

Psychiatrie

Warum ist es wichtig, sich mit psychiatrischen Krankheitsbildern auszukennen?

Bis zum Jahr 2020 wird die Major Depression geschätzt bis von Platz 4 (1990) bis auf Platz 2 der Rangfolge der Hauptursache für verlorene Lebensjahre durch Behinderung oder Tod vorrücken, direkt nach der ischämischen Herzerkrankung. Der Verlust an Lebensqualität über die sehr lange Zeit der Erkrankung ist dafür entscheidend.

Hierarchisierung der psychiatrischen Diagnostik

Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose:

- Anamnese
- psychopathologischer Befund
- neurologisch-internistischer Befund
- Syndrombeschreibung (z.B. Panikreaktion)
- Verdachtsdiagnose (nach ICD 10)
- weiterführende Diagnostik (Fremdanamnese, Bildgebung etc.)

Psychopathologischer Befund (AMDP)

Merkmale in 10 verschiedenen Kategorien:

- Bewusstsein
- Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person) - vor allem gestört bei hirnrorganischen Störungen, Demenz
- Gedächtnis und Merkfähigkeit
- Psychomotorik - v.a. bei Parkinson und Depression
- formale Denkstörungen (z.B. Gedankenabreißen)
- inhaltliche Denkstörungen (Wahn und Zwang)
- Sinnestäuschungen - sehr häufig Stimmenhören bei der Schizophrenie, aber auch kleine bewegte Objekte beim Delir
- Ich-Störungen (z.B. Gedankenausbreitung)
- Affekt - bei fast allen psychischen Erkrankungen
- Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens (z.B. Krankheitseinsicht, Suizidalität)

Wahn wird als Realität empfunden, der Patient ist davon überzeugt und wird z.B. Hilfe der Polizei holen, aber nicht zum Psychiater gehen. Beim Zwang (z.B. Waschzwang) muss der Patient es machen, er empfindet es aber als unsinnig, er kann also gewisserweise noch den Perspektivenwechsel machen, er kann aus sich herausgehen und sich fragen, ob das Sinn ergibt. Ein Wahnkranker leidet nicht unter dem Wahn an sich, nur am Inhalt des Wahns, der Zwangskranke leidet an dem Zwang selbst.

Sowohl beim organischen Psychosyndrom als auch beim depressiven Syndrom sind Antrieb und Affekt sehr stark gestört. Orientierung, Gedächtnis und Denken sind eher beim organischen Psychosyndrom gestört, Vegetativum vor allem sehr stark beim depressiven Syndrom.

Einteilung psychischer Erkrankungen nach ICD-10 Kapitel F (seit 1990)

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z.B. Demenz vom Alzheimerotyp)
- F1 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (Sucht)
- F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen (Manie, Depression, bipolare Störung)
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Angst und Zwang)
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (z.B. Essstörungen, Schlafstörungen, Sexualstörungen)
- F6 Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotional-instabile Persönlichkeiten / borderline-Persönlichkeiten)
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen (z.B. Autismus)
- F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit (z.B. ADHD)

Faktoren bei psychischen Erkrankungen

Es gibt Bio-, Psycho- und soziale Faktoren.

Bei einigen psychiatrischen Erkrankungen sind die polygenetischen Faktoren unerwartet wichtig, z.B. beträgt die Konkordanzrate bei Zwillingspaaren für Zwangsstörungen 87% (!) bei eineiigen Zwillingen und immerhin noch 47% bei zweieiigen Zwillingen.

Angststörungen

Objekt- / situationsunabhängige Angststörungen können chronisch (generalisierte Angststörung) oder akut, anfallsartig (Panikstörung) sein. Objekt- / situationsabhängige Ängste sind Phobien; jedenfalls wenn es sich um pathologische Angst handelt, die auf eine psychogene Störung zurückgeht. Es gibt auch pathologische Ängste, die auf endogene Psychosen oder organische Psychosen ausgelöst werden.

Es gibt eine breite Palette von Phobien, z.B. Agoraphobie (Platzangst), Arachnophobie (Spinnenangst), Prüfungsangst, Phobie vor Hunden (die Phobie mit der größten sozialen Bedeutung, da überall Hunde rumlaufen), Schlangenphobie usw.

Lebenszeitprävalenz der Angststörungen:

Panikstörung	3,6%
Agoraphobie	5,4%
einfache Phobie	8,6%
soziale Phobie	11,3%
generalisierte Angststörung	7,5%
Angsterkrankung insgesamt	15%

Anamnesefragen zu einzelnen Krankheitsbildern:

Panikstörung:

„Leiden Sie manchmal unter plötzlichen und unerwarteten Angstanfällen, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt?“

Agoraphobie:

„Gibt es bestimmte Situationen und Orte, wie z.B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume, die Ihnen Angst machen oder die Sie möglichst vermeiden?“

Soziale Phobie:

„Fürchten oder vermeiden Sie bestimmte Situationen, in denen Sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten, wie z.B. öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?“

Spezifische Phobie:

„Fürchten oder vermeiden Sie bestimmte Dinge oder Aktivitäten wie z.B. Tiere, Höhen, Flugreisen, oder den Anblick von Blut und Verletzungen?“

Generalisierte Angststörung:

„Leiden Sie häufig unter übermäßig starken Sorgen, die Sie nicht kontrollieren können, z.B. über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?“

Eine Phobie (objekt- / situationsabhängig) wird durch Konditionierung „antrainiert“. Zum Beispiel wird ein Kind von einem Hund angebellt und umgeworfen; es fängt an zu Weinen, hat Angst, der Hund wird weggebracht und das Kind getröstet. Wenn es jetzt das nächste Mal, wenn es einem Hund begegnet, seine Angst nicht überwinden kann und wegrennt, wird es merken, dass die Angst wieder nachlässt. Das ist ein starker Verstärker: Man meidet Hunde, die Angst bleibt aus (negative Bestärkung).

Symptomspektrum bei Angsterkrankungen:

Denken und Fühlen

- Befürchtung von bedrohlichen Ereignissen, Katastrophen etc.
- Hilflosigkeit
- Kontrollverlust
- Besorgtheit
- Müdigkeit oder Erregung
- Nervosität

Körper

- psychomotorische Anspannung
- Kopfschmerzen
- Benommenheit oder Schwindel
- weite Pupillen
- Mundtrockenheit
- Schluckbeschwerden oder Kloßgefühl im Hals

- Schreckhaftigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- Alpträume

Verhalten

- motorische Unruhe
- Vermeiden bestimmter Situationen
- sexuelle Funktionsstörungen

- Kurzatmigkeit
- Hyperventilation
- Druck oder Enge in der Brust
- Schmerzen in Brust oder Rücken
- Tachykardie, Palpitationen (Herzklopfen)
- Übelkeit
- Durchfall
- Harndrang
- Kribbelgefühl in Bauch, Händen oder Füßen
- Hitze- oder Kälteschauer
- Zittern
- Schwitzen

Neurosen

Wenn die Lebensfähigkeit gestört, die Arbeitsfähigkeit oder Gemeinschaftsfähigkeit beeinträchtigt oder die Liebesfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, kann man einer Störung Krankheitswert zusprechen, vorher können auch übertriebene Ängste normal sein und müssen nicht unbedingt behandelt werden.

