

Demenz

Die Erkrankung

Demenz ist ein Überbegriff für eine Vielzahl krankhafter Abbauprozesse des Gehirns. Alle Unterformen der Demenz haben gemein, dass sie zu einem Verlust geistiger Fähigkeiten führen. Typisch ist eine Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks. Die Veränderungen bewirken, dass Menschen mit Demenz alltägliche Aufgaben nicht mehr ausführen können. Ihr Bewusstsein wird hingegen nicht getrübt, sodass die Betroffenen diese Veränderungen auch teilweise selbst registrieren.

Die häufigste Form ist die Demenz vom Alzheimer Typ. Sie tritt in etwa 50 bis 70 Prozent (WILZ u.a. 2001) der Fälle auf und ist gekennzeichnet durch einen zunehmenden Abbau des Nervengewebes und die Ablagerung pathologischer Eiweißsubstanzen (Plaques). Weitere Formen sind die Multi-Infarkt-Demenz, die durch Durchblutungsstörungen infolge von Gefäßverkalkungen in kleinen Gehirnarterien entstehen, und die Formen, die auf über fünfzig Grunderkrankungen (wie Hirntumore, Erkrankungen von Leber, Niere, Schilddrüse oder des Blutes) zurückgehen können. Diese sekundären Formen sind durch eine entsprechende Behandlung der Grunderkrankungen zum Teil umkehrbar und im besten Falle sogar heilbar. Darüber hinaus gibt es auch Mischformen. Zunächst treten meist leichte kognitive Einschränkungen auf, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Demenz zu entwickeln.

Bis eine Demenz nach außen hin sichtbar wird, können zwischen zwei bis zehn Jahre vergehen. Sichtbar wird die Erkrankung meist erst, wenn die Abbauprozesse eine kritische Schwelle überschritten haben. Dies passiert, sobald die Reservekapazitäten des Gehirns erschöpft sind. Die krankhaften Abbauprozesse sind zu diesem Zeitpunkt meist schon weit fortgeschritten und können nicht mehr ausgeglichen werden. Aufgrund der vielseitigen Erscheinungsformen und Ursachen von Demenz ist eine umfassende Diagnostik (medizinisch und auch neuropsychologisch) sowie eine sorgfältige Abgrenzung von Depressionen, Ängsten, Substanzmissbrauch oder somatischen Krankheitsfaktoren notwendig.

Die Häufigkeit, eine Form von Demenz zu entwickeln, steigt mit dem Lebensalter. Bei den 65- bis 69-Jährigen liegt sie bei etwa 1,4 Prozent. Ab dem 65. Lebensjahr verdoppelt sich die Anzahl der Betroffenen alle fünf Jahre. So liegt die Häufigkeit bei den 80- bis 84-Jährigen bei 11 bis 18 Prozent, bei den 90- bis 94-Jährigen bei 38 bis 41 Prozent (WILZ u.a. 2001). Weitere ausführliche Informationen zur Erkrankung und den Erscheinungsformen finden sich bei FORSTMEIER & MAERCKER (2008).

Im Krankheitsverlauf tritt eine Reihe von Symptomen auf (WÄCHTLER 2002):

- Amnesie (Gedächtnisstörung), Aphasie (Sprachstörung), Apraxie (Störung bei der Ausführung alltäglicher Bewegungen), Agnosie (Störung beim visuellen Erkennen von Lebewesen oder Gegenständen),
- Desorientiertheit und Verwirrtheit (in Bezug auf alle Aspekte),
- Verlust der Selbstbestimmung und Identität,
- Verkümmern von Fähigkeiten,
- zunehmende Entscheidungsunfähigkeit,
- Verlorengehen des strukturierten Vorgehens bei alltäglichen Verrichtungen von:

- Aktivitäten des täglichen Lebens (= activities of daily living, ADLs, wie sich waschen, sich anziehen, essen oder auf die Toilette gehen),
- instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (= instrumental activities of daily living, IADLs, wie Essen zubereiten, Verkehrsmittel benutzen, jemanden anrufen oder Medikamente einnehmen),
- Probleme bei der Einordnung von Gefühlen,
- veränderte oder reduzierte Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören, Schmecken, Riechen),
- geringeres Bedürfnis nach Körperpflege (das Körpergefühl geht verloren, Körperempfindungen können nicht mehr eingeordnet werden und es fällt schwerer, Schmerzen als solche zu äußern),
- Verkennen von Situationen und Verlernen von Begriffen (z.B. nicht mehr wissen, was Schmerz ist).

Für die Betroffenen ist eine Demenz vor allem mit dem Verlust von vier Aspekten verbunden: Kompetenz, Kontinuität, Kongruenz (Übereinstimmung) und Kommunikation. Der Verlust wirkt sich im eigenen Erleben wie auch in den Reaktionen auf das Umfeld aus. Damit Angehörige das Erleben verstehen können, müssen sie zunächst den Verlust begreifen.

TABELLE Demenz als Verlust (»4 K«) – Folgen für das Selbsterleben der Erkrankten (WILZ u.a. 2001)			
Die »4 K«	Verlustmerkmal	Mögliche Folgen für Erleben und Verhalten	Mögliche Reaktionen
Kompetenz	keine selbstständige Ausübung von Alltagsaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ● Scham ● bedrohtes Selbstwertgefühl ● Angst vor Versagen ● Kontrollverlust, Hilflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Zurückweisung notwendiger Hilfe ● Leugnung von Defiziten ● Passivität ● Depression, Aggressivität
Kommunikation	nicht mehr sprechen können und Sprache nicht mehr verstehen	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedürfnisse können nicht formuliert werden ● soziale Beziehungen sind eingeschränkt ● andere Menschen werden nicht verstanden ● Bitten und Erklärungen werden nicht verstanden 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bedürfnisse werden von anderen nicht wahrgenommen ● Vereinsamung ● Unsicherheit und Angst ● Patientinnen und Patienten werden als »starrsinnig« beurteilt
Kontinuität	Zeit wird nicht mehr als kontinuierliche Abfolge von Ereignissen erlebt	<ul style="list-style-type: none"> ● fehlende sinnvolle Zusammenhänge zwischen Ereignissen der Vergangenheit und Gegenwart ● keine gedankliche Vorwegnahme von kommenden Ereignissen ● Erinnerungen überlagern Gegenwärtiges ● Tageszeiten und -rhythmen verlieren an Bedeutung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ereignisse erscheinen unerklärbar ● Unsicherheit, Angst ● aktuelle Ereignisse lösen früheres Verhalten auf ● Verhalten ist der Tageszeit nicht angemessen
Kongruenz	das eigene Erleben stimmt mit dem der Gesunden nicht mehr überein, die Realität wird anders interpretiert	<ul style="list-style-type: none"> ● Erkrankte geraten in Widerspruch mit Gesunden ● Erkrankte werden von Gesunden ignoriert oder nicht verstanden ● Erkrankte verhalten sich unangemessen in der Realität (Vorstellung) der Gesunden 	<ul style="list-style-type: none"> ● Angst ● Aggressivität ● Konflikte ● Einsamkeit, sozialer Rückzug

Auch wenn eine Demenz nicht heilbar ist, sollte versucht werden, Kompensationsmöglichkeiten mit den Betroffenen zu trainieren, die dem Verlust der Fähigkeiten entgegenwirken. Zu Erkrankungsbeginn können Übungen hilfreich sein, die gezielt das Gedächtnis, die körperliche Aktivität, Koordination, Gleichgewicht oder Handlungsroutrinen fördern (z.B. Treppen steigen statt Aufzug fahren, bewusstes und ausgewogenes Kochen, Hobbys wie Stricken, Spiele wie Backgammon oder Schach). Wichtig ist, dass die Behandlung von Demenzen nicht nur ein psychiatrisches Thema ist, sondern auch spezifische somatische (den Körper betreffende) Abklärungen und Behandlung erfordert, um weitere mitverursachende Erkrankungen ermitteln zu können und zu behandeln. Eine spezifische medikamentöse Behandlung von Demenzen ist nur begrenzt möglich, auch wenn Substanzen bestehen, die die kognitive Leistungsfähigkeit steigern sollen. Psychopharmaka werden eingesetzt, um Begleiterscheinungen wie Ängste oder Unruhe zu verbessern.

Im fortgeschrittenen Stadium profitieren Betroffene davon, wenn es nur wenige Veränderungen gibt und ihr Alltag einen klaren Ablauf hat. Hilfreich sind zudem Orientierungshilfen durch Bilder, vertraute Kleidungsstücke und Gegenstände. Durch den Rückgriff auf frühere Inhalte im Leben (wie vertraute Musikstücke oder Beschäftigungen) können Stimmungsschwankungen gemildert werden.

Literatur

FORSTMEIER, S.; MAERCKER, A. (2008): Probleme des Alterns. Göttingen: Hogrefe.

WÄCHTLER, C. (2002): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart: Thieme.

WILZ, G.; ADLER, C.; GUNZELMANN, T. (2001): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen: Hogrefe.

Alkoholabhängigkeit

Die Erkrankung

Rund 4 Prozent aller weltweiten Todesfälle gehen auf den Konsum von Alkohol zurück. Weiter ist Alkohol für zahlreiche somatische (den Körper betreffende) Folgeerkrankungen verantwortlich.

Generell wird bei Suchterkrankungen zwischen riskantem Konsum, schädlichem Konsum und Abhängigkeit unterschieden:

Riskanter Konsum: Bei langfristig konsumierten Alkoholmengen von mehr als 24 g Alkohol pro Tag bei Männern und von mehr als 12 g Alkohol pro Tag bei Frauen muss von einem riskanten Konsum ausgegangen werden (zum Vergleich: 1 l Bier = 40 g Alkohol). Diese von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Grenzwerte sind als Orientierungswerte zu verstehen. Aber auch wenn die Grenzwerte nicht überschritten werden, können schädliche Folgen entstehen und es kann sich eine Alkoholabhängigkeit entwickeln.

Schädlicher Konsum: Hier ist bereits eine körperliche Störung wie alkoholische Hepatitis oder eine psychische Störung wie eine depressive Episode nach der ICD-10 (Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) eingetreten. Eine akute Vergiftung oder ein Hangover (»Kater«) beweisen noch nicht den Gesundheitsschaden. Soziale Unerwünschtheit oder bereits eingetretene negative soziale Folgen sind ebenfalls noch kein Beweis für den schädlichen Gebrauch.

Alkoholabhängigkeit: Diese Diagnose wird nach der ICD-10 (DILLING u.a. 1991) gestellt, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig zutreffen:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren,
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums,
- ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums,
- Nachweis einer Toleranzentwicklung, das heißt einer zunehmenden »Verträglichkeit« von Alkohol,
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums,
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, die der Konsumentin oder dem Konsumenten offensichtlich bewusst sind.

Durch Psychotherapie und medikamentöse Unterstützung kann bei 30 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten eine mittelfristige Abstinenz erreicht werden. Bei stationärer Langzeit-Entwöhnungsbehandlung wird für die meisten Betroffenen eine längerfristige Abstinenz erreicht. Aber auch wenn die Patientinnen und Patienten fortan abstinent leben, bleibt eine chronische Erkrankung im Hintergrund bestehen. Diese kann durch tägliche Aufmerksamkeit und psychosoziale Unterstützung in Form von ambulanten Therapie- oder Selbsthilfegruppen bewältigt werden. Das Leben vieler Betroffener ist durch den Wechsel von Risikosituationen, Rückfällen und Therapieerfolgen gekennzeichnet. Im ungünstigen Verlauf kommt es zu einschneidenden psychosozialen Folgeschäden mit begleitenden körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Die Folgen können gravierend sein: gestörte Beziehungen zu den Mitmenschen, Abnahme des Verantwortungsgefühls, Scheidung, Abbruch der Beziehung zur Familie und den eigenen Kindern, vermehrte Unfälle, Führerscheinentzug, Konflikte am Arbeitsplatz, Verlust der Arbeitsstelle und der Wohnung, Rückzug von Freunden, gesellschaftlicher Abstieg, Verwahrlosung oder Haftstrafen.

