Veranlagung ist nicht feststellbar. Der Konsum psychotroper Drogen führt keineswegs zwingend zu einer dauerhaften Psychose, ist aber ein nicht kalkulierbares Risiko. Auch bereits ausgeheilte psychische Erkrankungen können durch den Rausch wieder ausbrechen.

Typischerweise sind auch beim akuten Drogenentzug psychotische Phänomene zu beobachten (man denke nur an die vielfach bewitzelten weißen Mäuse im Alkoholentzug); diese verschwinden jedoch nach dem Entzug, sofern nicht noch andere

Ursachen zugrunde liegen.

Drogeninduzierte Psychosen werden wie andere Psychosen behandelt (siehe oben)

Suchterkrankungen im Allgemeinen erfordern eine langwierige Therapie. Da es sich bei ihnen immer um chronifizierte Störungen handelt, müssen sehr tief verwurzelte Verhaltensstrukturen verändert werden. Dies geschieht vor allem durch zeitaufwendige Psychotherapie in Gruppen. Wegen der immensen Beeinträchtigung ist dies normalerweise zunächst nur in einem stationären Rahmen möglich. Dies ist zwingend bei jenen Drogen der Fall, die zur körperlichen Abhängigkeit führen, da der Entzug oft mit lebensbedrohlichen Zuständen verbunden ist. Dem akuten Entzug folgt dann die eigentliche Behandlung der Sucht. Suchterkrankungen, vor allem die von körperlich abhängig machenden Drogen wie Alkohol und Opiaten, aber auch von Medikamenten wie den Benzodiazepinen (Valium, Tavor, Tafil, Lexotanil, etc), haben eine starke Neigung zum Rückfall. Diese Rückfälle sind dann wieder aufwendig zu behandeln, da Suchtstrukturen sehr tief verankert sind. Nach der Drogentherapie ist eine absolute Abstinenz lebenslang notwendig.

## ZU WELCHEN SCHLÜSSEN KOMMEN WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN?

Vorbeugung und Früherkennung sind die am meisten geeigneten Mittel, um psychischen Krankheiten entgegenzuwirken. Genau dies bestätigen viele Studien mit verschiedenen Ansätzen.

Zunächst stellt sich die Frage, was macht einen jungen Menschen gegen seelische Störungen stark? Verschiedene Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Drei Faktoren wirken in besonderem Maße der Entwicklung einer solchen Erkrankung entgegen.

1. Die personalen Ressourcen: Gemeint sind diejenigen Kräfte, die ein junger Mensch in sich trägt, wie Selbstvertrauen, Optimismus, das Vertrauen, dass das eigene Handeln etwas bewirken kann, die Frustrationstoleranz, d.h. das Maß an Enttäuschung, das ein Mensch erträgt, ohne sein Ziel aufzugeben, sowie der Glaube an die eigene Kompetenz.
2. Die familiären Ressourcen: Hier kommen die Einwirkungen durch das Familienklima, den familiären Zusammenhalt sowie das elterliche Erziehungsverhalten zum Tragen.
3. Die sozialen Ressourcen. Bezeichnen die von Gleichaltrigen oder Erwachsenen erfahrene oder verfügbare Unterstützung

Die zweite Frage die sich stellt, ist die Frage nach belastenden Faktoren, die psychische Auffälligkeiten wahr-

scheinlicher werden lassen.

Jüngere Studien haben folgende Risikofaktoren belegt:

1. Frühes Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes
2. Niedriges Bildungsniveau
3. Geringes Selbstwertgefühl
4. Niedrige Intelligenz
5. Niedriges Einkommen
6. Fehlender Partner
7. Große Kinderzahl
8. Schwieriges kindliches Temperament

Besonders erschütternd sind Studienergebnisse, die belegen: Je sozial schwächer ein Kind aufwächst, desto größer ist die Gefahr psychischer Auffälligkeit und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass psychologische Hilfe in Anspruch genommen wird.

Etwa 20% der Kinder und Jugendlichen zeigen Anzeichen seelischer Auffälligkeit (die Studien schwanken hier zwischen 15 und 27%).

Dies ist umso besorgniserregender, da eine flächendeckende Versorgung mit Hilfseinrichtungen nicht gewährleistet ist. Nach den optimistischsten Erhebungen könnten maximal 32% der Gefährdeten adäquate Hilfe in Anspruch nehmen. Eine weitere Zahl macht die Not nach Früherkennung und Prävention deutlich. Mehr als die Hälfte der 8jährigen, die eine dissoziale Störung zeigten, litten mit 25 Jahren unter massiven psychischen Störungen.



**Hilfe für psychisch Kranke e.V.  
Bonn/Rhein-Sieg**

Auszug aus der Broschüre „Psychische Erkrankungen bei jungen Menschen - Ein Informationsprojekt für Schulen“ – HfpK e.V. Bonn/Rhein-Sieg – Stand Nov. 2008  
Texte zusammengestellt von Mike Godyla, Krankenpfleger für Psychiatrie und Ausbilder für Krankenpfleger an der Universitätsklinik Bonn  
Das gesamte Schulprojekt wird durch zwei Stiftungen finanziell unterstützt: **J. Wilh. Tenten Stiftung Bonn und Stiftung der VR-Bank Bonn**

**Hilfe für psychisch Kranke e.V.**  
**Bonn/Rhein-Sieg**  
Kaiserstr. 79 - 53113 Bonn  
Telefon (02 28) 2 891 491 - Fax (02 28) 2 891 492  
[www.hfpk.de](http://www.hfpk.de) - [info@hfpk.de](mailto:info@hfpk.de)