Definition der „Neurose“ (Bräutigam):

„Als Neurosen bezeichnet man eine Gruppe von seelisch bedingten Krankheiten chronischen Verlaufs, die sich in bestimmten Symptomen - Angst, Zwang, traurige Verstimmung, hysterische Zeichen - oder in bestimmten Eigenschaften - Hemmung, Selbstunsicherheit, emotionale Labilität, innere Konflikthaftigkeit - äußern.“

heute:

Krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung.

Ein Mensch dagegen, der in einer völlig anderen Welt lebt, dessen Realität zwar in sich stimmig ist, aber nicht mit unserer übereinstimmt, hat eine Psychose.

Diagnosestellung:

- Erscheinungsbild
- Psychodynamik
- nicht: per exclusionem
- Differentialdiagnostisch muss man denken an:
 - „Normalneurotiker“ mit vorübergehenden psychischen Störungen
 - Such
 - somatische Erkrankungen (ein Fall: die Hyperglykämie eines Diabetikers führte zu neurotischen Symptomen)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - organische Psychosyndrome
 - psychosomatische Störungen
 - Psychosen, wobei man zwischen Affektpsychosen und schizophrenen Psychosen unterscheiden kann

Anpassungsstörungen sind z.B., wenn man sich auch fünf Jahre, nachdem der Partner oder die Partnerin Schluss gemacht hat, immer noch nicht auf neue Beziehungen eingehen kann, da man Angst hat, man könnte wieder so enttäuscht werden.

Es gibt im ganzen Leben immer wieder Prädelektionsstellen, an denen gehäuft Krisen auftreten, oft Depressionen. Das ist etwa die Adoleszentenphase, in der ein junger Mensch sich von den Eltern lösen muss; dann etwa Mitte 40 (Mid-Life-Crisis), wenn ein normalerweise ehrgeiziger Mensch merkt oder nur denkt, dass es jetzt nicht weiter bergauf gehen kann; dann in der Menopause bei Frauen und allgemein noch, wenn man in Rente geht.

Vorkommen von Neurosen:

Prävalenz 12-26% (Vorkommen zu bestimmtem Zeitpunkt)

♀ : ♂ wie 2 : 1

10-20% neurotische Patienten in der Klientel des Augenarztes, 40-50% in der des Internisten; ebensoviele Neurosekranken suchen keinen Arzt auf.

♀: Anorexie, Suizidversuche, Konversion

♂: Enuresis, Suizide, Zwänge, Sucht, Delinquenz

Besonders ab der 3. Lebensdekade sind Neurosen häufig.

Es ist auch eine genetische Komponente vorhanden, manche neigen einfach stark zu Angststörungen, egal welche Situation, manche sind sehr „angstresistent“.

Prognose (nach 10 Jahren):

Spontanheilung selten (10-20%)

gebessert 50-60%

Residualsymptomatik ~50%

Meist wird eine Therapie erst nach 5-10 Jahren durchgeführt, da die Patienten vorher nicht auffällig werden oder nicht zum Arzt gehen, oder aber die Neurose wird nicht als solche erkannt.

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse zielt immer, egal welcher Schule, auf die Konfrontation mit den Schmerzen, die vom Patienten mit verschiedenen Mechanismen umgangen oder unterdrückt werden.

Psychodynamik könnte man als angewandte Psychoanalyse bezeichnen.

Abwehrmechanismen:

- Sublimierung (ein Bedürfnis ist sehr stark, kann aber nicht ausgelebt werden; durch Sublimierung wird es auf eine andere Ebene gehoben und z.B. durch soziale Arbeit, Musik, Kunst, Leistungssport ausgelebt)
- Verschiebung
- Phantasiebefriedigung (wenn man etwas nicht erreichen kann, etwa ein Karriereziel, einen Partner, baut man sich Luftschlösser, in denen man seine Phantasien auslebt)
- Verdrängung
- Rationalisieren (Verleugnung / Isolieren)
- Wendung ins Gegenteil
- Projektion
- Konversion
- Introjektion

Diese Abwehrmechanismen sind teilweise auch notwendige Fähigkeiten, etwa muss ein Chirurg seine Gefühle bei einer Operation isolieren, den Mensch auf dem Tisch nur noch als Fall sehen, sonst wird er bei schwierigen oder verstümmelnden Operationen Probleme bekommen.

Phasen der psychosexuellen Entwicklung:

Sensorische Phase:

1. orale Phase (1.-2. Lebensjahr)

2. anale Phase (2.-3. Lebensjahr)

3. ödipale Phase (3.-4. Lebensjahr), darin geht es um die Rivalität zweier um einen Dritten

4. genitale Phase (Pubertät)

Psychoanalytisches Modell:

Anteile eines neurotischen Konfliktes

1. verborgene Impulse, Wünsche, vermiedene Gefühle

2. Zentrale Angst, die durch diese Impulse oder Gefühle hervorgerufen wird

3. Abwehrmaßnahmen gegenüber diesen Impulsen, Wünschen und Gefühlen, um die Angst zu meistern.

Es existiert immer ein Konflikt zwischen dem Es, das bestimmte triebhafte Wünsche hat, und dem Über-Ich, das praktisch das Gewissen darstellt und aus Pflichtgefühl, Moralempfinden o.Ä. die Wünsche des Es unterdrückt.

Essstörungen

Was ist eine Essstörung?

Einteilung nach der Phänomenologie, evolutionsbiologischen Aspekten, ...

Es gibt diverse Subtypen mit klinischen Kriterien (w > m)

- Anorexia nervosa (Prävalenz: 0,1% - 0,2% w >> m)
- Bulimia nervosa (Prävalenz: 1% - 2% w >> m)
- Binge eating disorder (Essattackenkrankheit): Prävalenz: 2% - 3%, w = m, bei Adipositas >15%

Anorexia nervosa

- Body mass index unter 17,5 kg/m² (ab 16. Lebensjahr) (normal 20-25)
- selbsterbeigeführter Gewichtsverlust durch:
 - a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen
 - b) selbst induziertes Erbrechen
 - c) selbst induziertes Abführen
 - d) übertriebene körperliche Aktivität
 - e) Appetitzügler oder Diuretika (Wassertabletten)
- Körperschema-Störung: Angst, zu dick zu werden, als überwertige Idee
- Hormonstörungen: Amenorrhoe, Libidoverlust
- Verzögertes Wachstum und Pubertätsbeginn bei frühem Beginn der Erkrankung

Außerdem kann man noch zwei wichtige Formen unterscheiden:

- asketische Form der Anorexie (nur Hungern)
- bulimische Form der Anorexie mit aktiven Maßnahmen

Bulimia nervosa:

- andauernde Beschäftigung mit Essen, Gier nach Lebensmitteln mit Essattacken von großen Mengen in kurzer Zeit („binge eating“)
- die Betroffenen steuern der Gewichtszunahme entgegen durch:
 - a) selbstinduziertes Erbrechen
 - b) Abführmittel
 - c) Hungerperioden
 - d) Missbrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Wassertabletten
- krankhafte Furcht, dick zu werden, Festlegung einer Gewichtsgrenze unterhalb des früheren Gewichts
- oft Monate oder Jahre früher: Anorexia nervosa (manchmal milde Form)

Binge-Eating-Disorder:

- wiederholte Episoden von „Essanfällen“
 - Essen in relativ kurzer Zeit
 - Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen
- Episoden von „Essanfällen“ mit mindestens drei der Verhaltensweisen
 - sehr schnelles Essen
 - Essen, bis man sich unangenehm voll fühlt
 - Essen größerer Mengen ohne Hungergefühl
 - allein essen aus Scham über die Essensmenge
 - Selbstekel, Depression oder ausgeprägte Schuldgefühle nach einem „Essanfall“
- deutliches Leiden wegen Essanfällen
- Essanfälle an zwei Tagen der Woche über sechs Monate
- kein Einsatz von Erbrechen, Abführmitteln usw. Kein Vorliegen einer Anorexia oder Bulimia nervosa

Fazit:

- Essstörungen haben biologische, psychologische und soziale Ursprünge
- Maladaptation an den Nahrungsüberfluss
- Unzufriedenheit mit Figur und Diät als Einstieg
- mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede der einzelnen Formen
- Therapiebausteine: Aufklärung, normale Mahlzeitenstruktur, Essbegleitung, Psychotherapie und Bewegung

Schizophrenie

Früher sprach man bei Schizophrenie von Dementia praecox (Kraepelin), also von frühzeitiger Verblödung... Seit Bleuler von Schizophrenie (= Spaltungsirresein).

Vorkommen:

- häufigste Psychose (Ausnahme: Alterspsychosen) nach Lifetime-Risk
- Erkrankungswahrscheinlichkeit für die Durchschnittsbevölkerung 1%, Prävalenz 0,4%

Grundsymptome:

- Störungen
 - des Denkens (Zerfahrenheit)
 - der Affektivität (Ambivalenz)
 - des Antriebs (Autismus)
- Akzessorische Symptome
 - Wahn
 - Halluzinationen
 - katatone Störungen

Wahnthemen:

- Beziehungswahn
- Beeinträchtigungswahn
- Verfolgungswahn
- Liebeswahn
- Eifersuchtswahn
- Größenwahn
- Kleinheitswahn
- Schuldwahn
- Verarmungswahn
- Hyperchondrischer Wahn

Wenn man nicht mehr an den Zufall glaubt, sondern denkt, dass Ereignisse, die einen ärgern, immer absichtlich und auf sich bezogen geschehen, dann kann man von Wahn sprechen. Beispiel: Man denkt, dass extra jedesmal, wenn man ausparken will, ein Auto die Straße herabkommt und einen daran hindert.

Halluzinationen:

- Unkorrigierbarkeit
- Störungen der Wahrnehmung

Katatone Störungen:

- Motorik - Stupor / Mutismus
- Antrieb
- Katalepsie; Flexibilitas cerea. Der Patient verharrt mit extremer Muskelanspannung in einer eingenommenen Position
- katatoner Erregungszustand: wenn die Erstarrung in das Gegenteil umschlägt

Diese katatonen Zustände waren früher lebensgefährlich, heute kann man sie durch Neuroleptika recht gut behandeln. Wenn der Patient darauf nicht reagiert, kann als lebensrettende Maßnahme die Elektrokrampftherapie angebracht sein (bei der sog. perniziösen Katatonie).

Durch längerfristigen Schlafentzug kann man die meisten Menschen schizophren machen; zuerst wird man Halluzinationen, etwa Fratzen, sehen, dann Stimmen hören; nach etwa einer Woche ohne Schlaf werden die meisten dann anfangen, die Stimmen als Radiosender oder ähnliches zu interpretieren und an deren Realität zu glauben usw.

Untergruppen der Schizophrenie:

- paranoid-halluzinatorische Form: später Erkrankungsbeginn, Gipfel im 4. Lebensjahrzehnt
- katatone Form: günstige Prognose, Vorsicht: perniziöse Katatonie
- hebephrene Form: Jugendalter, „läppische Gestimmtheit“
- Schizophrenia simplex: Reduktion auf Grundsymptome; sie ziehen sich zurück, wenn sie an die Vulnerabilitätsschwelle kommen, wodurch sie nie ernste Probleme kriegen (kein Wahn, keine Stimmen usw.), es aber deutlich schwieriger haben.

Der Wahn entwickelt sich, nimmt man an, erst als Verhalten, um mit den schizophrenen Störungen auf seine Art umgehen zu können. Als eine Art Überlebensstrategie, um nicht ständig Angst zu kriegen, ist der Wahn deshalb meist sehr schwer loszuwerden.

Oft ist es so, dass schon etwa fünf Jahre vor Auftreten der ersten akuten schizophrenen Zeichen (wie Stimmenhören), Prodromalerscheinungen wie Konzentrationsstörungen auftreten.

Ätiologie und Pathogenese:

- Erbfaktoren
- Konstitution
- morphologischer Befund
- biochemischer Befund (Dopaminhypothese)
- somatische Auslösung
- psychoreaktive Auslösung
- Familie
- soziokulturelle Aspekte

Konkordanz bei Angehörigen von schizophrenen Patienten:

- Elter 2-10%
- Geschwister 6-12%
- Kinder 9-16%
- Enkel 3%

Wahrscheinlichkeit, eine Schizophrenie zu entwickeln:

- wenn beide Eltern schizophren sind: 30-50%
- eineiige Zwillinge: 16-86% (im Schnitt 50%)
- zweieiige Zwillinge: 10-15%

Auch bei monozygoten Zwillingen, die nach der Geburt getrennt wurden, ist die Konkordanz höher als bei dizygoten, jedoch nicht so hoch wie bei gemeinsam aufwachsenden. Adoptivkinder bei schizophrenen Eltern entwickeln nur zu 1% eine Schizophrenie.

Psychotherapie bei Schizophrenie:

- Vermeiden von Affektaktualisierung, man muss unter der Vulnerabilitätsschwelle bleiben
- eher begleitend als konfrontierend

Sozialpsychiatrie

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrie werden häufig von Sozialarbeitern o.Ä. wahrgenommen, als Vertreter der somatischen Disziplinen kommt man eher wenig damit in Berührung. Die Sozialpsychiatrie ist an sich kein eigenes Fachgebiet in der Psychiatrie, wie etwa die Gerontopsychiatrie oder die Neurophysiologen, es ist eher eine Art des Herangehens und Verstehens von psychischen Erkrankungen mit daraus abgeleitetem Handeln.