Es gibt keine eindeutigen und einheitlichen Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Wichtig ist: Es handelt sich um eine Erkrankung und nicht um die Folge charakterlicher Mängel. Allerdings begünstigen bestimmte Eigenschaften wie die Tendenz zur Problemvermeidung, Selbstunsicherheit, Unselbstständigkeit, ungenügende Frustrationstoleranz, zu geringe oder zu starke Selbstkontrolle oder Gefühlsverdrängung die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugend sind besonders schwerwiegende Risikofaktoren. Ihr Einfluss konnte selbst nach der Kontrolle weiterer problematischer Entwicklungsbedingungen belegt werden. Ein Drittel bis die Hälfte aller Personen in Suchtbehandlung weisen Traumatisierungen in frühen Lebensabschnitten auf. Auch in späteren Lebensabschnitten kommen sie deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vor. Ihre Folgen erschweren die Therapie, sie stellen ihren Erfolg sogar ganz in Frage, wenn sie nicht berücksichtigt werden.

Mittlerweile ist belegt, dass erbliche Einflüsse ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Familien- und Zwillingsstudien deuten darauf hin, dass die Erkrankung in 40 bis 60 Prozent der Fälle vererbt wird. Die relevanten Gene scheinen bestimmte Faktoren zu beeinflussen, die ihrerseits das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit erhöhen. (MAYFIELD u.a. 2008)

Teil einer Abhängigkeitserkrankung ist, dass die Betroffenen ihre Erkrankung häufig verharmlosen und verleugnen. Infolgedessen suchen sie nicht aktiv um Hilfe. Es ist außerdem typisch, dass die Betroffenen immer wieder Versprechen gemacht haben, die sie dann nicht halten konnten, was wiederum ihre Angehörigen enttäuscht hat. Erschwerend kommt hinzu, dass Alkohol unmittelbar auf das Verhalten der Betroffenen wirkt und Angehörige zwingt, auf den nüchternen oder angetrunkenen Zustand der Betroffenen unterschiedlich zu reagieren. Zustände von Hoffnung, Enttäuschung, Überforderung, Scham, Angst, Ohnmacht, Verzweiflung, Schmerz und Resignation wechseln sich sehr schnell ab. Wie stark die Betroffenen, ihre Partnerinnen, Partner und ihre Familie unter den zwangsläufigen Veränderungen leiden, ist im Einzelfall sehr unterschiedlich.

Stadien der Alkoholtherapie

Die Alkoholtherapie ist zumeist eine langwierige Angelegenheit, die verschiedene Stadien umfasst. Nicht nur die eigentliche Entwöhnung braucht Zeit (die Erkrankten müssen lernen, ohne Alkohol zu leben), sondern auch der »Vorlauf« ist häufig sehr lang.

Kontakt- und Motivierungsphase: Der erste Schritt ist, dass der Betroffene erkennt, dass er Hilfe braucht, und auch bereit ist, diese anzunehmen. Dies beinhaltet auch, dass er ein Leben lang anfällig für Rückfälle ist.

Entgiftungsphase: Vor einer Behandlung steht die Entgiftung. Diese wird in der Regel stationär in etwa zwei Wochen in einem Krankenhaus oder einer Suchtfachklinik durchgeführt. Ein sogenannter »kalter Entzug«, bei dem Betroffene den bislang sehr starken Alkoholkonsum abrupt beenden, kann gefährlich sein und unter Umständen tödlich enden (Delir, epileptischer Anfall). Deshalb werden die Entzugssymptome medikamentös abgefangen. Nach dem Alkoholentzug werden die Patientinnen und Patienten zur weiterführenden Therapie motiviert.

Entwöhnungsphase: Hier geht es hauptsächlich um die psychotherapeutische Behandlung der psychischen Abhängigkeit. Diese Phase dauert zwei bis sechs Monate und findet sowohl stationär (in Suchtfachkliniken, psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser oder psychiatrischen Universitätskliniken) als auch ambulant (in spezialisierten Beratungs- und Behandlungsstellen, psychiatrischen Praxen) statt. Bisweilen werden zusätzlich Medikamente zur Vorbeugung eines Rückfalls eingesetzt. Im Rahmen der Psychotherapie lernen die Betroffenen, ohne Alkohol zu leben und andere Strategien im Umgang mit ihrem Verlangen, mit Konflikten und mit schwierigen Gefühlen einzusetzen.

Nachsorgephase: Beratungsstellen, Ärztinnen, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen tragen zur Stabilisierung der Abstinenz bei, indem sie auf die Behandlung von körperlichen und psychischen Problemen und die Rückfallvorbeugung fokussieren. Die manchmal lebenslange Nachsorgephase dient dazu, den Erfolg der Behandlung zu sichern. Wer weiter betreut wird oder regelmäßig Gruppen wie die Anonymen Alkoholiker besucht, hat eine deutlich bessere Prognose.

Co-abhängiges Verhalten

Vor allem zu Beginn der Erkrankung neigen Angehörige dazu, den Betroffenen zumindest gegenüber Außenstehenden in Schutz zu nehmen. Für dieses Verhalten hat sich der Begriff der »Co-Abhängigkeit« bei Betroffenen und Fachleuten etabliert. SOYKA (2009, S. 155) beschreibt ihn folgendermaßen: »Mit dem Begriff ›Co-Abhängigkeit‹ sind alle jene Menschen im näheren und weiteren Umfeld des Alkoholkranken gemeint, die durch ihre unbewusst falschen Verhaltensweisen eher dazu beitragen, dass der Abhängige in seiner Krankheit verbleibt als dass er diese besiegt. Durch ihr – gut gemeintes – Verhalten stabilisieren Co-Abhängige eher das Trinkverhalten des Kranken, da sie ihn vor negativen Konsequenzen bewahren und er so noch weniger Notwendigkeit verspürt, sein Verhalten zu ändern.«

Co-Abhängige übernehmen die Verantwortung für die Abhängigen, entschuldigen sie bei ihrer Arbeit oder im Freundeskreis, rechtfertigen ihr Verhalten oder schützen sie vor Belastungen. Gleichzeitig versuchen sie, die betroffene Person vom Alkohol fernzuhalten, indem sie nach versteckten Alkoholflaschen suchen, die Atemluft beim Nachhausekommen prüfen und sie so kontrollieren.

Solange die Angehörigen ihre Empfindungen und Gefühle wahrnehmen können, befinden sie sich im Besitz ihrer geistigen und emotionalen Kräfte. Sie sind in der Lage, auf Grundlage ihres Erlebens notwendige Entscheidungen zu treffen, Konsequenzen zu ziehen und zu handeln. Erst wenn die Angehörigen anfangen, ihr negatives Erleben dauerhaft zu beschönigen, zu unterdrücken oder zu verleugnen und durch inkonsequentes Handeln ihre Notsituation noch zu verschlimmern, kann sich eine behandlungsbedürftige Störung entwickeln.

Kinder leiden in besonderem Maße

Die Alkoholkrankung eines Elternteils wirkt sich besonders negativ auf die geistige, seelische und körperliche Entwicklung der Kinder aus, da sie viel verletzbarer sind. Es ist eine Illusion zu glauben, dass Kinder nicht merken, was zu Hause passiert. Im Gegenteil: Sie bemühen sich, die Situation zu verändern. Häufig versuchen sie, durch aktives Handeln, Rebellion, inneren Rückzug oder spaßige Ablenkung der belastenden Situation zu begegnen (SCHMALZ 2011).

Die Wechselbäder entgegengesetzter Gefühle sind für die Kinder besonders schwer auszuhalten: Sie haben Sehnsucht nach dem alkoholkranken Elternteil, gleichzeitig aber auch Angst vor dessen Erscheinen. In einem Augenblick werden sie mit Liebe überschüttet und verwöhnt, um kurz darauf wieder drakonisch bestraft zu werden. Sie schämen sich für den Verlust der Würde des trinkenden Elternteils, sind wütend auf ihn und hegen gleichzeitig Mitleid, weil sie die Not dahinter erkennen können. Ihre Hoffnung auf Besserung wird immer wieder aufs Neue erschüttert.

In einer Studie zum Thema »Kinder von Suchtkranken« benennt KLEIN (2005) folgende Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Kinder: Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten, Schulschwänzen, Alkohol- und Drogenkonsum, Kriminalität, Interaktionsprobleme, körperliche Probleme, Angst und Depression sowie Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung.

Literatur

DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M. H. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

KLEIN, M. (2005): Kinder aus suchtblasteten Familien. In: R. THOMASUS, U. J. KÜSTNER (Hg.): Familie und Sucht. Grundlagen. Therapiepraxis. Prävention. Stuttgart: Schattauer, S. 52–60.

MAYFIELD, R. D.; HARRIS, R. A.; SCHUCKIT, M. A. (2008): Genetic Factors Influencing Alcohol Dependence. In: British Journal of Pharmacology, 154 (2), S. 275–287.

SCHMALZ, U. (2011). Das Maß ist voll. Für Angehörige von Alkoholabhängigen. Köln: BALANCE buch + medien verlag.

SOYKA, M. (2009): Wenn Alkohol zum Problem wird. Suchtgefahren erkennen – den Weg aus der Abhängigkeit finden. Stuttgart: Trias.

Schizophrenie

Die Erkrankung

Rund 0,5 bis 1 Prozent aller Menschen leiden unter einer Schizophrenie. Das Risiko, einmal im Leben eine Schizophrenie zu entwickeln, liegt bei Männern und Frauen sowie in unterschiedlichen Kulturkreisen bei einem Prozent. Die Erkrankung tritt überwiegend vor dem dreißigsten Lebensjahr zum ersten Mal in Erscheinung: bei Männern in etwa 90 Prozent, bei Frauen in zwei Drittel der Fälle. Männer erkranken im Durchschnitt fünf Jahre früher als Frauen.

Es wird zwischen drei Formen der Schizophrenie unterschieden:

- hebephrene Schizophrenie (Verflachung der Gefühle, unberechenbares, läppisches Auftreten, desorganisiertes Verhalten),
- paranoide (wahnhaft) Schizophrenie,
- katatone (bewegungsstarre) Schizophrenie.

Allen Formen gemein sind bestimmte Kernsymptome, die mindestens einen Monat andauern: Ich-Störungen, zu denen Gedankeneingebung, -lautwerden, -entzug oder -ausbreitung gehören, Kontroll-, Beeinflussungs- oder Beeinträchtigungswahn, Stimmenhören oder anhaltende bizarre Wahnphänomene. Zusätzlich können Halluzinationen jeder Sinnesmodalität (z.B. Gerüche) auftreten, die von Wahngedanken, formalen Denkstörungen, bewegungsstarrten Symptomen oder Einschränkungen des normalen Erlebens (Negativsymptomen) begleitet werden.

Es ist meist sehr schwierig, die Erkrankten zu einer Behandlung zu motivieren, weil diese ihr Erleben und Verhalten nicht wie ihr Umfeld als gestört betrachten, sondern als normal ansehen. Im Verlauf der Behandlung treten in 10 Prozent der Fälle Suizide auf. Das Risiko für fremdgefährdendes Verhalten durch Tötungsdelikte oder Gewalt liegt hingegen nicht höher als bei der Allgemeinbevölkerung.

Studien deuten darauf hin, dass die Entstehung von vielen Faktoren abhängig ist. Bislang gibt es kein Modell, das die Entstehung einer Psychose vollständig beschreibt. Nachgewiesen ist nur, dass sich das Risiko innerhalb der Familie erhöht. Weitere Einflussfaktoren sind perinatale (von der 28. Lebenswoche bis zum 7. Lebensstag auftretende) Schädigungen, strukturelle Veränderungen im Zentralnervensystem sowie kognitive Basisstörungen, die zu Störungen in der Informationsverarbeitung führen (MÖLLER 2005). Grundlage für kognitive Basisstörungen sind Störungen im Neurotransmittersystem und der Neurophysiologie, die zu flüchtigen präpsychotischen Symptomen oder einer andauernden inneren Verwirrung oder Desorientierung führen.

