

## Die häufigsten psychischen Krankheiten

Ulrike Hoffmann-Richter und Asmus Finzen

### Historische Vorbemerkung

Die Geschichte der Psychiatrie als medizinisches Spezialgebiet ist erst etwa 200 Jahre alt. Entsprechend jung ist die Suche nach abgrenzbaren Krankheiten und einem Diagnosesystem. Etwa ab 1850 trat in der gesamten Medizin die Erkenntnis in den Vordergrund, dass Krankheiten etwas mit organischen Veränderungen im Körper, mit physiologischen Prozessen zu tun hätten. Die Psychiater beschäftigten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vor allem mit den krankhaften Veränderungen des Gehirns. Die häufigste und zugleich schillerndste Krankheit in der Psychiatrie war damals die Syphilis, die in ihren Spätstadien das gesamte Zentralnervensystem, also auch das Gehirn, befällt. Die so genannte progressive Paralyse wurde zugleich als Modell auch für andere psychische Krankheiten betrachtet. Man erforschte körperliche Veränderungen und versuchte, psychische Erkrankungen nicht nur nach ihren Erscheinungsbildern zu beschreiben, sondern auch ihren Ursachen zuzuordnen. Man fand körperliche Ursachen für die so genannten organischen Psychosen wie Fieberdelirien, Alkoholdelirien, Psychosen bei Vergiftungen, Hirntumoren oder Abszessen und der progressiven Paralyse. Mit Verspätung zog Sigmund Freuds Neurostheorie in die Psychiatrie ein und deutete neurotische Störungen aus der Biografie und psychischen Entwicklung des Menschen.

Dazwischen blieb die Beschreibung der »endogenen« Psychosen in der Erwartung, man könne eines Tages die körperliche Ursache für sie benennen. Kraepelin beschrieb 1899 die »Dementia praecox«, von der er den »manisch-depressiven Irrsinn« unterschied. Entscheidend bei dieser Bezeichnung der Schizophrenien als »Dementia praecox« war Kraepelins vermeintliche Beobachtung, dass schizophrene Erkrankungen einen

negativen Verlauf nahmen und in der Regel zu bleibenden Defekten führten, ähnlich einer Demenz, nur schon in den frühen Erwachsenenjahren. Demgegenüber beobachtete er, dass manische und depressive Phasen bei den Kranken sich immer wieder zurückbildeten. Aus diesem Versuch der Abgrenzung verschiedener Psychoseformen blieb über Jahrzehnte das Vorurteil haften, dass Schizophrenien eine schlechte Prognose, manisch-depressive Erkrankungen aber eine gute hätten. Erst viele Jahrzehnte später zeigten die Langzeitbeobachtungen von Manfred Bleuler, Christian Müller, Gerd Huber und Mitarbeitern, dass die langfristige Prognose bei den schizophrenen Psychosen durchaus nicht schlecht ist: Schon in der Vor-Neuroleptika-Ära heilten ein Drittel der diagnostizierten Schizophrenien vollständig aus, ein Drittel konnte mehr oder weniger gut mit der Krankheit leben. Nur bei einem Drittel nahm die Erkrankung einen chronischen Verlauf.

### Diagnosen

Psychiatrische Diagnosen werden heute aufgrund internationaler Übereinkünfte gestellt, ohne dass damit etwas über die Ursachen der Krankheiten ausgesagt wird. Die neuesten Diagnosesysteme in den USA und Europa (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen oder DSM, seit 1996 IV, Internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, seit 1992 ICD-10) ordnen psychische Krankheiten nach ihren Symptomen.

Eine Diagnose ist eine Arbeitshilfe. Wenn man nicht weiß, mit welcher Erkrankung man es zu tun hat, kann man nicht damit umgehen. Aber manche Krankheitsbezeichnungen haben ihre eigenen Wirkungen. Sie sind wie ein Etikett. Wenn sie erst einmal ausgesprochen sind, lösen Diagnosen wie Krebs oder Aids Angst und Schrecken aus. Für die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gilt das in besonderem Maße. Die Verleugnung einer solchen Diagnose stiftet schweren Schaden, denn Schizophrenien sind verhältnismäßig gut be-

handelbar. Die Kranken haben auch Anspruch darauf, zu erfahren, was mit ihnen los ist. Eine konstruktive Aufklärung sollte erfolgen, wenn die akute Symptomatik abgeklungen ist und die Kranken damit beginnen, ihre Zukunft zu planen. Wir wissen heute, dass die Genesungschancen viel besser sind, wenn die Kranken in die Behandlung einbezogen werden.