Definition aus dem Pschyrembel:

Arbeitsrichtung der Psychiatrie, die in Zusammenarbeit mit Soziologie, Ökologie u. Sozialpsychologie den Einfluss sozialer Faktoren auf Entstehung u. Verlauf psychiatrischer Erkr. untersucht; Arbeitsgebiete sind Epidemiologie, Psychotherapie*, Herstellen eines flächendeckenden Netzes von Versorgungs- u. Rehabilitationseinrichtungen für psych. Kranke, Einführung sozialpsychiatrischer Dienste (Instanz für die gemeindepsychiatr. Pflichtversorgung; vgl. Gemeindepsychiatrie).

Historisches - Begriffsdefinitionen:

- Warum war die Sozialpsychiatrie eine historisch unumgängliche Notwendigkeit?
Als die Wende in der DDR kam, musste dort sehr viel nachgeholt werden.
- Was bedeutet Enthospitalisierung?
- Was ist Entstigmatisierung?
Zurückholen der Patienten in die Städte, so dass sie wieder zum „normalen“ Leben gehören.
- Was ist die Antipsychiatrie?
Ende der 60er Jahre gab es eine Hardcore-Strömung bei den Sozialpsychiatern, die der Meinung waren, dass das kapitalistische System erst die Leute krank macht. Ändert man die Gesellschaft, werden diese Krankheiten überhaupt nicht mehr auftreten.
Daraufhin traten die Antipsychiater auf, die sagten, dass es gar keine Psychiatrie gibt, die Kranken sind gar nicht krank, das ist nur in eurer subjektiven Wahrnehmung so usw.
- Im Mittelalter wurden im arabischen Raum erste Spitäler für Geisteskranke erbaut, Spanien folgte im 15. Jh. als erstes europäisches Land.
- Letztlich sind es aber weniger die Ärzte, die sich mit den Geistekranken befassen, sondern die Theologen. Die Inquisition brachte Tausende von ihnen auf den Scheiterhaufen.
- In der Renaissance, unter Descartes und in der Zeit der Aufklärung tat sich erstaunlicherweise nichts an der Behandlung der Geisteskranken.
- Es waren dann 1795 Pinel und sein Schüler Esquirol, die mit der „Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten“ eine neue Bewegung in der Psychiatrie einleiteten. Es folgte die vollständige klinische Beschreibung verschiedener mentaler Syndrome.
- Davor war es sogar üblich, Geisteskranke als Marktattraktion in Käfigen auszustellen; Bürgerliche begaben sich zur Belustigung in die Irrenhäuser und amüsierten sich über die Irren, oder wie wir heute sagen würden, Patienten...
- Griesinger (1817-1868): Stadtasyle, Integration in allgemeine Medizin, Behandlung im Umfeld des Kranken. Griesinger war der erste, der in Tübingen Vorlesungen über Psychiatrie gehalten hat, wobei es damals noch eher neurologisch orientiert war.
- Roller (1802-1878): „krankmachendes Milieu“, die Kranken brauchen ein entferntes Umfeld, in dem sie Ruhe und Reizarmut haben. Er gründete die Badische Anstalt Ilmenau 1842 praktisch auf der grünen Wiese.
Man muss heute sagen, dass das ein historischer Irrtum von Roller war, der erst etwa 100 Jahre später korrigiert wurde. Es entstanden damals außerhalb der Städte riesige parkähnliche Anlagen.
- Dann kamen so seltsame Behandlungsverfahren wie komplette Isolation, 37°-Bad über 5h, Gusstherapie mit kalten Güssen, Elektrokrampftherapie und ähnliche, die uns größtenteils suspekt vorkommen heute.
- Im 3. Reich wurde die deutsche Psychiatrie, die davor als beste der Welt galt, um Jahrzehnte zurückgeworfen.
- Ende der 60er Jahre: Stationäre Versorgung in großen Kliniken mit großen Einzugsbereich, wenig Trennung zwischen Behandlungs- und Pflegebereich, baulich ungünstige Umstände, wenig Fachpersonal, kaum ambulante Betreuung.
- Psychiatrie-Enquête 1975: Kritik der „elenden, menschenunwürdigen Zuständen“ in der deutschen Psychiatrie. Forderungskatalog:
 - Verkleinerung der Großkliniken
 - Schaffung psychiatrischer Abteilungen Allgemeinkrankenhäusern
 - Aufbau ambulanter Versorgung
 - gemeindenaher Versorgung
 - Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
 - kürzere Behandlungszeiten

Sozialpsychiatrische Diagnostik:

Exploration mit Schwerpunkt auf den Alltagsbezug des Patienten:

- lebensgeschichtlich und aktuell
 - Wohnen, Arbeit, Freizeit
 - finanzielle Verhältnisse
 - Familienatmosphäre, soziales Netzwerk
 - subjektive Bedeutung der Fakten für den Patienten
 - Veränderungswünsche, Sorgen, Ängste
 - In Therapieveranstaltungen (Gruppen, Entspannungstraining, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Außenaktivität, Sozialdienstgruppe, etc.)
 - Im Stationsalltag / Freizeitgestaltung (Rauchen, Essen, Verhalten gegenüber Team und Besuchern etc.)
- Teambesprechung, Supervision, individuelle Therapieplanung

Psychosoziale Therapien:

- Verbesserung der lebenspraktischen Kompetenzen
- Soziotherapie
- Ergo- und Arbeitstherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Intervention in der Familie
- Familienpflege
- psychiatrische Rehabilitation

Funktions- und Hilfsbereiche:

Wohnen:

- betreutes Einzelwohnen
- ambulant betreute Wohngruppe
- psychiatrische Familienpflege
- sozialpsychiatrisches Wohnheim
- Pflegeheim

Arbeit:

- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)
- Integrationsfachdienst für Behinderte (FEB)
- berufliche Trainingszentren (BTZ)
- Berufsbildungswerke (BBW)
- Berufsförderungswerke (BFW)
- Werkstätten für Behinderte (WfB)
- Integrationsfirmen
- Zuverdienstangebote
- psychosomatische Rehabilitationskliniken

Behandlung, Pflege, Beratung, Case-Management:

(spezifisch)

- psychiatrische Institutsambulanz
- sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis (nicht in Tübingen)
- psychiatrischer Pflegedienst (nur Modellregionen)
- SPD_i (mit Soziotherapie)

(unspezifisch)

- psychologische Beratungsstellen
- Arbeitskreis Leben
- Telefonseelsorge
- Betreuungsverein

Soziale Teilhabe, Selbsthilfe:

(professionell)

- sozialpsychiatrischer Dienst
- Tagesstätten
- psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Rehabilitationssport

(Bürgerhelfer)

- Kontaktgruppen
- Teestuben

(Selbsthilfe)

- Selbsthilfegruppen
- Psychoseminare
- Patientenclubs
- Angehörigengruppe

Aktuelle Entwicklungen:

- Home-Treatment (Möglichkeit, die Bettenzahlen zu senken, Hausbesuche von Arzt / Krankenschwester / ...)
- Case-Management
- Integrierte Versorgung
- Gesundheitsökonomie
- Qualitätsmanagement
- Patientenzufriedenheit (subjektive Seite)
- gemeindepsychiatrischer Verbund

Grenzbereiche:

- Suchtkrankenversorgung
- Obdachlose
- Gerontopsychiatrie
- forensische Psychiatrie
- transkulturelle Psychiatrie

Zusammenfassung:

Die Psychiatrie ist schon als Wissenschaft und Forschungsgebiet sozial gerichtet. Überall stößt sie auf soziale Probleme, auf Beziehungen zur menschlichen Gesellschaft, ... überall ergeben sich ursächliche Zusammenhänge mit den sozialen bla Folie weg.