In der Vergangenheit wurden unterschiedliche Theorien verfolgt, die aber eher einen erneuten Krankheitsschub erklären als die Erkrankung selbst (z.B. High-Expressed-Emotions oder psychosoziale Überstimulation). Zwillingsstudien belegen, dass die Erkrankung vermehrt auftritt, wenn genetische Disposition und eine ungünstige Familienatmosphäre zusammentreffen. Da die Ersterkrankung oft in die Zeit der Ausbildung fällt, kommt es durch die Erkrankung nicht selten zu einem sozialen Abstieg (Drift-Hypothese), da sich z.B. die berufliche Ausbildung verzögert oder die Wahl möglicher Tätigkeiten eingeschränkt wird.

Schizophrenieerkrankungen werden zum Teil von Substanzmissbräuchen (Nikotin, Alkohol oder Drogen) begleitet, die zugleich das Neuauftreten einer Krankheitsepisode begünstigen können. Weitere häufige begleitende Erkrankungen sind Depressionen oder Angststörungen.

Schizophrenie ist eine schwere psychiatrische, aber behandelbare Erkrankung. Ein wichtiges Behandlungselement stellt in den meisten Fällen die medikamentöse Therapie dar. Dadurch wird eine Stabilisierung ermöglicht, die dann mit psychotherapeutischen oder auch milieuthérapeutischen Behandlungsmaßnahmen gestärkt wird, durch die Betroffene wieder einen normalen Alltag aufbauen können. Bei einer Milieuthérapie werden die Betroffenen in einer Art familiären Lebensgemeinschaft betreut und gefördert und ihnen wird eine Tagesstruktur geboten. Vielfach ist auch eine Unterstützung durch Sozialarbeiter sinnvoll, wenn sich Fragen zur beruflichen oder sozialen Reintegration ergeben. Gerade wenn eine Restsymptomatik bestehen bleibt, ist eine therapeutische Begleitung über längere Zeit empfehlenswert. So kann die betroffene Person lernen, beeinträchtigende Symptome wie Antriebslosigkeit, ihr Bedürfnis nach sozialem Rückzug oder chronisches Stimmenhören selbst zu überwinden oder Bewältigungsstrategien aufzubauen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass die Betroffenen ein (manchmal langjähriges) Vertrauensverhältnis zu ihrer Ärztin oder ihrem Therapeuten aufbauen, das ihnen die Hemmungen nimmt, sich in Krisen an ihre Behandelnden zu wenden, und in das Angehörige langfristig eingebunden sind.

Literatur

MÖLLER, H.-J. (2005): Schizophrenie. In: H.-J. Möller, G. Laux, A. Deister (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Bipolare Störung

Die Erkrankung

Die bipolare Erkrankung ist eine Form der affektiven Erkrankungen, die mit Veränderungen von Stimmungen einhergehen. Es wird zwischen Bipolar-I- und Bipolar-II-Störungen unterschieden. Erstere sind gekennzeichnet durch eine etwa ein bis zwei Wochen andauernde manische Episode, gefolgt von mindestens einer depressiven Phase. Das Risiko, einmal im Leben eine Bipolar-I-Störung zu erleiden, liegt bei etwa einem Prozent. Bipolar-II-Störungen enthalten eine über zwei Wochen andauernde depressive Episode, die von mindestens einer hypomanen Episode, eine leichtere Form der Manie, abgelöst wird. Sie tritt geschätzt bei 2 bis 5 Prozent der Bevölkerung im Verlauf des Lebens auf.

Nur selten, bei etwa 5 Prozent der Erkrankten, treten rein manische oder hypomanische Episoden auf. Meist gibt es mehrere Krankheitsepisoden, mindestens eine depressive und eine (hypo)manische (LAUX 2005).

Hypomanie: Eine hypomane Phase ist gekennzeichnet durch gehobene oder gereizte Stimmung über mindestens vier Tage, erhöhten Antrieb, beschleunigtes Denken, Einfallsreichtum, Selbstüberschätzung, übermäßig kommunikatives Verhalten und Rededrang.

Manie: Bei einer Manie verstärken sich diese Symptome und dauern mindestens eine Woche an. Der Krankheitscharakter der Symptome wird deutlicher, da die Betroffenen im sozialen Umfeld durch ihre Verhaltensweisen mehr auffallen. Es kommt zu starken Schlafstörungen (meist Schlaflosigkeit), Appetitverlust, formalen Denkstörungen (Ideenflucht, Zerfahrenheit), übermäßigem Geldausgeben, Substanzkonsum, vermehrten sexuellen Kontakten oder selbstgefährdendem Verhalten (wie zu schnellem Autofahren oder Risikoverhalten beim Sport). Auch Wahnphänomene (vor allem Größenwahn und Wahrnehmungsstörungen) sind charakteristisch. Während einer manischen Phase ist eine stationäre Behandlung meist unumgänglich.

Eine besondere Verlaufsform stellt das rapid-cycling dar, ein schneller Wechsel von manischen und depressiven Phasen mit mindestens vier Stimmungsumschwüngen pro Jahr, und die Zykllothymia, ein Wechsel von leichten, mindestens zweimal im Jahr auftretenden depressiven und manischen Stimmungsschwankungen.

Patientinnen und Patienten mit (hypo)manischen Symptomen erkennen meist nicht die Schwere ihrer Erkrankung. Sie sind kaum für eine Behandlung zu motivieren und nehmen sie nur unwillig in Anspruch.

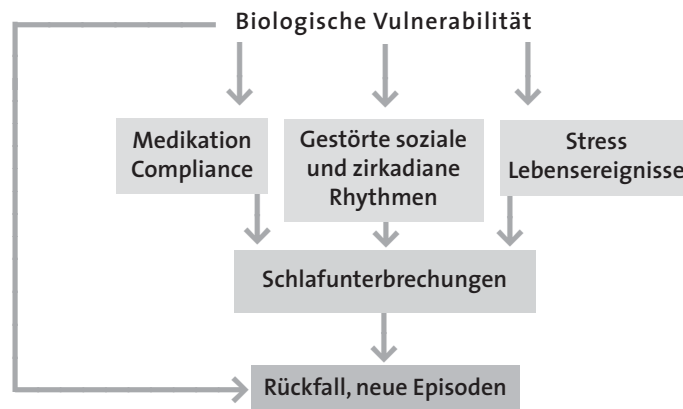
Die Wahrscheinlichkeit für weitere Episoden erhöht sich bei wiederholten Krankheitsepisoden. Oft kommt es zu einer Akzeleration, das bedeutet: Die gesunden Episoden verkürzen sich, es treten mehr depressive Episoden auf und die Bedeutung von psychosozialen Belastungen für das Auslösen einer erneuten Episode nimmt ab.

Begleitend treten häufig Alkohol- und Drogenprobleme auf, die als Trigger für eine erneute affektive Krankheitsepisode wirken können.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass genetische Prädispositionen und Stressbelastungen die Entwicklung der Erkrankung beeinflussen.

In der nachfolgenden Abbildung sind die verschiedenen interagierenden Faktoren dargestellt:

ABBILDUNG Vulnerabilitäts-Stress-Modell bei bipolaren Erkrankungen (HAUTZINGER & MEYER 2011)



Bei der Behandlung von bipolaren Erkrankungen, insbesondere den geschilderten hypomanischen und manischen Episoden, kommt der medikamentösen Behandlung zunächst eine wichtige Rolle zu. Es kann hilfreich sein, im Behandlungsverlauf über mögliche krankheitsauslösende Einflüsse zu reflektieren und dort auch Veränderungen einzuleiten oder bei der Bewältigung zu unterstützen. Zentral für Betroffene sind eine regelmäßige Lebensführung, ein regelmäßiger Biorhythmus und regelmäßige Tagesabläufe, die immer einen gewissen Schutz vor Belastungsspitzen bieten. Manchmal brauchen die Familie und die Betroffenen Hilfen, um aus der Symptomatik entstandene Probleme (z. B. durch das übermäßige Geldausgaben oder zwischenmenschliche Konflikte) wieder in Ordnung zu bringen. Vorsorglich kann es hilfreich sein, Überlegungen zum Schutz (wie ein beschränkter Zugang zu größeren Geldmengen oder das Niederlegen einer Behandlungsvereinbarung mit Kriterien für eine erneute stationäre Behandlung) zu treffen. Eine gute Aufklärung über die Erkrankung hilft den Betroffenen, selbst hilfreiche Maßnahmen zu formulieren und diese umzusetzen.

Literatur

HAUTZINGER, M.; MEYER, T. D. (2011): Bipolar affektive Störungen. Göttingen: Hogrefe.

LAUX, G. (2005): Affektive Störungen. In: H.-J. MÖLLER, G. LAUX, A. DEISTER (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Depression

Die Erkrankung

Die Depression ist die am häufigsten auftretende affektive Störung und eine der häufigsten psychischen Erkrankungen insgesamt. Sie tritt bei etwa 10 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen auf. Etwa 10 Prozent der Patientinnen und Patienten in den Allgemeinarztpraxen leiden unter Depressionen. Die Hälfte der Erkrankten konsultiert gar keinen Arzt. Schätzungsweise die Hälfte aller depressiven Erkrankungen werden von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern nicht als solche diagnostiziert. Am schwierigsten zu erkennen ist die Dysthymie, eine chronische Form einer schwächer ausgeprägten depressiven Verstimmung.

Nach außen hin zeigt sich eine Depression vor allem durch drei Kernsymptome: ein reduzierter Antrieb, eine deprimierte Stimmung sowie Interessen- und Lustlosigkeit. Hinzu kommen Symptome wie Schlafstörungen und Appetitlosigkeit, reduzierte Libido, Konzentrationsstörungen, Denkhemmung, Grübeln, Entscheidungsunfähigkeit, Morgentief und sozialer Rückzug. Bei Depressionen mit psychotischen Symptomen treten typischerweise entweder ein Schuld-, Verarmungs- oder nihilistischer Wahn auf.

Eine Depression ist eine potenziell lebensgefährliche Erkrankung: Betroffene denken sehr häufig über Suizid nach (etwa 80 Prozent) und begehen in 20 bis 60 Prozent der Fälle Suizidversuche. Etwa 15 Prozent versterben durch Suizid. Suizidalität ist demzufolge ein wichtiges Thema und bedarf besonderer Beachtung (vgl. LAUX 2005).

Depressionen sind in ihrem Erscheinungsbild sehr unterschiedlich. Sie können durch eine ausgeprägte Hemmung, eine krankhafte Unruhe (Agitation) oder eher körperliche (somatische) Beschwerden auffallen. Bei einem Teil der Betroffenen gehen sie mit bestimmten Bedingungen einher, so treten Depressionen häufig nach der Geburt, saisonal, bei Erschöpfung, bei Einsamkeit und verlängerter Trauerreaktion (besonders im Alter) oder infolge oder begleitend zu somatischen (den Körper betreffenden) Erkrankungen auf.

Verschiedene Faktoren können eine Depression auslösen. Oft trifft ein belastendes Lebensereignis auf eine individuelle Disposition (= die Anfälligkeit, eine bestimmte Erkrankung auszubilden), wie eine genetische Veranlagung für die Erkrankung oder ungünstige Lernerfahrungen in der Lebensgeschichte. Die individuellen Faktoren zu identifizieren und ein individuelles Krankheitsmodell zu entwickeln, hilft sowohl den Angehörigen als auch den Betroffenen, das Entstehen der Erkrankung besser zu verstehen. Es besteht eine Reihe von etablierten Behandlungsmethoden, die eine gute Behandelbarkeit einer Depression möglich machen. Die Behandlungsansätze sind breit gefächert, und insbesondere bei einer starken Ausprägung einer Depression sollten mehrere Behandlungsstrategien gleichzeitig verfolgt werden. Wichtig sind zunächst die medikamentöse und die psychotherapeutische Behandlung, die die Betroffenen unterstützen, wieder Aktivitäten aufzubauen, depressive Denkmuster zu überwinden und soziale Kontakte wieder einzugehen. Daneben bestehen weitere biologische Therapiemöglichkeiten wie die Lichttherapie bei saisonaler Depression oder Wachtherapie. Es können, z.B. bei schwierig behandelbaren Depressionen, weitere Behandlungsmöglichkeiten wie die Elektrokampftherapie erwogen werden.