In diesem Kapitel werden die Schizophrenien, die manisch-depressiven Erkrankungen und Depressionen am ausführlichsten behandelt. Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit werden unter dem Aspekt beschrieben, dass nicht wenige schizophrene Erkrankte zusätzlich Alkohol- oder Drogenmissbrauch betreiben. Alle übrigen psychiatrischen Krankheitsbilder werden nur kurz oder gar nicht erwähnt.

## Schizophrenien

Die Schizophrenie ist nicht selten. Sie ist so häufig wie die Zuckerkrankheit. Jeder Hunderste erkrankt daran. In jeder Nachbarschaft gibt es jemanden, der daran leidet. Aber Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung; sie macht Angst. Sie ist vielfältig in ihren Erscheinungsformen: Sie kann leicht sein oder schwer, akut und traumatisch oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann einmalig auftreten oder in längeren und kürzeren Abständen wiederkehren. Sie kann ausheilen oder zur Invalidität führen. Weil sie so schillernd ist, ist sie auch für Erfahrene oft nur schwer greifbar. Unerfahrene stehen der Krankheit ratlos oder zweifelnd gegenüber. Vorurteile liegen nahe: Schizophrenie, so wird behauptet, sei eine unheilbare Störung, oder, Schizophrenie gäbe es gar nicht. Sie sei eine Erfindung der Psychiater. Leider trifft dies nicht zu.

Schizophrenie ist eine ernste, aber in der Regel gut behandelbare Krankheit. In der wissenschaftlichen Psychiatrie besteht seit Anfang der 70er-Jahre Einigkeit darüber, dass bei Kranken überall in der Welt ein zentrales schizophrenes Syndrom auftritt. Dazu gehört das Erlebnis der

Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch Stimmen, die der oder die Betroffene in der dritten Person über sich sprechen hört. Die Stimmen können auch seine Handlungen und Gedanken begleiten. Die physische Umgebung wird verändert wahrgenommen. So kann z.B. die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu einem Kranken treten, dass sich jedes Geschehen speziell auf sie zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an sie enthält. Es ist leicht einzusehen, dass der Patient alle in seinem kulturellen Hintergrund und nach seinen bisherigen Lebenserfahrungen geläufigen Erklärungen anführt, um diese Störung dingfest zu machen: Hypnose könnte im Spiel sein, Telepathie, radioaktive Strahlung oder Besessenheit.

Es ist nicht richtig, dass Wahrnehmen und Erleben in einer schizophrenen Psychose uneinfühlbar ist. Mit einiger Fantasie kann man sich vorstellen, weshalb Angst, Panik und Niedergeschlagenheit häufig sind und das Urteilsvermögen gestört ist. Wenn ein betreffender Kranker unerschütterlich von der Wirklichkeit dessen, was er sieht und hört, überzeugt ist, hat er aus der Sicht seiner Mitmenschen »Wahnideen«. Sein Erleben und insbesondere sein Verhalten ist ohne das Verständnis um diese Zusammenhänge nicht mehr nachvollziehbar. Die Verständigung wird problematisch bis unmöglich. Die Umgebung kommt nicht auf die Idee, sie könnte es mit einem psychisch gestörten Menschen zu tun haben. Erst wenn die Krankheit als solche erkannt ist, ist gegenseitiges Verstehen wieder möglich.

Im Alltag gehen langwierige Leidensphasen dem Begreifen voraus: Nicht selten kommt es zu heftigen Konflikten, zu Abbrüchen von Freundschaften, zum sozialen Rückzug der Betroffenen, zum Ausschluss aus Vereinigungen und Gruppen, in denen sie lange gelebt haben. Kranke können ihren Beruf und ihre Wohnung verlieren und verwahrlosen. Oft wird die Diagnose und eine psychiatrische Behandlung erst möglich, wenn normalpsychologische Bewältigungsversuche gescheitert sind, die Situation sich krisenhaft zuspitzt und der Erkrankte psychisch zusammenbricht. 🍏🍏🍏🍏 – 1 Zeile

Wenn wir das Wort Schizophrenie im Zusammenhang mit einem bestimmten Menschen gebrauchen, verwenden wir eine wissenschaftliche Abstraktion, die sich aus einigen speziellen Aspekten seines Verhaltens und seines Erlebens ableitet. Wenn sie schwer wiegend sind, erscheint uns seine Persönlichkeit verändert. Dennoch bleibt er ein einzigartiges menschliches Wesen. Er bleibt es, weil das grundsätzliche Kennzeichen der Schizophrenie darin besteht, dass das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Die Diagnose ist kein Etikett für Menschen, die sich sonderbar verhalten.