Affektive Psychosen

(= Depressionen, Psychosen, Manie)

Depressives Syndrom:

- schlechte Stimmung
- kaum Interesse, Freude
- Appetit und Gewicht können zu- oder abnehmen
- Schlafdauer kann zu- oder abnehmen
- Erregung oder Hemmung (beobachten)
- Müdigkeit, Energieverlust
- Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld, regelrecht wahnhafte Schuldgefühle, in die man sich hineinsteigert. Die Patienten empfinden es als todeswürdige Sünde, dass sie als Jugendlicher onaniert haben, oder sie bitten etwa immer wieder darum, aus der Behandlung entlassen zu werden, weil sie denken, die Krankenkasse würde die Kosten nicht mehr übernehmen.
- Konzentration und Entschlusskraft lässt nach
- Todes- / Suizidgedanken

Suizidgedanken kommen etwa bei der Hälfte der depressiven Patienten vor. Zwischen 2-9% der ambulanten und stationären Patienten mit Depression bringen sich um, das sind schon relativ viele.

Viele Kinder wirken bei Frauen als „protektiver Faktor“, das RR, Suizid zu begehen, sinkt stark mit der Anzahl der Kinder. Wenn allerdings ein (vor allem kleines) Kind stirbt oder psychiatrisch erkrankt, steigt das Suizidrisiko.

Geschiedene haben eine dreifach höhere Suizidrate als die Norm, Verwitwete eine zweifach höhere. Die allermeisten Suizide erfolgen im April und Mai, im September praktisch nie welche; im Oktober und November gibt es nochmal einen „Herbstgipfel“. Dabei müssen irgendwelche überindividuellen Faktoren am Werk sein, sei es die Änderung der Lichtverhältnisse oder vielleicht eine Art Auswirkung der Paarungszeit...

Es gibt noch weitere, weniger wichtige Syndrome der Depression:

- Angst
- Hypochondrie
- Zwang
- Reizbarkeit
- Derealisation, Depersonalisation
- Hysterie (histrionisch, konversiv)
- Schmerz
- sexuelle Störung
- Abstumpfung der Wahrnehmung

- exkretorische Störungen (weniger Speichel, Schweiß, Tränen, aber manchmal auch das Gegenteil)
- hormonelle Störungen (Hypercortisonismus, Blutdruck normalerweise erhöht)

Saisonales Muster:

- Regelmäßige zeitliche Beziehung zwischen dem Beginn der depressiven Episode und einer Jahreszeit.
- Regelmäßige zeitliche Beziehung zwischen Remission (oder Übergang in Maie) und einer Jahreszeit
- Zwei derartige depressive Episoden in den vergangenen 2 Jahren und keine nicht-saisonalen Depressionen in dieser Zeit.
- In der Anamnese mehr SAD (wie oben definiert) als non-SAD

Winterdepression:

- voll ausgebildete depressive Phasen
- regelmäßiger Beginn im Herbst / Winter
- regelmäßiges Ende im Frühjahr
- Phasen außerhalb dieser Zeit in der Minderzahl

häufige Symptome:

- Zunahme von Appetit und Gewicht
- besonderer Appetit auf Kohlenhydrate
- längerer Nachtschlaf
- Schwierigkeiten beim Erwachen
- Tagesmüdigkeit
- Energielosigkeit (bleierne Schwere)

Oft kann man eine Depression, besonders Winterdepressionen, durch Lichttherapie deutlich verbessern oder gar beheben. Da gibts dann so Lichtkästen zu kaufen, die man sich ins dunkle Kämmerlein stellt, es gibt sogar Baseballkappen mit Lampen unten dran, aber im Prinzip langt es völlig, jeden Tag ein oder zwei Stunden spazieren zu gehen und ab und zu in den Himmel hinauf zu schauen, auch im Winter.

Manisches Syndrom:

- Stimmung gehoben / irritiert
- Selbstbewusstsein viel stärker, Größenideen
- Schlafbedürfnis erniedrigt
- Rededrang erhöht
- Ideenflucht, Gedankenjagen
- Ablenkbarkeit erhöht
- Betriebsamkeit, Unruhe
- mehr angenehme Aktivitäten mit unangenehmen Konsequenzen

Die Patienten haben auch sehr häufig einen Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht, nicht selten auch Rauschmittelmissbrauch.

Die Manie ist ein instabiler Zustand; es kann vorkommen, dass einem ein Maniker ganz begeistert etwas erzählt und im nächsten Augenblick weinend um den Hals fällt.

Hypomane Episode:

- Stimmung gehoben, gereizt, expansiv, >4 Tage
- >3 der manischen Symptome (>4, wenn nur gereizte Stimmung)
- nicht so schlimm, dass man der Behandlung bedarf, fällt oft gar nicht auf
- ...

Parameter affektiver Störungen:

- 1) Inhalt
 - depressiv
 - manisch
 - schizo-depressiv
 - schizo-manisch
 - schizophren
- 2) Intensität Depression (Melancholie, leicht, mittel, schwer)

	Dysthymie	
	Manie - Hypomanie	
3) Dauer	kurze (wiederkehrende) Depression	
	depressive Episode (>2 Wochen)	
	chronische Depression (>2 Jahre)	
	Persönlichkeitsstörung	
4) Verlauf	Frequenz	einzelne Episode
		rezidivierend (rapid cycling)
		(chronisch)
	Polarität	unipolar: depressiv, manisch, schizomanisch, schizodepressiv
		bipolar: (schizo-) MD
		bipolar I, II, III, Zylothymie (andauernde instabile Stimmung mit schnellem Wechsel)
5) Ursache	...	

Prävalenz depressiver Erkrankungen:

Punktprävalenz: Frauen 5-9%, Männer 2-3%, Dysthymie 3%

Einjahresprävalenz: alle affektiven Störungen 9,5%, alle psychiatrischen Erkrankungen 28%

Lebenszeitprävalenz: MDD bei Frauen 10-25%, bei Männern 5-15%

Die genetische Komponente ist stark, so ist etwa die Wahrscheinlichkeit, dass einer der Verwandten eines bipolar-Depressiven auch diese Erkrankung hat, fast zehnmal so hoch, wie wenn er gesund wäre.