Literatur

LAUX, G. (2005): Affektive Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux, A. Deister (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Angststörungen

Panikstörung und Agoraphobie

Die Erkrankung

Panikstörung: Menschen mit einer Panikstörung erleben große Angst über einige Sekunden bis Minuten, wobei körperliche Symptome wie Schwitzen, Herzrasen, Schwindel, Übelkeit und Atemnot einhergehen. Besonders beängstigend ist für die Patientinnen und Patienten, dass sie keinen Auslöser für ihre Panikanfälle finden, obwohl sie sich ja ängstlich fühlen. Sie schlussfolgern, dass die Angst an eine Bedrohung gekoppelt sein muss, die nicht ausfindig gemacht werden kann. Dieser Gedanke verstärkt ihre Angst. Können sie in ihrer Umwelt keine Gefahrenquellen finden, richten sie ihre Aufmerksamkeit nach innen und folgern, dass die Gefahr von innen kommt. Die Symptome werden durch die Verschiebung der Aufmerksamkeit zur Furcht (HEINRICHS 2007).

Damit eine Ärztin oder ein Arzt eine Panikerkrankung diagnostizieren kann, müssen folgende Kriterien erfüllt sein: Die Panikanfälle treten wiederholt, spontan und plötzlich auf, sie beginnen abrupt und spitzen sich in kurzer Zeit zu einem Anfall zu. Einher gehen mindestens vier körperliche Beschwerden wie Herzrasen, Herzklopfen, Zittern, Schwindel, Schwitzen, Atemnot, Kurzatmigkeit, Erstickungsgefühle, Gleichgewichtsstörungen, Ohnmachtsgefühle, Beklemmungs- und Schmerzgefühle in der Brust, Magen- oder Darmprobleme (Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall), Taubheit oder Kribbeln in den Händen und Unwirklichkeitsgefühle. Begleitet werden die Symptome von Ängsten zu sterben oder verrückt zu werden. Um eine Panikstörung zu diagnostizieren, sind somatische Ursachen wie Schilddrüsenerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen auszuschließen.

Etwa 2 Prozent aller Männer erleiden einmal in ihrem Leben eine Panikstörung. Bei Frauen liegt das Risiko bei etwa 5 Prozent. Die Ängste treten meist im frühen Erwachsenenalter erstmalig auf (KESSLER u. a. 1994). Panikattacken zeigen sich eher im Sommer (57 Prozent) als im Winter (11 Prozent) (MORSCHITZKY 2009).

Agoraphobie: Patientinnen und Patienten mit Agoraphobie fürchten, in schwierigen Situationen nicht entkommen zu können. Sie haben z. B. Angst, bei einer Wanderung im Notfall keine Hilfe zu finden oder sich in öffentlichen Räumen peinlich zu verhalten, wenn sie beispielsweise in einem Konzertsaal die ganze Sitzreihe stören müssen, um das WC aufzusuchen. Dann treten die gleichen körperlichen Symptome wie bei der Panikstörung auf.

Die Agoraphobie tritt häufig gemeinsam mit einer Panikstörung auf, weil die ersten Angstanfälle meist an öffentlichen Orten stattfinden und die Betroffenen dann die Angst und den Ort miteinander verknüpfen. Gestützt wird die Verknüpfung durch die Erfahrung, dass die Angst abnimmt, sobald die Betroffenen den Ort verlassen.

Die Häufigkeit, mit der Menschen im Verlauf ihres Lebens an einer Agoraphobie ohne Panikstörung erkranken, beträgt rund 5 Prozent. Weitere Studien zeigen, dass etwa 7 bis 9 Prozent aller Menschen mindestens einmal in ihrem Leben unter einer Panikstörung oder Agoraphobie leiden. Etwa zwei Drittel leiden unter Paniksymptomen in spezifischen Situationen, ein Drittel unter Panikattacken ohne spezifischen Zusammenhang zu einer Situation. Etwa 10 Prozent erleben Ängste in spezifischen Situationen ohne Panikattacken. Frauen sind häufiger betroffen (etwa zwei Drittel der Erkrankten) als Männer. Die meisten Angstpatientinnen und -patienten sind zwischen 21 und 45 Jahren alt (BANDELOW u. a. 1995). Die Agoraphobie verschlechtert sich bei 35 Prozent der Betroffenen,

wenn es draußen heiß ist (MORSCHITZKY 2009). Panikstörungen und Agoraphobie sind mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden effektiv behandelbar. Die Betroffenen lernen, ihre Einstellungen zu hinterfragen und sich den Angst auslösenden Situationen zu stellen. Medikamentös wird mit Antidepressiva und Anxiolytika gearbeitet, wobei Wirksamkeit und Nachhaltigkeit nicht nachgewiesen sind (RUHMLAND & MARGRAF 2001).

Soziale Phobie

Die Erkrankung

Die soziale Phobie ist eine häufige psychische Erkrankung, die unbehandelt kaum von allein verschwindet, sondern eher weitere psychische Störungen wie Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen nach sich zieht. Etwa 13 Prozent aller Menschen erkranken mindestens einmal in ihrem Leben an einer sozialen Phobie (KESSLER u. a. 1994; MAGEE u. a. 1996). Damit ist sie die dritthäufigste psychische Erkrankung nach der Depression und der Alkoholerkrankung und die häufigste unter den Angsterkrankungen. Frauen erkranken 1,4-mal häufiger an ihr als Männer. Studien zeigen, dass die soziale Phobie eine persistierende Erkrankung ist, die nicht abklingt, sondern durchschnittlich zwanzig Jahre andauert. In 75 Prozent der Fälle tritt die Erkrankung erstmalig vor dem 16. Lebensjahr auf. Rund 81 Prozent der Patientinnen und Patienten der Studien leiden an einer weiteren psychischen Erkrankung. Die häufigsten Begleiterkrankungen sind andere Angsterkrankungen (56,9 Prozent) wie die spezifische Phobie und die Agoraphobie. 41,4 Prozent erleben zusätzlich eine depressive Erkrankung und 39,6 Prozent den schädlichen Gebrauch von Alkohol (STANGIER u. a. 2003).

Die soziale Phobie ist gekennzeichnet durch die Befürchtung aufzufallen, sich zu blamieren, unangemessen zu wirken oder Fehler zu machen. Die Angst vor Bewertung oder Blamage entspricht nicht dem Anlass, verursacht aber starkes Leid. Dieses wird von außen häufig nicht erkannt, da die Betroffenen sehr zurückhaltend auftreten. In ihrem Bemühen, eigenes Verhalten zu kontrollieren und Fehler zu vermeiden, richten sie ihre Aufmerksamkeit nach innen, wodurch sie Informationen von außen nicht mehr gut wahrnehmen können. Häufig werden die Befürchtungen von körperlichen Symptomen wie Schwitzen, Zittern und Herzklopfen begleitet, die wiederum Scham auslösen.

Wie auch bei anderen Angsterkrankungen versuchen die Patientinnen und Patienten, Angst auslösenden Situationen aus dem Weg zu gehen, indem sie sich z. B. zurückziehen. Dieses Vermeidungsverhalten führt dazu, dass sie sich sozial isolieren oder auf berufliche Karriereschritte verzichten. Dass die Ängste durch Vermeidung gut abzuschwächen und somit kontrollierbar sind, erfahren sie als Bestätigung ihrer Strategie.

Forschungsbefunde belegen, dass die Entwicklung der sozialen Phobie durch unterschiedliche Faktoren begünstigt wird. Das soziale Umfeld und die wahrgenommene Unterstützung spielen eine große Rolle (VRIENDS u. a. 2009; DITZEN & HEINRICHS 2007; JOORMANN & UNNEWEHR 2002).

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung der sozialen Phobie kann es verschiedene Risikofaktoren geben:

- Gibt es besonders ängstliche Menschen in der Verwandtschaft?
- Wie könnte das Erziehungsverhalten der Eltern beschrieben werden?
- Wie gingen die Eltern mit Fremden und Neuem um?
- Gab es belastende Lebensereignisse, welche die Ängste auslösten, z. B. häufige Umzüge, erlebte Blamagen, soziale Isolation?

Untersuchungen deuten darauf hin, dass kognitive und verhaltenstherapeutische Therapiemodelle besonders vielversprechend sind. Medikamentöse Behandlungsansätze erwiesen sich hingegen als wenig wirksam (STANGIER u. a. 2003).

Literatur

BANDELOW, B.; HAJAK, G.; HOLZRICHTER, S.; KUNERT, H. J.; RÜTHER, E. (1995): Assessing the Efficacy of Treatments for Panic Disorder and Agoraphobia. I. Methodological Problems. In: *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (2), S. 83–93.

DITZEN, B.; HEINRICHS, M. (2007): Psychobiologische Mechanismen sozialer Unterstützung. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (4), S. 143–157.

HEINRICHS, N. (2007): Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

JOORMANN, J.; UNNEWEHR, S. (2002): Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (4), S. 284–290.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.-U.; KENDLER, K. S. (1994): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), S. 8–19.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.-U.; KENDLER, K. S. (1994): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), S. 8–19.

MAGEE, W. J.; EATON, W. W.; WITTCHEN, H.-U.; MCGONAGLE, K. A.; KESSLER, R. C. (1996): Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry*, 53 (2), S. 159–168.

MORSCHITZKY 2009: Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Wien: Springer.

RUHMLAND, M.; MARGRAF, J. (2001): Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. In: *Verhaltenstherapie*, 11 (1), S. 41–53.

STANGIER, U.; HEIDENREICH, T.; PEITZ, M. (2003): Soziale Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim: Beltz.

VRIENDS, N.; LAJTMAN, M.; BECKER, E. S.; MARGRAF, J. (2009): Die Rolle der sozialen Unterstützung im Prozess der Inanspruchnahme von Psychotherapie: Ergebnisse einer epidemiologischen prospektiven Studie. In: B. RÖHRLE, A.-R. LAIREITER (Hg.): Soziale Unterstützung und Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 297–316.

Zwangsstörung

Die Erkrankung

Eine Zwangsstörung tritt bei 2 bis 3 Prozent aller Menschen auf. Damit gehören Zwangsstörungen zu den vier häufigsten psychischen Störungen. Auf der Symptomebene wird zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterschieden.

Zwangsgedanken: Dies sind Gedanken, die sich den Betroffenen gegen ihren Willen aufdrängen und als unangenehm erlebt werden. Sie kreisen in unangemessener Weise um Themen wie Kontamination durch Schmutz und Krankheitserreger, die Abwendung von Fehlern oder Gefahr oder auch um religiöse Inhalte.

Zwangshandlungen: Hierbei handelt es sich um alltägliche Handlungen, die jedoch auf eine bestimmte Art und Weise wiederholt werden, um eine innere Anspannung zu reduzieren, eine vermeintliche Schuld wiedergutzumachen oder ein richtiges Gefühl herzustellen. Am häufigsten sind Wasch- und Putzzwänge, Kontrollzwänge, Wiederholungs- und Zählzwänge, Symmetrie- und Ordnungszwänge.

Im Falle einer Erkrankung liegen häufig noch weitere psychische Erkrankungen vor. Am häufigsten sind dies Depressionen, weitere Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen vom ängstlich-vermeidenden oder abhängigen Typ. Diese können entscheidenden Einfluss auf die Therapie und den Verlauf der Erkrankung nehmen. Auch zu Tic- und Tourette-Störungen besteht eine enge Beziehung. Sie kommen bei Zwangspatientinnen und -patienten gehäuft vor.

Weil den Betroffenen das Übertriebene ihrer Gedanken und Handlungen bewusst ist, versuchen sie diese in der Regel zu verheimlichen. So vergehen meist acht bis zehn Jahre, bis die Diagnose erstmals korrekt gestellt wird. Die Betroffenen verbergen ihre Zwänge oft selbst vor den nächsten Angehörigen, da sie die Symptome nicht einordnen können und über Therapiemöglichkeiten nicht Bescheid wissen. Sie schämen sich und haben Angst vor Kritik und Ablehnung. Anlass für einen Kontakt mit professionellen Helfenden sind dann meist sekundäre Probleme wie Depressionen, Schlafstörungen oder Hautprobleme. Den Angehörigen kommt daher eine wichtige Rolle bei der Früherkennung zu.