### Symptome – Zeichen der Krankheit

Die zusammenhängende Darstellung der Krankheitssymptome ist unumgänglich, obwohl sie das Bild der Krankheit verfälscht. Denn Symptome können leicht bis schwer wiegend sein, und sie kommen nie alle zur gleichen Zeit vor. Folgendermassen werden die Symptome gruppiert:

- Störungen des Denkens
- Störungen des Gefühls
- Störungen des Wollens, Handelns und Ich-Erlebens
- zusätzliche (akzessorische) Symptome

Zu den Letzten gehören z. B. Störungen der äußeren Wahrnehmung. So berichten manche Kranke über Licht- und Farbüberempfindlichkeit. Gesichter oder Figuren sehen sie seltsam verzerrt. Sie können überempfindlich werden gegenüber Geräuschen, Gerüchen und Geschmack. Das Zeiterleben kann sich verändern. Die Störungen des Gefühls, sei es depressive Verstimmtheit oder nicht nachvollziehbare Heiterkeit, werden oft verkannt und in ihren Auswirkungen unterschätzt. Die Intelligenz ist nicht beeinträchtigt!

Diese zusammenhängende Darstellung mag den Eindruck erwecken, als handle es sich um ein klares, abgrenzbares Krankheitsbild. Dies ist keineswegs der Fall. Die Wirklichkeit stellt sich anders dar als im Lehrbuch beschrieben. Nicht nur die Vielfalt und der unterschiedliche Ausprägungsgrad der möglichen Symptome erschwert eine Diagnose,

hinzu kommt, dass die genannten Symptome nicht spezifisch für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind. Sie überschneiden sich mit den Symptomen anderer psychischer Krankheiten in mannigfacher Weise. Im alltäglichen Umgang sind nicht so sehr die einzelnen Symptome sichtbar oder spürbar. Vielmehr stellt sich ein Gefühl von »Hier stimmt etwas nicht« ein. Für die Behandlung muss man wissen, dass viele Kranke nicht in der Lage sind, eigenständig auf die übliche Weise Hilfe zu suchen.

### Ursachen

Wohl alle Kranken, Familienangehörige, Bekannte und Freunde stellen besorgt die Frage, woher die Krankheit kommt. Sie fragen sich, ob eine andere Lebensweise den Ausbruch verhindert hätte, wer schuld an der Krankheit ist. Insbesondere das Suchen und Fragen nach der Schuld hat in den vergangenen Jahrzehnten das Zusammenleben vieler Kranker mit ihren Familien belastet und vergiftet. Bis heute weiß niemand, wie die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis entstehen. Es gibt eine Reihe von Vorstellungen, Theorien und Befunden. Sie münden nach dem heutigen Stand der Forschung in die Erkenntnis, dass Menschen, die schizophren erkranken, empfindsamer gegenüber Innen- und Außenreizen sind als andere. Weniger robust zu sein als andere Menschen ist weder Schande noch Schwäche. Empfindsamkeit im Umgang mit Menschen und Dingen ist eine Chance zu vertieftem Erleben, intensiven Beziehungen und kreativer Lebensgestaltung. Vulnerabilität – »Verletzlichkeit« – ist das Schlüsselwort. Es gibt niemanden, der daran schuld ist.

Die Suche nach den biologischen Grundlagen schizophrener Psychosen hat in den letzten Jahren neue Impulse erfahren. In den nächsten Jahren sind insbesondere bei der Erforschung der Stoffwechselprozesse Fortschritte zu erwarten. Unsere heute existierenden Vorstellungen darüber greifen jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit zu kurz. Dies gilt auch für die so genannte Dopamin-Hypothese: Wahrscheinlich ist die

Vermehrung des Neurotransmitters – des Botenstoffes – Dopamin in bestimmten Regionen des Gehirns genauso ein Symptom wie Halluzinationen oder Verfolgungsangst und nicht Ursache der Krankheit. Sicher ist, dass die Veranlagung eine Rolle bei der Schizophrenieentstehung spielt. Die Vererbungsforschung liefert aber nach dem heutigen Stand keine befriedigende Erklärung für die Entstehung. Vieles spricht dafür, dass wir es nicht mit einer in Ursache, Erscheinung und Verlauf einheitlichen Krankheit zu tun haben.