Die Sterblichkeitsrate von Patienten mit bipolarer oder unipolarer Störung ist im Jahr nach der Diagnose etwa sechsfach erhöht und bleibt auch für die nächsten 22 Jahre nach einer großen skandinavischen Studie höher als der Schnitt. Selbst wenn man die Suizide herauslässt, ist die Sterblichkeitsrate noch erhöht.

Wenn der Patient die Erstdiagnose im Alter von 20-30 Jahren erfährt, ist die Sterblichkeitsrate am allerhöchsten, bei Patienten, die die Erstdiagnose im Alter von 60 Jahren und darüber erhalten, ist die Sterblichkeit immerhin noch zweifach erhöht gegenüber dem Schnitt.

Antidepressive Verfahren:

- Antidepressiva (verschiedene Substanzen / Prinzipien), amplifizieren die noradrenerge und serotoninerge Funktion
- kognitive Verhaltenstherapie (u.a. Psychotherapien)
- Elektrokrampftherapie
- Schlafentzug
- transkranielle Magnetstimulation (rTMS)
- Vagus-Nerv-Stimulation (antiepileptische Wirkung im Tierexperiment, beim Menschen oft Verbesserung depressiver Erkrankungen)

Wirkungslatenz der medikamentösen Behandlung ist normalerweise zwei Wochen... wenn man danach noch keine Wirkung merkt, kann man die Behandlung wechseln.

Bei therapierefraktärem Verlauf muss man zuerst einmal den Plasmaspiegel des Medikaments bestimmen (kommt es überhaupt an?), man kann die Dosis erhöhen / erniedrigen, einen Präparatwechsel vornehmen oder auf andere Therapieansätze wie die EKT ausweichen.

Persönlichkeitsstörungen

Definition nach ICD 10 und DSM IV:

Persönlichkeitsstörungen sind wiederholt beobachtbare, personentypische Interaktionseigenarten, die als unflexibel und sozial wenig angepasst gelten können.

Die Diagnose sollte erst gestellt werden, wenn sich die zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen der Betroffenen in einer Weise extremisieren, dass die berufliche und private Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist und wenn diese Beeinträchtigungen möglicherweise zu subjektiven Beschwerden führen.

Arten:

- sonderbare Persönlichkeitsstörungen (Cluster A)
 - paranoide PS
 - schizoide PS
 - schizotypische PS
- dramatische Persönlichkeitsstörungen (Cluster B)
 - antisoziale PS
 - Borderline-PS
 - histrionische PS
 - narzisstische PS
- ängstliche Persönlichkeitsstörungen (Cluster C)
 - selbstunsichere PS
 - dependente PS
 - zwanghafte PS

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung:

24% der stationären Behandlungskosten für psych. Erkrankungen entstehen allein durch die Borderline-PS. Schätzung des bundesweiten jährlichen Kostenaufwandes: 3,1 Mia Euro.

Grundlagen ursprünglicher psychiatrischer Diagnostik:

- Spektrum schizophrener Störungen
- Übergang Neurose und Psychose (Grenzfälle)

Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (5 von 9 müssen erfüllt sein):

1. Verzweifelt Bemühen, reale oder imaginäre Trennungen zu vermeiden.
2. Ein Muster von instabilen, aber intensiven interpersonellen Beziehungen, die durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung charakterisiert sind.
3. Identitätsstörungen: Chronische und erheblich gestörte, verzerrte oder instabile Vorstellungen oder Gefühle für sich selbst (z.B. das Gefühl, nicht zu existieren oder das Böse zu verkörpern).
4. Impulsivität in mindestens zwei Gebieten, die potentiell selbstschädigend sind (z.B. Geld ausgeben, Sex, Drogenmissbrauch, Diebstahl, rücksichtsloses Fahren, Essstörungen) - ohne Suizid oder selbstschädigendes Verhalten.
5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -gesten oder -versuche, oder selbstschädigendes Verhalten (ritzen, schneiden, verbrennen, ...).
6. Affektive Instabilität: Ausgeprägte Sensibilität der Stimmung (z.B. starke episodische Dysphorie, Irritabilität, ...)
7. Chronisches Gefühl der Leere
8. Unangemessene intensive Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Phasen von schlechter Laune, konstantem Ärger, häufig wiederkehrende körperliche Kämpfe).
9. Vorübergehende, stressabhängige schwere dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen.

Folgende 7 Items konnten Borderline-Patienten am sichersten von anderen Vergleichsgruppen unterscheiden (85,4% Trennschärfe):

1. Beklagt sich wichtige Bezugsperson darüber, dass sie gemein sind? In welcher Weise?
2. Haben Sie sich jemals absichtlich verletzt?
3. Beurteilung als ich-dystone Wahnideen.
4. Wahnerlebnisse beeinflussen viele Lebensbereiche.
5. Fühlen Sie sich dauernd leer, einsam, gelangweilt?
6. Sind Sie schon einmal tablette- / drogenabhängig gewesen?
7. Haben Sie irgendwelche besonderen Beziehungen zu dem einen oder anderen Mitarbeiter (der Station) oder zu einem Therapeuten entwickelt, mit dem Sie es zu tun hatten?

Borderline-Patienten versuchen oft, die Grenzen zu überschreiten, auch in stationärer Behandlung. Sie versuchen, Beziehungen zu Betreuern und Pflegern zu knüpfen und spalten oft das Personal in zwei Gruppen (eine wird idealisiert, eine verdammt). Deshalb ist die Therapie mit solchen Menschen oft sehr belastend und anstrengend.

Definitionen:

Persönlichkeit = überdauerndes und stabiles Muster innerer Erfahrungen und Verhaltens, das auch in unterschiedlichen Situationen konsistent ist.

Persönlichkeitsstörung = umfassendes, überdauerndes, *unflexibles* Erleben und Verhalten, das deutlich von den Erwartungen der jeweiligen Kultur abweicht und zudem einen Leidensdruck verursacht oder zu Beeinträchtigungen führt.

Achse-II-Störung = lange bestehende Störungen, die in ihrer Intensität kaum variieren und keine Remissionsphase zeigen. Oft komorbid mit Achse-I-Störungen (voraus, begleitend oder in Folge).

Frühere psychiatrische Nomenklatur: Psychopathie oder Psychopath.

Persönlichkeitseigenschaften werden erst dann mit dem Etikett einer Störung belegt, wenn sie

- deutlich in Richtung eines Leidens des Betroffenen weisen
- in Richtung Dissozialität oder antisozialer Distanz gehen

Entwicklung in der Psychiatrie:

18. Jahrhundert:

- Übernahme von Delikttypen in die psychiatrische Klassifikation: Pyromanie, Kleptomanie, Störungen der Impulskontrolle etc.
- Degenerationslehre: Dissozialität kann man lernen, wird dann über Gene weitervererbt (Sozialdarwinismus). Damals wurden gezielt Menschen umgebracht, um die „degenerierten“ Gene der „Psychopathen“ an der Vermehrung zu hindern.