Unbehandelt führen Zwangserkrankungen häufig in eine Abwärtsspirale mit immer stärker werdendem Leidensdruck. Dabei lassen sich Zwänge heute sehr gut behandeln, medikamentös und psychotherapeutisch. Man ist ihnen also nicht hilflos ausgeliefert.

In der medikamentösen Behandlung von Zwangserkrankungen gelten Antidepressiva mit starker Serotoninwiederaufnahmehemmung als Therapie der Wahl. Neurochemische Untersuchungen (vgl. KUELZ 2014; PAULS u. a. 2014) lassen einen Zusammenhang zwischen einem Ungleichgewicht im Serotoninhaushalt und dem Auftreten von Zwangserkrankungen vermuten. In der Regel kann mit einem Wirkungseintritt frühestens nach vier Wochen gerechnet werden. Die maximale Wirkung wird nach acht bis zwölf Wochen erreicht. Dazu sind höhere Dosierungen erforderlich als in der Depressionsbehandlung. Etwa 60 bis 80 Prozent der Patientinnen und Patienten sprechen auf die Behandlung an. Sie geben an, sich ruhiger zu fühlen und eine größere Distanz zu den Zwängen zu entwickeln. Die Zwänge selbst reduzieren sich im Schnitt um 20 bis 40 Prozent. Eine medikamentöse Behandlung wird empfohlen, wenn vorwiegend Zwangsgedanken oder zusätzliche depressive Symptome vorliegen. Bei alleiniger medikamentöser Behandlung besteht ein hohes Rückfallrisiko nach dem Absetzen der Medikamente. Deshalb sollte diese

wenn möglich mit einer Psychotherapie kombiniert werden. Bei positivem Ansprechen auf die Medikamente sollten diese in der zuletzt wirksamen Dosierung über 12 bis 24 Monate eingenommen werden. Spricht die Patientin oder der Patient nur unzureichend auf die Behandlung mit Antidepressiva an, kann die zusätzliche Gabe von Antipsychotika in niedriger Dosierung erwogen werden.

Psychotherapeutisch hat sich die kognitive Verhaltenstherapie am besten bewährt. Bei Bedarf können auch familientherapeutische Elemente integriert werden. Ausgehend von der Annahme, dass Zwangsstörungen ihren Ursprung in der katastrophisierenden Fehlbewertung von normalen aufdringlichen Gedanken des Bewusstseinsstroms nehmen, zielt die kognitive Verhaltenstherapie auf eine Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Überzeugungen. Zentrales Therapieelement stellt das Expositionstraining mit Reaktionsmanagement dar. Nach einer ausführlichen Vorbereitung werden die Betroffenen angeleitet, sich schrittweise mit den bislang gemiedenen Situationen zu konfrontieren und sich ihren Befürchtungen zu stellen. Entscheidend ist dabei, dass sie die üblichen Zwangsrituale unterlassen. So können sie mit der Zeit lernen, dass nichts Schlimmes passiert und die Anspannung auch ohne Zwangsritual nachlässt. In Anbetracht einer meist ausgeprägten Vermeidungshaltung ist es dabei wichtig, die Patientinnen und Patienten zu einer aktiveren Herangehensweise im Umgang mit zwangsbesetzten Situationen und anderen Lebensaufgaben zu motivieren. Parallel werden Funktionalität und weitere Problembereiche bearbeitet. Etwa zwei Drittel der Betroffenen profitieren erheblich von einer solchen Therapie und erleben eine deutliche Reduktion der Zwänge. Studien belegen, dass etwa 50 bis 70 Prozent der Betroffenen die Therapieerfolge auch langfristig aufrechterhalten können (RUFER u.a. 2005).

Literatur

KÜLZ, A. K. (2014): Neurobiologie des Zwangs. Erkenntnisse und Bedeutung für die Psychotherapie. In: Psychotherapie im Dialog, 15 (2), S. 74–77.

PAULS, D. L.; ABRAMOVITCH, A.; RAUCH, S. L.; GELLER, D. A. (2014): Obsessive-Compulsive Disorder: an Integrative Genetic and Neurobiological Perspective. In: Nature Reviews Neuroscience, 15 (6), S. 410–424.

RUFER, M.; GROTHUSEN, A.; MASS, R.; PETER, H.; HAND, I. (2005): Temporal Stability of Symptom Dimensions in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. In: Journal of Affective Disorders, 88 (1), S. 99–102.

Essstörungen

Die Erkrankung

Essstörungen gehören zu den somatoformen Störungen, die auf keine organische Erkrankung zurückzuführen sind. Es wird zwischen Magersucht (Anorexia nervosa) und Bulimie (Bulimia nervosa) unterschieden. Weitere Störungen des Essverhaltens sind Binge Eating sowie Adipositas, die jedoch den somatischen Störungen zugeordnet werden.

Magersucht: Die Leitsymptomatik der Magersucht besteht im selbst herbeigeführten Untergewicht (bei weniger als 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts oder einem Body-Mass-Index von unter $17,5 \text{ kg/m}^2$) durch restriktive Ernährung und andere Verhaltensweisen sowie eine umfassende endokrine (auf das Hormonsystem bezogene) Störung.

Bulimie: Patientinnen und Patienten mit Bulimie sind häufig normalgewichtig, weshalb die Erkrankung leichter geheim gehalten werden kann. Bei der Bulimie stehen die andauernde Beschäftigung mit dem Essen und eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln sowie Ess- und Brechattacken im Vordergrund.

Gemeinsames Symptom ist die Körperschemastörung, die bei der Magersucht dazu führt, dass Betroffene sich selbst trotz Untergewicht als unförmig und dick wahrnehmen. Die verzerrte Selbstwahrnehmung bei Bulimie ist gekennzeichnet durch eine hohe Bedeutsamkeit und Unzufriedenheit mit dem Körper. Patientinnen und Patienten mit einer Anorexie streben nach einem dünnen Körper, während diejenigen mit einer Bulimie eine Gewichtszunahme auf jeden Fall vermeiden möchten.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter bei Bulimie liegt mit 18 Jahren deutlich höher als das bei Anorexie, welche sich meist im beginnenden Pubertätsalter manifestiert. Oftmals geht einer Bulimie in der Vorgeschichte eine Anorexie oder anorektische Phase voraus. Die Häufigkeit der Anorexie liegt bei Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren bei 0,6 Prozent. Die Bulimie kommt mit einer Häufigkeit von 1 bis 3 Prozent häufiger vor (FICHTER 2008). Essstörungen betreffen deutlich mehr Frauen als Männer. Im Alter von 12 bis 35 Jahren sind Frauen mindestens zwölfmal häufiger betroffen (DGPM u.a. 2010).

Sie werden oft von anderen psychischen Erkrankungen begleitet. Besonders häufig sind Angststörungen, affektive Störungen, Zwangsstörungen und Suchterkrankungen. Bei der Magersucht scheint eine verstärkte Tendenz zu zwanghaften Störungen zu bestehen, bei der Bulimie eine zu Suchterkrankungen.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wird von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, in dem biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammenwirken.

Deshalb scheint es naheliegend, dass auch die Therapie aus verschiedenen Bausteinen besteht, welche ineinandergreifen und sich ergänzen. Der Hauptpfeiler der Behandlung stellt die Psychotherapie dar. Ziele sind: das Erreichen und Halten von Normalgewicht, die Normalisierung des Essverhaltens, die Reduktion von Erbrechen und die Bearbeitung der Körperschemastörung. Ferner werden die der Störung zugrundeliegenden Motive wie Perfektionismus, ein niedriger Selbstwert, familiäre Konflikte und eine mangelnde Emotionsregulation therapeutisch angegangen. Ergänzt wird die Psychotherapie durch eine medizinische Betreuung, welche die körperlichen Folgeerscheinungen einer Essstö-

zung (zu niedriger Kaliumspiegel, Herz-Kreislauf-Beschwerden oder Verdauungsprobleme) behandelt. Hinzu kommt eine speziell auf Essstörungen ausgerichtete Ernährungsberatung. Die Entscheidung, ob die Behandlung einer Essstörung ambulant, in einer Tagesklinik oder stationär erfolgen soll, hängt von der Schwere der Erkrankung ab und muss individuell getroffen werden (BZgA 2011).

Der Verlauf der Anorexie erstreckt sich in der Regel über mehrere Jahre (im Durchschnitt mehr als sechs Jahre) und ist sehr variabel. Es lassen sich Heilungsraten von knapp 50 Prozent finden. 30 Prozent der Patientinnen und Patienten bessern sich nach einer Psychotherapie oder weisen noch eine Restsymptomatik auf. Bei 20 Prozent kommt es jedoch zu einem chronischen Verlauf, der durch Suizid oder medizinische Komplikationen auch tödlich ausgehen kann (STEINHAUSEN 2002).

Bei der Bulimie ist davon auszugehen, dass mehr als 50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, eine Heilung oder eine deutliche Symptomverbesserung erwarten können. 20 Prozent haben weiterhin bulimische Symptome. Die übrigen 30 Prozent befinden sich entweder in einem ständigen Wechsel von symptomfreien Intervallen und Rückfällen oder zeigen Symptome, die für die Diagnose einer Bulimie nicht mehr ausreichen (KRÜGER u.a. 2001).

Literatur

BZgA (2011). Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte. www.bzga.de/pdf.php?id=2ba2ac959c72edb3927e6cb785739b5c (27.06.2014).

DGPM; DKPM; DÄVT; DGKJP; DGPPN; DGPs; DGVM (Hg.) (2010): S3-Leitlinie. Diagnostik und Therapie der Essstörungen. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen_2011-12.pdf (16.07.2014).

FICHTER, M. (2008): Anorektische und bulimische Essstörungen. In: Ernährung – Wissenschaft und Praxis, 2 (4), S. 148–155.

KRÜGER, C.; REICH, G.; BUCHHEIM, P.; CIERPKA, M. (2001): Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: G. REICH, M. CIERPKA (Hg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart: Thieme, S. 24–42.

STEINHAUSEN, H.-C. (2002): The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. In: American Journal of Psychiatry, 159 (8), S. 1284–1293.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Erkrankung

An der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden zwischen 0,8 und 2 Prozent der Bevölkerung, wobei etwa zwei Drittel der Erkrankten Frauen sind. Nicht unterschätzt werden darf, dass die Suizidrate bei 5 bis 10 Prozent liegt. Als Risikofaktoren für vollendete Suizide werden impulsive Handlungsmuster, höheres Lebensalter, Depressionen, eine gleichzeitig vorhandene antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie frühkindlicher Missbrauch benannt. Auch Selbstverletzungen gelten als Risikofaktor für vollendete Suizide, auch wenn Selbstverletzungen in erster Linie aus anderen Gründen eingesetzt werden, z. B. zur Spannungsregulation (BOHUS 2009).

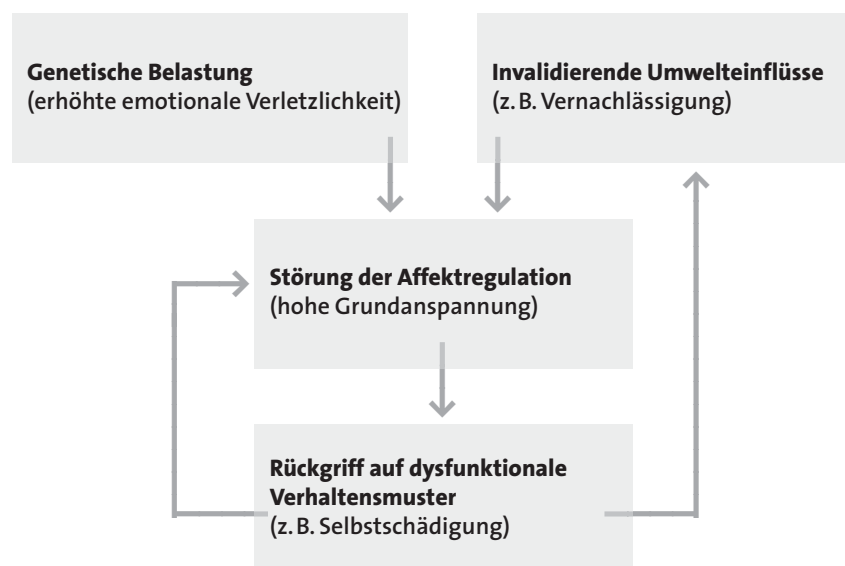
Der aktuelle Forschungsstand geht davon aus, dass bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mehrere Faktoren zusammenspielen:

- genetische Veranlagung (wie Temperamentunterschiede),
- invalidierende Umwelteinflüsse (z. B. ungünstige Beziehungserfahrungen, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen).