### **Verlauf und Heilungschancen**

Der Verlauf der schizophrenen Psychosen ist so vielfältig wie ihr Erscheinungsbild. Sie beginnen am häufigsten im dritten Lebensjahrzehnt, bei Frauen ein paar Jahre später als bei Männern. Der eigentlichen Erkrankung geht meist ein Vorstadium voraus, in dem sich die später Erkrankten verändern. Sie geraten in eine fortgesetzte Anspannung ihres Denkens und Fühlens. Sie werden empfindsamer und verletzlicher. Erst im akuten aktiven Stadium der Psychose treten die oben beschriebenen Symptome in aller Deutlichkeit auf. Wie ausgeprägt sie auch sein mögen, irgendwann beginnt sich der Zustand eines Kranken zu konsolidieren, die Episode klingt ab.

Der natürliche Verlauf dieser Entwicklung ist heute kaum mehr zu beobachten, da fast alle Kranken mit Medikamenten behandelt werden. Nach Abklingen der akuten Symptome tritt in der Regel eine Entspannung ein. Die Angst nimmt ab. Wahrgenommene Stimmen werden leise. Die Bedeutungserlebnisse verlieren an Unmittelbarkeit. Manche Kranke fühlen sich z.B. weiterhin verfolgt, aber es regt sie nicht mehr auf. Andere beginnen interessiert, ihren Stimmen zuzuhören, und lassen sich von ihnen unterhalten. Gelegentlich bedauern sie es, wenn diese dann ganz verschwinden. Oft bleiben Reste in Träumen. Der Kontakt mit der Welt der anderen gelingt wieder, zunächst nur teilweise, schließlich auf Dauer. Es kann zur Ausheilung kommen. Es können aber auch Restsymptome bleiben.

Wir wissen, dass fast ein Drittel der Betroffenen geheilt aus einer Psychose hervorgehen. Zwei Drittel müssen nach einer Erkrankungsphase früher oder später mit einem Rückfall rechnen. Dieser kann nach Monaten, nach Jahren, vereinzelt auch nach Jahrzehnten auftreten. Die zweite psychotische Episode kann wiederum auf ganz verschiedene Weise verlaufen. Die Vielfalt der möglichen Entwicklungen ist schier unbegrenzt. Die Ergebnisse von drei Verlaufsstudien zeigen, dass bei zwei Dritteln der Krankheitsverlauf sehr günstig oder günstig ist. Seit diesen Langzeituntersuchungen sind die Behandlungsmöglichkeiten entscheidend verbessert worden, sodass heute mit hoher Wahrscheinlichkeit der Langzeitverlauf schizophrener Erkrankungen noch günstiger ist.

### **Therapie**

Durch eine fachgerechte Therapie sind Schizophrenien nicht heilbar – wie die Zuckerkrankheit nicht heilbar ist. Aber viele Kranke werden von alleine wieder gesund und ihre Symptome sind gut zu beeinflussen. Oft sind sie ganz zu beseitigen. Durch konsequente Behandlung und Rückfallprophylaxe lassen sich schwere Episoden mildern. Die sozialen Folgen können abgefedert und bei aktiver Mitarbeit der Kranken häufig überwunden werden. Entscheidend ist die Verbindung von Pharmakotherapie, Soziotherapie und Psychotherapie.

Die Behandlung der Schizophrenien ist kein Kinderspiel. Sie ist eine komplexe Angelegenheit, die Wissen und Erfahrung, Geduld und Engagement verlangt. Ideologien helfen hier wenig. Das Zusammenwirken psychotherapeutischer, pharmakotherapeutischer und soziotherapeutischer Ansätze ist entscheidend. Die Behandlung lebt von der Zusammenarbeit und der Auseinandersetzung mit den Kranken.

### **Medikamente**

Bei der Behandlung der Schizophrenie spielen Medikamente – Neuroleptika – eine zentrale Rolle. Schizophreniekranken müssen nicht immer und unter allen Umständen Medikamente nehmen. Manche Sympto-

me klingen auf längere Sicht auch ohne Medikamente ab. Aber ein Verzicht auf medikamentöse Behandlung bedeutet den Verlust der erworbenen und zugewiesenen sozialen Rollen für einen Patienten in Beruf, Familie und Bekanntenkreis. Keine Medikamente einzunehmen, bedeutet oft, unverhältnismäßiges Leiden in Kauf zu nehmen.