Um die Jahrhundertwende:

- Neurophysiologie: Hirnzentren sind aus dem Gleichgewicht.

Entwicklung der Diagnosesysteme:

- ab DSM III/ICD-10: Aufgabe des Begriffs der Prototypenperspektive (Leptosom, Pykner usw.)
- interpersonelle Perspektive
- DSM-IV: Achse II eingeführt
- ICD-10: F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, umfassen:
 - Persönlichkeitsänderungen
 - abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
 - Störungen, die eng im Zusammenhang mit sexueller Entwicklung und Orientierung stehen

6 Kriterien der Persönlichkeitsstörung im DSM-IV:

1. Mindestens in zwei der folgenden Bereiche: Störung der Kognition, des Affekts, der interpersonellen Beziehungen und / oder der Impulskontrolle.
2. Das gezeigte Erlebens- und Verhaltensmuster ist unflexibel und andauernd in einem breiten Spektrum persönlicher und sozialer Situationen.
3. Die Störung führt zu klinisch bedeutsamen Beschwerden und / oder zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen persönlichen Bereichen.
4. Das Erlebens- und Verhaltensmuster erweist sich als stabil, lang andauernd, und seine Entstehung kann wenigstens bis ins Jugendalter, wenn nicht gar bis in die Kindheit zurückverfolgt werden.
5. Das Muster tritt nicht vorrangig als zentrales Merkmal oder erst als Folge einer anderen psychischen Störung in Erscheinung oder aber
6. es lässt sich nicht ursächlich auf direkte physiologische Wirkungen von Substanzen (z.B. Drogen, Medikamente, Vergiftungen) oder andere organische Störungsbedingungen (z.B. SHT = Schädelhirntrauma) zurückführen.

Paranoide Persönlichkeitsstörung:

Umfassendes Misstrauen, Argwohn, kritisch gegenüber Schwächen von anderen, sehen sich selbst als makellos; streitsüchtig und sehen Fehler bei anderen.

Prävalenz: zwischen 0,5 bis 2,5% der erwachsenen Bevölkerung.

Ätiologie: psychodynamisch = fordernde und zugleich ablehnende Eltern, genetische Faktoren

Therapie: Kaum freiwillig, wenn ja: schwierig, misstrauisch gegenüber Therapeuten. Gegenmittel: Gefühl der Selbstwirksamkeit erhöhen. Allgemein: interpersonales Problemlösen verbessern, Medikamente unwirksam.

Man findet solche Leute häufig vor Gericht, selten in der Psychiatrie, da schicken sie höchstens ihren Nachbarn hin.

Schizoide Persönlichkeitsstörung:

Dauerhafte Distanziertheit in sozialen Beziehungen, eingeschränkte Gefühlswelt, keine engen Beziehungen, „Eingegängler“.

Prävalenz: weniger als 1% der erwachsenen Bevölkerung.

Ätiologie: psychodynamisch = Abwehrreaktion gegen ablehnende oder misshandelnde Eltern, Störung des „Selbst“. Ev. kognitive Defizite (mangelnde emotionale Reaktionsfähigkeit) - sprachliche und motorische Entwicklung langsamer.

Therapie: Kaum freiwillig, wenn ja: wegen Probleme mit Substanzmissbrauch, fühlen sich in Therapie in ihrer Intimität bedroht. Wichtig: Positive Gefühle erlebbar machen, Gruppe kann helfen, wenn in sicherem Rahmen durchgeführt.

Das ist eher der Typ des einsamen Tüftlers, der froh ist, wenn er in Ruhe gelassen wird, um seinen exzentrischen Hobbies nachzugehen.

Schizotypische Persönlichkeitsstörung:

Interpersonale Defizite, Unbehagen in engen Beziehungen, Verzerrung der Wahrnehmung und Denkens, exzentrisches Verhalten. Beziehungsideen, Körperillusionen, magisches Denken, Affekt flach oder unangemessen, seltsame Denk- und Sprechweise.

Prävalenz: Ungefähr 3% der erwachsenen Bevölkerung, Männer werden häufiger betroffen und haben mehr negative Symptome.

Ätiologie: Kognitiv: Aufmerksamkeitsdefizite, Dopamin erhöht und vergrößerte Ventrikel (wie bei Schizophrenie), genetisches Risiko, auch erhöhte Depression.

Therapie: Schwierig, Abgrenzungen wichtig (Pünktlichkeit, explizite Grenzen setzen), Ressourcen aktivieren, Gedanken kontrollieren lernen (auf Wirklichkeitsgehalt überprüfen), Training sozialer Fertigkeiten, antipsychotische Medikamente in niedriger Dosierung (Neuroleptika).

Grenzt schon stark an Schizophrenie... man findet auch in der Verwandtschaft von Schizophrenen häufig schizotypische Persönlichkeitsstörungen.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung:

Auch „Psychopathen“ oder „Soziopathen“.

Verletzung und Missachtung der Rechte von anderen Menschen, fehlendes Unrechtsbewusstsein. Unverantwortlicher Umgang mit Geld, eigener Sicherheit und vor allem mit anderen Menschen (Missbrauch).

Prävalenz: etwa 3%, in Gefängnissen überproportional, Männer 4mal höher, komorbid mit Alkoholismus, Drogen. Störungen des Sozialverhaltens in der Kindheit, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) offenbar Prädiktor.

Ätiologie: Mangelnde elterliche Liebe, starke Belastungen. Modelllernen, biologische (genetische) Faktoren wie mangelnde Aktivität im vegetativen und zentralen NS.

Therapie: Milieuthherapie, harte, strukturierte Umgebung. Kaum erfolgreich.

Die Frage ist auch, ob die Patienten zuerst in das kriminelle und Drogen-Milieu geraten und dann antisozial werden, oder ob sie zuerst die Persönlichkeitsstörung haben und als Folge in dieses Milieu geraten.

Als Ersatz für ihre mangelnde Emotionalität bauen sich solche Leute massive Hierarchien auf (Mafia, Gangs, ...).

Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Ausgeprägte emotionale Instabilität, Instabilität bezüglich Beziehungen, Selbstbild und eine deutliche Impulsivität. Damit geht eine hohe Suizidalität einher (70% Selbstmordversuche), Drogen- und Alkoholabusus, riskantes Sexualverhalten, „Schneiden“.

Prävalenz: Etwa 2%, 3/4 sind Frauen.

Ätiologie: ablehnende Eltern, gesteigerte Abhängigkeit und herabgesetzte Fähigkeit, Trennungen zu bewältigen. Viel Missbrauch, auch sexuell. Impulsivität hängt mit niedriger Serotoninaktivität zusammen, REM-Schlaf wie MD (?).