Durch die Kombination dieser Faktoren können die Betroffenen Gefühle schwer regulieren. Anzeichen hierfür sind eine erhöhte Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, eine verstärkte emotionale Reaktivität und eine Verzögerung der Emotionsrückbildung auf das Ausgangsniveau. Um mit dieser hohen Grundanspannung umzugehen, greifen Borderline-Betroffene häufig zu ungünstigen Bewältigungsstrategien wie z. B. Selbstschädigung oder aggressivem Verhalten.

Das vereinfachte Entstehungsmodell in der folgenden Abbildung erläutert die Entstehung der Borderline-Störung anhand von konkreten Beispielen.

ABBILDUNG Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach BOHUS 2009)



Zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung existiert mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) eine sehr gute und wissenschaftlich fundierte Behandlungsform. Sie basiert auf verhaltenstherapeutischen und achtsamkeitsbasierten Techniken und wurde in den 80er Jahren von Linehan (1993) in den USA entwickelt und von BOHUS (2002) in den deutschsprachigen Teil gebracht. Mittlerweile wird die DBT sowohl im stationären, teilstationären wie auch im ambulanten Setting angeboten. In der DBT-Therapie versucht die Therapeutin oder der Therapeut, mit der betroffenen Person eine Balance zwischen der Validierung der Probleme und deren Veränderung zu finden, wobei die Problembereiche nach der Dringlichkeit geordnet und behandelt werden. Oft steht deshalb zunächst die Veränderung von stark selbstschädigendem Verhalten oder die Bewältigung von suizidalen Krisen im Vordergrund.

Literatur

BOHUS, M. (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hogrefe.

BOHUS, M. (2009): Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: J. MARGRAF, S. SCHNEIDER (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar. Berlin: Springer, S. 533–559.

LINEHAN, M. (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Informationen zur Suizidalität

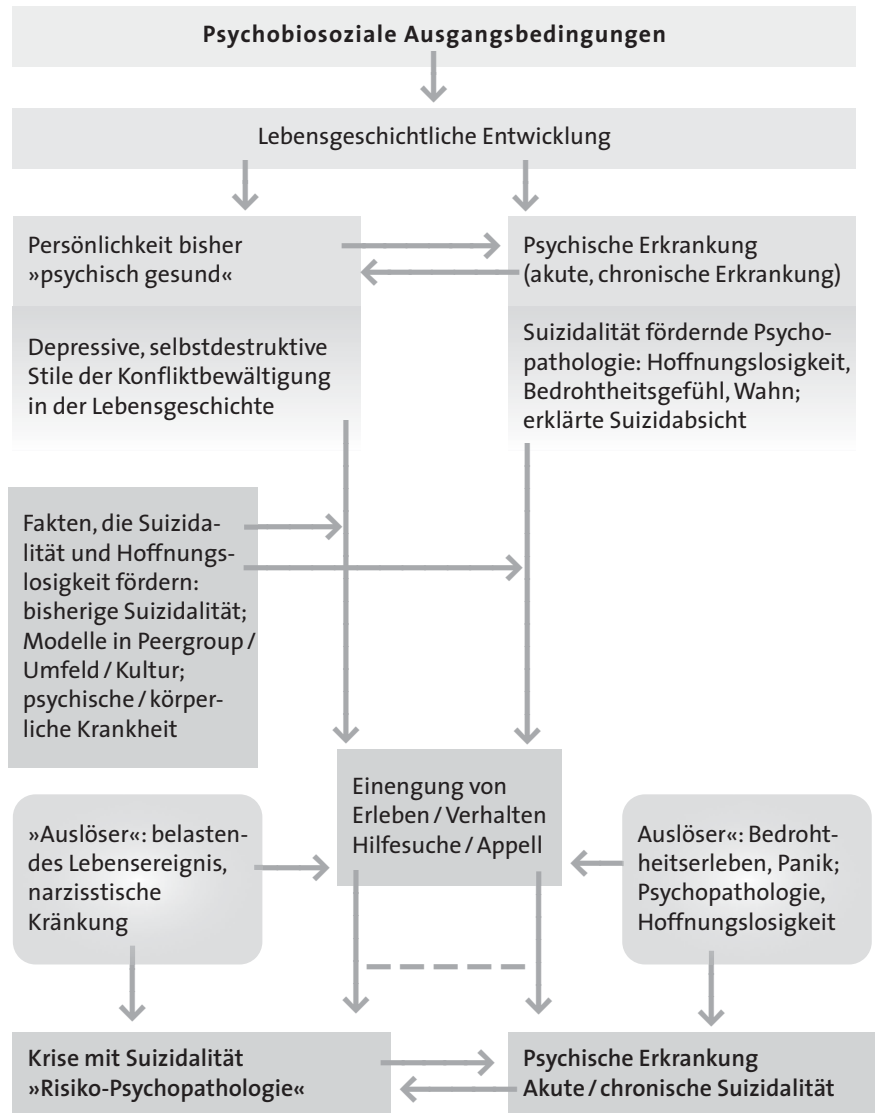
Suizidales Denken und Handeln gibt es seit Beginn der Menschheit. Es wird in allen Kulturen und Gesellschaftsformen beschrieben, bei Naturvölkern genauso wie in sogenannten hoch-industrialisierten Ländern. Die Frage nach dem »Sinn des Lebens«, ihres Lebens, bewegt die meisten Menschen irgendwann einmal oder auch öfter im Leben (WOLFERSDORF & ETZERSDORFER 2011). Der Psychiater und Psychoanalytiker Stengel, einer der Altväter der europäischen Suizidologie, sprach davon, dass seit der Mensch den Suizid entdeckt habe, das Leben für ihn nie wieder so wie vorher gewesen sei (vgl. ebd.). Die Einstellung des Menschen zu Leben und Tod wäre eine ganz und gar andere, wenn es die Möglichkeit des Suizides anderer Menschen und des eigenen nicht gäbe.

WITTGENSTEIN (1963, Satz 6340–6341) schrieb im *Tractatus logico-philosophicus*: »Die Welt des Glücklichen ist eine andere als die des Unglücklichen. Wie auch beim Tod die Welt sich nicht ändert, sondern aufhört.« Damit sind zwei wesentliche Aspekte von Suizidprävention in aller Kürze prägnant formuliert: Suizidalität hat etwas mit »Unglücklich-Sein« zu tun, und Suizidalität, die zum Tode führt, verändert nicht die subjektive Welt, sondern beendet sie. Suizidprävention ist, in aller Kürze formuliert, Zeitgewinn für die weitere Nutzung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten. Dabei muss auch den Menschen geholfen werden, deren Wahrnehmung und Erleben aufgrund einer Erkrankung (z.B. einer psychotischen Erkrankung) eingeengt und verändert ist und die daher in der aktuellen Situation die Notwendigkeit von Interventionen nicht erkennen können. Allein das Wissen, dass mehr als zwei Drittel aller Menschen nach einem Suizidversuch letztendlich froh über das Überleben ihrer suizidalen Handlung sind, begründet diese Suizidprävention als Intervention in akuter Krisen- und Notsituation.

Modelle und Begriffe

Verschiedene Modelle versuchen, sich dem Phänomen Suizidalität zu nähern, und greifen unterschiedliche Aspekte auf. Die Entwicklungsmodelle postulieren einen Beginn und beschreiben die Entwicklung bis zur Handlung. Dazu gehören das präsuizidale Modell von RINGEL (1953), die Stadien suizidaler Entwicklung nach PÖLDINGER (1968) sowie die Ausführungen zum Ablauf suizidaler Handlungen nach WOLFERSDORF (2000). Weitere Modelle beschäftigen sich mit der Entstehung und den Ursachen von Suizidalität. Erwähnenswert sind das Krisenmodell nach SONNECK (2000) und das Krankheitsmodell nach MANN und STANLEY (1986). Diese beiden Modelle werden in folgender Abbildung gegenübergestellt.

ABBILDUNG Gegenüberstellung von Krisen- und Krankheitsmodell der Suizidalität (WOLFERSDORF, ETZERSDORFER 2011, S. 77)



So wird Suizidalität in den verschiedenen Modellvorstellungen entweder als Symptom der psychiatrischen Grunderkrankung, als eigenständige Erkrankung oder als Folge einer emotionalen Krise verstanden, die eine psychotherapeutische Intervention erfordert (siehe Tabelle). Als Krise gilt eine plötzliche und belastende Lebensveränderung, die vom Betroffenen nicht bewältigt oder als negativ bewertet wird und zu einer krisenhaften Zuspitzung führt. Dabei kommt es zu einem Wechselspiel zwischen dem belastenden Lebensereignis und der Persönlichkeitsstruktur.

TABELLE Typen suizidaler Krisen

Modell	Formen
Krisenmodell: suizidale Krise als akuter Zustand eines bis dahin psychisch unauffälligen Menschen	<ul style="list-style-type: none"> ● narzisstische Krise: Gefährdung von Selbstwertgefühl und Identität (Lebenskonzept, Beziehungswahl) ● paranoide (prä-)psychotische Krise: bedrohliches Erleben im Kontext von Bedrohtheit, Angst vor Vernichtung, »Misstrauen« oder Persönlichkeitsstörung ● dissoziative Krise: mit Selbstverletzung und Suizidgefahr ● gereizt-gespannte Krise: mit Aggression und Unruhe ● Zustand von unerträglichem seelischem Schmerz (»mental pain«, Depression) ● psychotische Hoffnungslosigkeit (wie Depression oder Psychose)
Krankheitsmodell: Suizidalität als Denken und Verhalten im Rahmen einer psychischen Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ● als Endpunkt von oder Reaktion auf Psychopathologie (Hoffnungslosigkeit, paranoides Erleben) ● im Kontext von Depression (Psychopathologie), Schizophrenie (Verlauf), Sucht (Rückfall) oder Persönlichkeitsstörung (Angst, emotionales Chaos)

Im Rahmen der Diagnostik unterscheidet man folgende Ausprägungen, die sich auch überlappen können (vgl. WOLFERSDORF, ETZERSDORFER 2011):

Passive Suizidalität: So wird der Wunsch nach Ruhe bezeichnet. Die Betroffenen sehnen sich nach einer Pause oder einer Unterbrechung im Leben. In einer solchen Phase nehmen die Betroffenen bewusst das Risiko in Kauf zu sterben.

Todeswunsch: Die Betroffenen geraten zunehmend unter Handlungsdruck. Die Zukunft zeigt kaum Perspektiven auf. Der Wunsch zu sterben ist größer als die Bereitschaft, in dem jetzigen Zustand oder in einer unveränderten Zukunft weiterleben zu wollen.

Suizidideen und -gedanken: Ein Suizid wird in Erwägung gezogen. Es besteht ein zunehmendes Handlungsrisiko.

Inhalte der Suizidideen sind:

- Erwägungsmöglichkeiten,
- spontan einschießende Gedanken,
- Zwangsgedanken,
- akustische Halluzinationen.

Suizidabsicht: Bei akuter Suizidalität können bereits Pläne bestehen oder auch nicht. Es muss keine Ankündigung geben, der Suizid kann bereits angekündigt worden sein oder werden.