Zur Wirkung der Neuroleptika sei auf das Kapitel »Was leisten Psychopharmaka?« in diesem Buch verwiesen. Neuroleptika wirken spezifisch auf psychotische Symptome, ohne die Ursachen der Psychose zu beseitigen. Sie bewirken eine Verbesserung von Verfolgungsangst, psychomotorischer Erregung, Halluzinationen oder Denkstörungen. In niedriger Dosierung führen sie oft auch zur Besserung so genannter Minussymptomatik wie Antriebsarmut und Apathie. Aus den Vorstellungen, in welcher Weise neuroleptische Medikamente bei Schizophrenien helfen, scheint uns folgende am überzeugendsten zu sein: Neuroleptika machen Kranke dickfälliger. Außen- und Innenreize werden weniger bedrückend. Von dieser Hilfe bis zur Abstumpfung ist es allerdings nicht sehr weit. Hier liegt die Gefahr und die wichtigste Herausforderung für eine kompetente Anwendung von Neuroleptika.

### **Psychotherapie**

Lange wurde in Fachkreisen behauptet, dass für schizophrene Kranke eine Psychotherapie schädlich sei. Dieses Vorurteil entstand im Zusammenhang mit der Gleichsetzung von Psychotherapie und Psychoanalyse. Letztere ist für Kranke belastend. Sie erfordert ein ausreichendes Maß an Stabilität und ist deshalb empfindsamen und verletzlichen Kranken nicht zumutbar. Aber Psychotherapie ist nicht nur Psychoanalyse. Zur Psychotherapie gehört auch einfühlsame Zuwendung, Unterstützung und Führung, Zuhören und Beraten, Üben und Lernen.

Schizophreniekranken haben außer ihren Symptomen vielfältige Lebensprobleme, bei deren Bewältigung sie solcher psychotherapeutischer Hilfe und Führung bedürfen. In der Behandlung schizophrener Kranken muss Psychotherapie pragmatisch und flexibel gestaltet werden. Sie

muss Rücksicht auf den jeweiligen Gesundheitszustand einer Kranken nehmen. In stabilen Zeiten ist eine konfliktorientierte Arbeit durchaus auch möglich und notwendig. Gerade junge Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, bedürfen der Unterstützung bei ihrer Entwicklung. Einsicht in ihr seelisches Dasein ist Hilfe zur Selbsthilfe. Psychotherapie kann ihnen bei der täglichen Konfrontation zwischen innerer Welt und äußerer Realität beistehen. Sie hilft ihnen bei der Ich-Findung, bei der Abgrenzung von anderen Menschen und deren persönlichen Wertsystemen. Die Erfahrung der Psychose hat die Selbstverständlichkeit erschüttert, mit der wir anderen unseren Alltag bewältigen.

### **Soziotherapeutische Hilfen**

Ein besonderes Problem stellen die Schwankungen psychischer Erkrankungen dar. Wenn keine vollständige Gesundheit erreicht werden kann, bedarf es umfassender Betreuungsangebote. Dazu gehören – neben der Behandlung – Pflege und Rehabilitation, beschütztes Wohnen, Betätigung und Arbeit sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Das Angebot einer Nachsorge und die Möglichkeit der Hilfe in Krisen ist entscheidend. Diese Hilfe muss bei Bedarf auch dann zur Verfügung stehen, wenn ein Kranker nicht mehr von sich aus die Praxis seines Arztes oder die Beschäftigungsstätte aufsucht. Zugleich muss der Betroffene die Freiheit behalten, von der Hilfe keinen Gebrauch zu machen oder sie abzulehnen. Ausnahmen sind Situationen, in denen das Unterbringungs- oder Betreuungsrecht Hilfeleistung auch gegen den Willen der Kranken gestattet.

### **Angehörigen- und Patientenselbsthilfe**

Angehörige sind von der psychotischen Erkrankung eines Familienmitgliedes in einschneidender Weise mitbetroffen. Das Leiden des Kranken verändert auch ihr Leben. Insbesondere wenn die Krankheit im jugendlichen Alter beginnt und chronisch wiederkehrend verläuft, tragen Angehörige die Last der Psychose mit, ob sie wollen oder nicht. Lange Zeit

hat sich die Psychiatrie schwer getan, Angehörige in die Behandlung miteinzubeziehen. Sie wurden eher als Störfaktoren gesehen, als eine Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung. Heute ist eine kunstgerechte Schizophreniebehandlung ohne Einbeziehung der Angehörigen nicht mehr denkbar.