Therapie: Langzeittherapie manchmal erfolgreich (Linehan), eigene Gefühle und Gedanken und die von anderen richtig interpretieren lernen, Gefühle der Leere und Spannung aushalten lernen. Medikamentöse Behandlung kann sinnvoll sein (Achtung: Suizidrisiko).

Diese Persönlichkeiten werden massiv von einem Schwarz-Weiß-Denken auf allen Ebenen beherrscht. Man kann bei vielen in der oralen Phase schon Probleme feststellen (Subjekt-Objekt-Repräsentation fehlt). Sie sind auch auf der biologischen Ebene massiv vulnerabel, sie haben eine enthemmte Stressachse, erinnern sich stark an traumatische Ereignisse, schütten vermehrt Adrenalin und Cortisol aus.

Erklärungsmodell nach Marsha Linehan (affektives Vulnerabilitätskonzept):

- selbstdestruktive Impulsivität ist zentrales Symptom
→ Ausdruck einer spezifischen gelernten Problemlösestrategie zur Reduktion einer subjektiv als unakzeptable empfundenen Dysphorie.
- Primäre Dysfunktion ist eine unangemessene Affektregulation, typische Merkmale:
 - hohe Sensitivität gegenüber emotionalen Stimuli
 - heftige Reaktionen schon auf schwache Reize
 - langsame Rückkehr auf das Ausgangsniveau
 - Die Betroffenen richten sich sehr unmittelbar an den jeweils aktuell evozierten eigenen Stimmungen und Affekten aus, bzw. an den gelernten Möglichkeiten, diese zu kontrollieren.

Borderline-Patienten erstarren angesichts einer drohenden Gefahr, sie geraten bis in eine Art Trance, ähnlich vielleicht wie ein Tier auf der Straße scheinbar hypnotisiert die Scheinwerfer des näherkommenden Autos anstarrt, anstatt auszuweichen.

Die kognitiv-orientierte Verhaltenstherapie nach Marsha Linehan (dialektisch-behaviorale Therapie):

- in Gruppe: psychoedukatives Sozialtraining, vermittelt
 - neue Möglichkeiten zwischenmenschlicher Interaktion
 - Umgang mit Stresserfahrungen
 - Stresskontrolltechniken
- in Einzeltherapie: Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit
 - Suizidneigung (kein Manipulieren, Agitieren!)
 - Aufrechterhaltung der Therapie sichern
 - Thema: Selbst- und fremdschädigende Konsequenzen eines Verlusts der Impulskontrolle
 - Behandlung von Sucht
 - Einübung spezifischer Verhaltensmuster im Umgang mit den fluktuierenden affektiven Instabilitäten
 - andere Ziele der Patienten

Statt sich zu schneiden, kann man den Patienten auch beibringen, andere Techniken zum Stressabbau zu verwenden. Man kann z.B. Eiswürfel in die Hand nehmen, kalt duschen, auf einen Boxsack einschlagen, eine Runde joggen oder Ähnliches. Jedenfalls alles besser, als sich zu schneiden oder fremdaggessiv zu werden.

Histrionische Persönlichkeitsstörung:

(hysterische PS)... zeigen übertriebene Emotionalität (dramatisch überhöht) und verlangen Aufmerksamkeit. Stimmung kann sehr rasch wechseln, kann aber oberflächlich wirken - brauchen andere als Publikum und „Projektionsfläche“.

Prävalenz: 2-3%, Männer und Frauen gleich, komorbid mit somatoformen Störungen.

Ätiologie: Eltern werden als wenig beschützend erfahren, idealisieren des Vaters (??), Partnerwahl deshalb oft problematisch. Kognitiv: leicht beeinflussbar, mangelndes Detail- und Faktenwissen, der Wunsch leitet den Gedanken.

Therapie: Suchen Therapie aktiv auf, „schwierige“ Patienten, Therapie recht schwer

Narzisstische Persönlichkeitsstörung:

Extremes Bedürfnis nach Bewunderung, sind sich selbst die größten Bewunderer, Großartigkeit, Fantasien nach Macht, Erfolg und Schönheit, kritikunfähig. Reaktion mit Wut, Scham, aber auch Depression und innerer Leere auf Kritik.

Prävalenz: <1%, 3/4 Männer

Ätiologie: kalte, ablehnende Eltern, verzerrtes Selbstbild, ...

...

Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung:

Durchgängiges Muster von sozialer Gehemmtheit, Minderwertigkeitsgefühle und extreme Empfindlichkeit gegen negative Bewertung - Angst vor Ablehnung.

Prävalenz: 0,5-1,0%, mehr Männer. DD zu sozialer Phobie. Sozialphobier fürchten Situationen, selbstunsichere fürchten soziale Beziehungen.

...

Dependente Persönlichkeitsstörung:

Unterwürfiges und anklammerndes Verhalten, lehnt Verantwortung zu haben ab, geringe bis nicht vorhandene Entscheidungsfreude, „konformistisches“ Verhalten, passen sich den Wünschen und Erwartungen anderer an. Hohes Risiko für

Depression oder Angststörung.

Prävalenz: ca. 2%, Männer und Frauen gleich.

Ätiologie: überbehütende Eltern, die jede Initiative des Kindes bestrafen (Liebesentzug), keine Selbstwirksamkeitserfahrung.

Therapie: schwierige Patienten, weil Verantwortung über therapeutische Fortschritte allein beim Therapeuten gesehen werden, Gruppentherapie hilfreich.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung:

Übermäßige Ordnungsliebe, „Perfektionismus“, interpersonale Kontrolle, wollen alles richtig machen. Auf Regeln fixiert, unflexibel, Unfähigkeit, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, rigide und unfähig, Aufgaben zu delegieren, endlose Detailversessenheit.

Prävalenz: 1 bis 2%, Männer doppeltes Risiko. 20% Komorbidität mit Achse-I-Zwangsstörung.

Ätiologie: anale Stufe regrediert, strenge und übermäßige Sauberkeitserziehung, Abwehr von aggressiven Impulsen, dichotomes Denken (unlogische Denkprozesse).

Therapie: Konfrontation mit Reaktionsverhinderung nicht immer wirksam, besser kognitive Therapie.

Klassifikationsprobleme:

- Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung sind manchmal nicht direkt beobachtbar. Abweichende Persönlichkeit wird nicht immer als Störung betrachtet.
- Die Ähnlichkeiten der PS innerhalb eines Clusters sind sehr hoch, die Kriterien überschneiden sich, so dass man nur auf dieser Ebene diagnostizieren könnte.
- Die von einer PS betroffenen Personen sind selbst unterschiedlich und haben eigene Charakteristika.
- Die DSM-Kriterien selbst sind nicht definitiv (passiv-aggressiv weggefallen, sadistische oder selbstschädigende PS nicht enthalten).
- Kulturell verschieden, was als Störung und antisozial empfunden wird.