Suizidhandlung: Der Suizidversuch ist bereits vorbereitet oder wurde schon durchgeführt. Die Betroffenen haben den Suizidversuch selbst gemeldet oder wurden aufgefunden. Es kann auch ein abgebrochener Suizidversuch sein, welcher durch Fremdeinwirkung gestoppt oder eigenständig abgebrochen wurde. Die Handlung wird gezielt geplant oder impulsiv durchgeführt. Ein Suizid, der Tod, ist die Folge einer erfolgreichen Suizidhandlung.

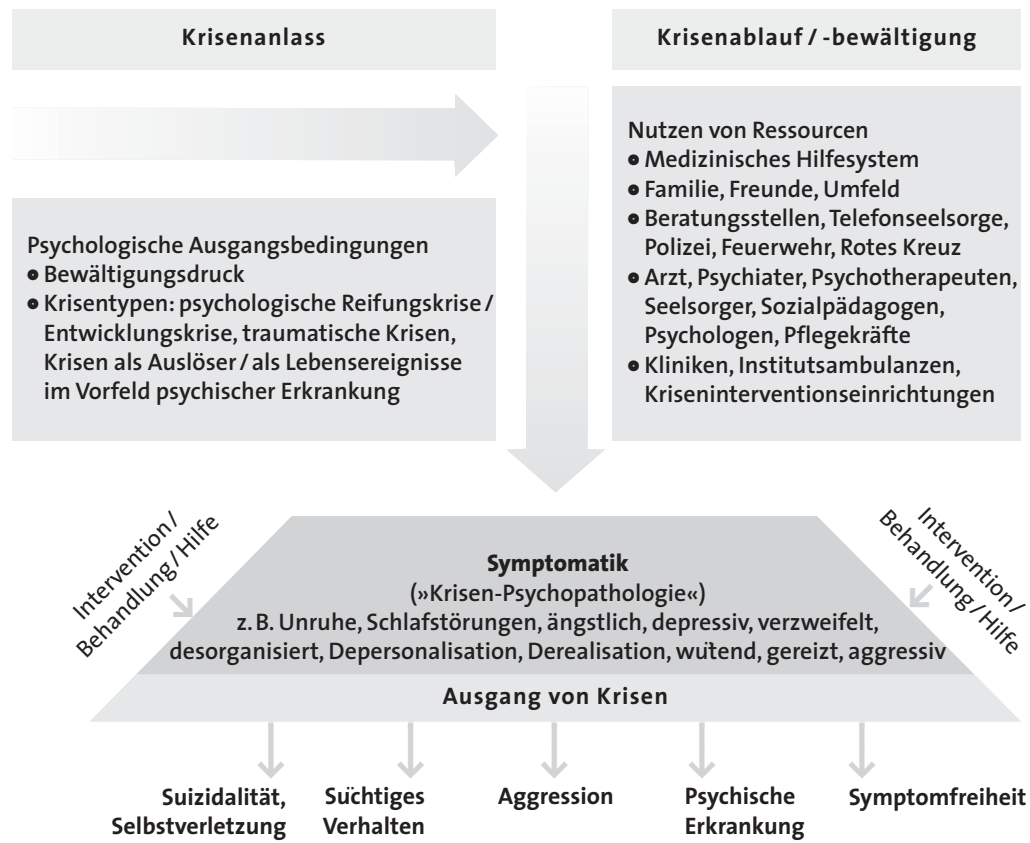
In den meisten Fällen handelt es sich bei Suizidalität nicht um ein einsames, nur in der Innenwelt der Betroffenen abspielendes Geschehen. Die nachfolgenden Erklärungen zum präsuizidalen Phänomen helfen dabei, dieses zu erkennen und entsprechend einzugreifen. Laut RINGEL (1953) umfasst das präsuizidale Syndrom drei Aspekte: zunehmende Einengung, Aggressionsstauung und Aggressionsumkehr sowie Suizidfantasien.

Motive eines präsuizidalen Syndroms sind:

- Nicht-(mehr-)aushalten-Können einer subjektiv »unerträglichen« Belastung und/oder Kränkung;
- subjektiv unerträglicher psychischer Schmerz;
- der Glaube und die Überzeugung, keine Freiheitsgrade mehr zu haben;
- schwer kontrollierbar erscheinende aggressive (selbst- und fremdaggressive) Impulse;
- Gefühle von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit;
- Gefühle von Zorn, Wut und Rachewünsche;
- rigides Denken, Einengung im Denken.

Schematisch kann man sich die Bewältigung einer Lebenskrise wie in der nachfolgenden Abbildung vorstellen:

ABBILDUNG Krisenablauf (WOLFERSDORF, ETZERSDORFER 2011, S.81)



Suizidprävention: Unter Suizidprävention versteht man die Verhinderung der Umsetzung von suizidalen Ideen.

Dazu sind folgende Grundprinzipien wichtig:

- Minderung von aktuellem Leidensdruck,
- Minderung von aktuellem Handlungsdruck,
- Minderung von Hoffnungslosigkeit und Hilfe bei der Entwicklung neuer Perspektiven.

Als nicht veränderbare Risikofaktoren für Suizidalität werden männliches Geschlecht, höheres Lebensalter, ethnische Zugehörigkeit zu einer Minderheit und frühere Suizidversuche angesehen. Möglicherweise änderbar sind Faktoren wie verminderter Zugang zu Suizidmethoden, Behandlung der psychischen oder körperlichen Erkrankung, Aufheben sozialer Isolation, Verbesserung der Arbeitssituation, von Angstzuständen und Hoffnungslosigkeit sowie Verbesserung der Lebenszufriedenheit.

Grundsätzlich ist es bei suizidalen Krisen erst einmal wichtig, die Not der Betroffenen zu verstehen, sich einführend in deren Situationen zu versetzen, Hoffnung zu vermitteln wie auch Möglichkeiten zum Schutz der Betroffenen zu schaffen, bis die Krise vorübergeht und Veränderungen veranlasst werden können. Für Angehörige ist es ratsam, in solchen Situationen die Hilfe von Fachpersonen zu suchen oder auch übergangsweise weitere Familienmitglieder hinzuzurufen.

Literatur

MANN, J. J.; STANLEY, M. (HG.) (1986): Psychobiology of Suicidal Behavior. New York: New York Academy of Science.

PÖLDINGER, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Bern: Hans Huber.

RINGEL, E. (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Wien: Maudrich.

SONNECK, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Stuttgart: UTB.

WOLFERSDORF, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

WOLFERSDORF, M.; ETZERSDORFER, E. (2011): Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.

WITTGENSTEIN, L. (1963): Tractatus logico-philosophicus. Logisch-philosophische Abhandlung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Partnerschafts- und Familienthemensliste

Bitte kreuzen Sie für folgende Bereiche an, ob in Ihrer Familie/Ihrer Partnerschaft Konflikte bestehen und wie mit diesen umgegangen wird.

Themenbereiche	Keine Konflikte	Konflikte, jedoch erfolgreiche Lösungen	Konflikte, jedoch keine Lösung	Konflikte, jedoch reden wir nicht darüber
Fragen an Familienangehörige				
Wohnen				
Haushaltsaufgaben				
Berufstätigkeit				
Tagesgestaltung				
Einkommen und Finanzen				
Körperpflege				
Kommunikation / gemeinsame Gespräche				
Freizeitgestaltung				
Persönliche Hobbys / Freizeitgestaltung				
Fehlende Akzeptanz oder Unterstützung				
Überbelastung				
Soziale Kontakte				
Verwandte				
Freunde und Bekannte				
Umgang mit der Erkrankung				
Einnahme von Medikamenten				
Umgang mit Alkohol / Drogen				
Persönliche Gewohnheiten				
Tätlichkeiten / Streit / Gewalt				
Ängste				

Themenbereiche	Keine Konflikte	Konflikte, jedoch erfolgreiche Lösungen	Konflikte, jedoch keine Lösung	Konflikte, jedoch reden wir nicht darüber
Fragen an Paare				
Zuwendung des Partners				
Sexualität				
außereheliche Beziehungen				
Eifersucht				
Attraktivität				
Kinderwunsch / Familienplanung				
Kindererziehung				

Quelle: HAHLOWEG, K.; KRÄMER, M.; SCHINDLER, L.; REVENSTORF, D. (1980): Partnerschafts-
probleme. Eine empirische Analyse. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 9(3), S. 159–169.

Persönlicher Notfallplan von

Persönliche Daten

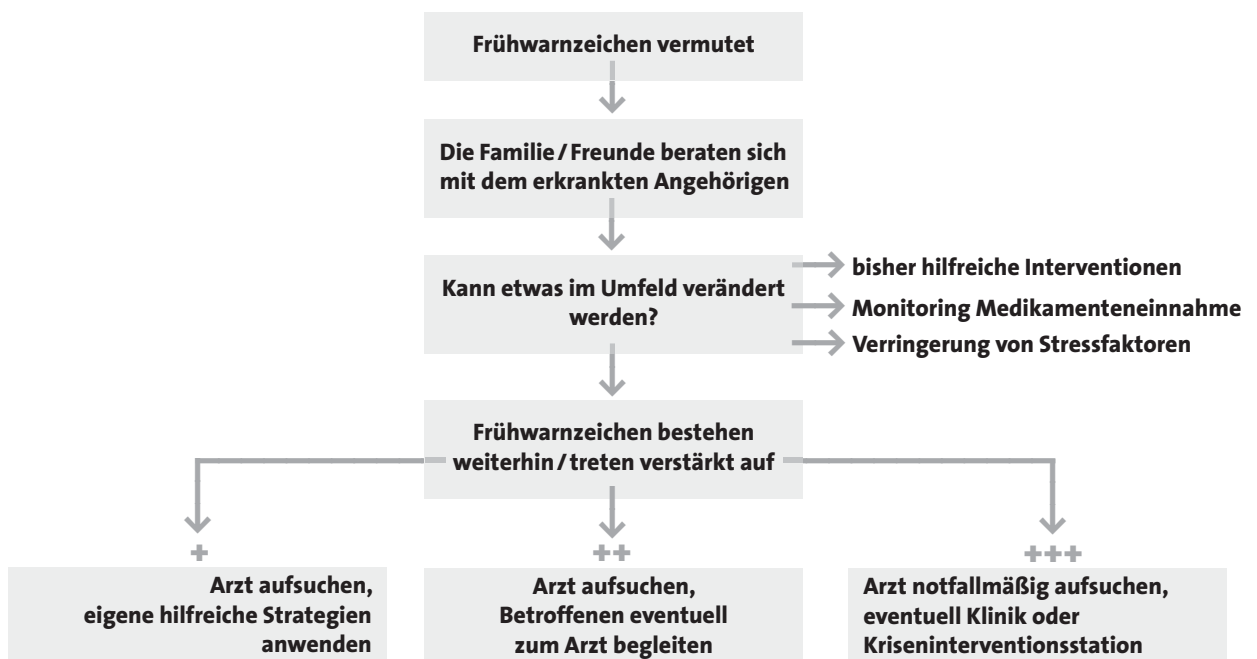
Behandelnde Ärzte (Adresse, Telefon)

Familienangehörige, Freunde (Adresse, Telefon)

Frühwarnzeichen für die Erkrankung:

Was wünscht sich der Betroffene für Unterstützung im Krisenfall?

Was ist hilfreich für die Familie im Krisenfall?



Wochenprotokoll oder Wochenplanung

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07 - 08							
08 - 09							
09 - 10							
10 - 11							
11 - 12							
12 - 13							
13 - 14							
14 - 15							
15 - 16							
16 - 17							
17 - 18							
18 - 19							
19 - 20							
20 - 24							

Stimmungsskala für affektive Erkrankungen

Bitte tragen Sie die typischen Symptome und Veränderungen in den jeweiligen Bereich ein. (Je höher die Zahl, umso stärker ist die Krankheitsepisode ausgeprägt.)

Manie

+3

.....
.....
.....

+2

.....
.....
.....

+1

.....
.....
.....

Ausgeglichene Stimmung – Stabilität

0

.....
.....
.....

Depression

-1

.....
.....
.....

-2

.....
.....
.....

-3

.....
.....
.....

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

Jahr	2003	2004	2005	2006

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+3																																				
+2																																				
+1																																				
-1																																				
-2																																				
-3																																				

Jahr	2007	2008	2009	2010

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+3																																				
+2																																				
+1																																				
-1																																				
-2																																				
-3																																				

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

Jahr	2011	2012	2013	2014

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+3																																				
+2																																				
+1																																				
-1																																				
-2																																				
-3																																				

Jahr	2015	2016	2017	2018

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+3																																				
+2																																				
+1																																				
-1																																				
-2																																				
-3																																				

Episodenkalender – zur aktuellen Selbstbeurteilung der erkrankten Person

Name:

Geburtsdatum:

Monat

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
+3																																
+2																																
+1																																
-1																																
-2																																
-3																																

Monat

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
+3																																
+2																																
+1																																
-1																																
-2																																
-3																																

Name:

Geburtsdatum:

Monat

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
+3																															
+2																															
+1																															
-1																															
-2																															
-3																															

Monat

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
+3																															
+2																															
+1																															
-1																															
-2																															
-3																															

Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation

Die nachfolgenden Tipps können dabei helfen, Gesprächssituationen erfolgreicher miteinander zu gestalten.

In der Sprecherrolle

- 1. Ich-Gebrauch:** Jeder Sprecher soll von seinen eigenen Gedanken und Gefühlen sprechen. Kennzeichen dafür ist der Ich-Gebrauch. Alle Aussagen werden dadurch persönlicher. Äußerungen, die nur auf den anderen gerichtet sind (Du-Sätze), sind meist Vorwürfe oder Anklagen, die als Auslöser für Gegenangriffe oder Rechtfertigungen wirken.
- 2. Konkrete Situationen ansprechen:** Jeder Sprecher soll konkrete Situationen oder Anlässe ansprechen, sodass Verallgemeinerungen (z. B. immer, nie) vermieden werden. Verallgemeinerungen rufen meist sofortigen Widerspruch hervor und lenken vom eigentlichen Inhalt – der konkreten Situation – völlig ab. Durch die Einhaltung dieser Regeln werden die Aussagen für den Zuhörer anschaulicher.
- 3. Konkretes Verhalten ansprechen:** Jeder Sprecher soll von konkretem Verhalten in bestimmten Situationen sprechen, sodass vermieden wird, dem anderen negative Eigenschaften zuzuschreiben. Die Unterstellung negativer Eigenschaften ruft ebenfalls Widerspruch hervor. Kennzeichen solcher Äußerungen sind z. B. »typisch«, »unfähig«, »langweilig«, »nie aktiv«. Wer konkretes Verhalten benennt, erreicht eine bessere Nachvollziehbarkeit seiner Aussagen, nicht nur für das Gegenüber, sondern auch für sich selbst.
- 4. Beim Thema bleiben:** Jeder Sprecher soll vom Hier und Jetzt sprechen, da bei Rückgriffen auf die Vergangenheit das Gespräch Gefahr läuft, völlig vom eigentlichen Thema abzuweichen. Das eigene Anliegen wird dadurch klarer. Mögliche Konflikte, die vielleicht mit Rückgriffen auf die Vergangenheit verbunden sind, werden nicht wieder aktualisiert und plötzlich zentraler Gesprächsinhalt.
- 5. Sich öffnen:** Jeder Sprecher soll sich öffnen und beschreiben, was in ihm vorgeht. Anklagen und Vorwürfe lassen sich vermeiden, wenn jeder seine Gefühle und Bedürfnisse direkt äußert. Dann kann auch ein weiterer häufiger Fehler, »das negative Gedankenlesen«, vermieden werden. Hierunter versteht man Äußerungen, die die Reaktionen des Gesprächspartners vorwegnehmen, z. B.: »Auf andere Art kann man ja nicht mir dir reden« oder: »Ich würde was unternehmen, aber du machst ja doch nicht mit«. Der Sprecher sichert sich damit schon im Voraus gegen eine mögliche Reaktion ab.

In der Zuhörerrolle

- 1. Aufnehmendes Zuhören:** Der Gesprächspartner soll dem Sprecher nonverbal (nicht sprachlich) deutlich zeigen, dass er ihm zuhört und Interesse an seinen Äußerungen hat. Dies kann z.B. durch unterstützende Gesten wie Nicken oder kurze Einwürfe wie »hm«, »aha« geschehen. Wichtig ist neben dem Blickkontakt auch eine dem Gegenüber zugewandte Körperhaltung. Ermutigungen, doch weiterzusprechen (z. B.: »Ich würde gern mehr darüber hören«, »Ich höre dir zu«), verstärken den Sprecher für sein Erzählen.
- 2. Zusammenfassen:** Der Zuhörer soll die wesentlichen Äußerungen des Sprechers möglichst in eigenen Worten rückmelden, um deutlich zu machen, dass er ihn verstanden hat. Fällt es ihm schwer, die Äußerungen in eigene Worte zu kleiden, sollte er auch vor wörtlichen Wiederholungen nicht zurückschrecken. Gerade schwierige Gespräche gewinnen mit dieser Fertigkeit an Klarheit und Verständnis.
- 3. Offene Fragen:** Wenn der Zuhörer im Verlauf der Unterhaltung den Eindruck hat, dass der Sprecher seine Gefühle und Wünsche nur indirekt äußert, und er nicht ganz sicher ist, was der Sprecher empfindet, soll er gezielt danach fragen. Hier ist zu beachten, dass keine Urteile und keine vorschnellen Interpretationen vorgenommen werden, z. B.: »Hast du dich unsicher gefühlt?« und nicht: »Das liegt an deiner Unsicherheit!«. Im ersten Fall kann der Sprecher zustimmen oder ablehnen, also richtig stellen, im zweiten Fall muss er sich verteidigen.
- 4. Lob für gutes Gesprächsverhalten:** Der Zuhörer soll den Sprecher für offene und verständliche Äußerungen verstärken (loben), damit dieser sich ermutigt fühlt, z. B.: »Das freut mich sehr, dass du mir das so klar und offen gesagt hast.« Natürlich kann auch der Sprecher das gute Zuhören loben.
- 5. Rückmeldung des ausgelösten Gefühls:** Es gibt Situationen, in denen es dem Zuhörer nicht möglich sein wird, mit Verständnis auf den Sprecher zu reagieren, etwa weil dessen Äußerungen ihn sehr aufgebracht haben. In einem solchen Fall sollten indirekte Aussagen vermieden werden, z. B.: »Aber das stimmt doch gar nicht!« Stattdessen meldet der Zuhörer besser seine eigenen Gefühle direkt zurück, z. B.: »Ich bin völlig verblüfft, dass du das so siehst.« Genauso wichtig ist es, auch aufkommende positive Gefühle rückzumelden, z. B.: »Mich freut es, dass du das mit mir gemeinsam machen willst.«

Instruktion für konstruktives Streiten in Gesprächen mit Familienmitgliedern oder (Ehe-)Partnerinnen und Partnern

Vor der Situation:

- Machen Sie sich bewusst, was **Ihr Gefühl** ist (Ärger, Freude etc.).
- Überlegen Sie, welches **konkrete Ereignis** dieses Gefühl ausgelöst hat.
- Geben Sie sich **positive Selbstinstruktionen**, etwa: »Ich habe ein Recht auf meine Gefühle«; »Ich möchte über dieses Thema sprechen und eine gute Lösung dazu finden«.

In der Situation:

- Bleiben Sie ganz bei **Ihren** Gefühlen und kommen Sie gegebenenfalls immer wieder auf Ihre Gefühle zurück. **Ihre Gefühle gehören Ihnen** und können von niemandem bestritten werden.
- Sprechen Sie Ihre Gefühle **direkt** an. Sagen Sie: »Ich bin jetzt ...« oder »Ich fühle mich jetzt ...«.
- Haben Sie Ihr Gefühl zum Ausdruck gebracht, erläutern Sie den **Anlass**. Vermeiden Sie dabei alle Verallgemeinerungen (Sagen Sie statt »Du hast schon wieder ...« oder »Du bist immer ...«: »Du hast heute ...«), beschreiben Sie also nur das **konkrete Ereignis** und bedenken Sie, dass Sie nur Ihre eigene Sichtweise beschreiben können.
- Versuchen Sie, die **Gefühle des anderen zu verstehen**. Hören Sie ihm wirklich zu. Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen. Sie geben sich keine Blöße, wenn Sie Verständnis für den anderen aufbringen. (Sie haben ein Recht auf **Ihre** Gefühle, der andere hat aber auch ein Recht auf **seine** Gefühle.)
- Wenn Ihr Gesprächspartner **einlenkt**, bringen Sie Ihre Freude darüber zum Ausdruck. Es ist **kein** Zeichen von Selbstsicherheit, ein Einlenken des anderen als Schwäche zu deuten und für einen Angriff zu nutzen.
- Äußern Sie ruhig auch Ihre **Wünsche und Bedürfnisse**, wie Ihr Gesprächspartner sich in **Zukunft** in einer bestimmten Situation verhalten soll. Teilen Sie mit: »Ich würde mir wünschen (mich freuen), dass (wenn) ...« (Achtung: Sie haben ein Recht, Ihre Wünsche zu äußern, aber kein Recht auf die Erfüllung dieser Wünsche.)
- Zeigen Sie auch positive Gefühle wie Freude oder Zufriedenheit, wenn Sie sie empfinden.

Nach der Situation:

- Verstärken Sie sich für jede einzelne Gefühlsäußerung, die sie gemacht haben. Der Erfolg besteht nicht darin, dass Ihr Gesprächspartner alle Forderungen erfüllt, sondern darin, dass Sie Ihre **Gefühle und Wünsche zum Ausdruck** gebracht haben.
- Bedenken Sie, dass Gesprächspartner häufig sehr unterschiedliche Gefühle haben. Das Ziel eines Gesprächs kann **nicht** sein, **sich auf ein Gefühl zu einigen**. Sie können sich aber darüber verständigen, wie Sie mit diesen unterschiedlichen Gefühlen umgehen wollen.

Problemlöseplan

Schreiben Sie hier auf, wie bestimmte Probleme gelöst werden können.

1. Was genau ist das Problem?

Schreiben Sie hier ein ganz konkretes Problem auf. In welchem Lebensbereich befindet sich das Problem? Privat, beruflich, finanziell?

Beschreibung des Problems, z. B. »Wir wollen uns als Familie regelmäßiger austauschen« oder »Jeder von uns hilft dem Erkrankten, wie er gerade denkt, aber wir handeln nicht gemeinsam«. Wann und wo tritt es auf? Wer ist daran beteiligt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Erreichbare, realistische Ziele setzen

Was wollen Sie erreichen? Zum Beispiel »Wir wollen uns in der Familie regelmäßig besprechen und gemeinsam austauschen«; »Wir wollen absprechen, wer in der Familie welche Unterstützung übernimmt oder nicht übernimmt«.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ALLE Lösungsmöglichkeiten aufschreiben

Auch Ideen notieren, die Sie erst unpassend finden. Bewerten Sie noch nicht.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Lösungsweg aussuchen

Schauen Sie sich noch einmal die Ideen an, die Sie oben aufgeschrieben haben. Bewerten Sie die Ideen. Vergeben Sie z. B. Noten oder diskutieren Sie Vor- und Nachteile jeder Lösung.

Entscheiden Sie sich für einen Lösungsweg.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Die beste Lösungsidee umsetzen – Aktion!

Setzen Sie die beste Lösungsmöglichkeit in die Tat um. Wann und wie können Sie damit anfangen? Schreiben Sie hier die genauen Schritte auf – je präziser, desto besser.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Bewertung der Lösung, nachdem sie ausprobiert wurde

Hat die Lösung funktioniert? Geben Sie sich etwas Zeit – eventuell einige Tage oder Wochen –, und schreiben Sie hier auf, wie gut die Problemlösung funktioniert hat. Falls das Ziel mit dem gewählten Weg nach ein paar Wochen nicht erreicht wurde, versuchen Sie einen anderen Weg.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....