Experten wie Angehörige müssen lernen, dass sie häufig eine unterschiedliche Sichtweise haben. Angehörige sind darauf angewiesen, ihre eigenen Erfahrungen überdenken und ausdrücken zu können. Dies ist in Angehörigen-Selbsthilfegruppen möglich, die es heute in den meisten größeren Städten gibt. Außerdem gibt es seit Anfang der 80er-Jahre das Angebot einer therapeutischen Arbeit mit Angehörigen. Studien haben gezeigt, dass ein entspanntes emotionales Milieu in der Familie den positiven Verlauf schizophrener Psychosen begünstigt. Medikamente können reduziert und damit die Nebenwirkungen eingeschränkt werden.

### **Verhandeln statt Behandeln**

Psychisch Kranke sind immer auch handelnde Personen und nicht nur Kranke. Sie verdienen unseren Respekt. In der Begegnung mit der Psychiatrie vermissen sie diesen allzu oft. Fragt man Psychosekranken nach ihren Erfahrungen, zählen sie auf: Ihr hört uns nicht zu, ihr berücksichtigt unsere Bedürfnisse nicht, ihr behandelt uns, ohne mit uns zuvor zu verhandeln, ihr werdet viel zu schnell handgreiflich, ihr wendet viel zu rasch Zwang an.

Die Bereitschaft der Kranken, mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten zusammenzuarbeiten, ist eine Grundvoraussetzung für einen langfristig positiven Verlauf. Dies gilt nicht nur für die Psychotherapie, sondern auch für die Medikamentenbehandlung, Soziotherapie und Rehabilitation. Behandlung gegen den Willen bringt viele Probleme und ist nur ausnahmsweise, in akut psychotischem Zustand, nötig. Auch dort kann die Behandlung gegen den Willen manchmal vermieden werden: »Erst verhandeln, dann behandeln«, das ist die Grundlage jeder Erfolg versprechenden Therapie.

Wir wissen noch sehr wenig über die Bewältigungsstrategien Betroffener, die diese möglicherweise schon immer eingesetzt haben. Die Selbsthilfebewegung Psychiatrieerfahrener wird uns dabei neue Impulse vermitteln. Auch die psychiatrische Forschung hat in den letzten Jahren die Fähigkeit Kranker, sich selber zu helfen, verstärkt zum Gegenstand gemacht. Die Bereitschaft zur gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Krankheit ist groß. Es besteht Anlass zur Hoffnung.

### **Affektive Psychosen**

Zu den affektiven Psychosen gehören die Depressionen, die Manien und die manisch-depressiven Erkrankungen. Sie betreffen in erster Linie die Affekte, die Stimmung, Stimmungsschwankungen oder eine schlechte Stimmung. Eine Störung der Stimmung muss jedoch noch nicht bedeuten, dass jemand an einer affektiven Psychose erkrankt ist.

### **Depressionen**

Die depressive Verstimmung ist das einfühlbarste aller seelischen Leiden. Wir alle reagieren zeitweise depressiv. Wir alle sind immer wieder einmal depressiv verstimmt. Äußere Ereignisse wie Trennung oder Tod lassen uns depressiv reagieren. Aber auch banale Enttäuschungen des Alltags können uns deprimieren. Wir sind anfälliger, wenn wir in körperlich schlechter Verfassung sind oder wenn wir körperlich krank sind. Schon wenn wir unausgeschlafen sind, zeigt sich unsere Empfindlichkeit für depressive Anflüge.

Vor jeder Behandlung muss die Situation desjenigen geklärt sein, der an Depressionen leidet. Wenn sich die Verstimmung in einen situativen oder komplexen Lebenszusammenhang einordnen lässt oder wenn äußere Gründe für die Verstimmung vorliegen, ist die Situation eine andere, als wenn wir es mit einer tiefer gehenden depressiven Verstimmung zu tun haben. Sie wird nicht binnen kurzem von allein, durch Ruhe oder psychotherapeutische Bearbeitung verschwinden. Der Ge-

danke an eine medikamentöse Behandlung ist dann berechtigt. Die Klassifikation depressiver Störungen hat sich in den letzten Jahren wiederholt geändert. Wie zu Anfang erwähnt, stützen sich die neuen Klassifikationssysteme, z. B. DSM-IV oder ICD-10, auf Art und Ausmaß der Symptome und sind von der klassischen ursachenbezogenen Einteilung abgerückt. Für gewisse depressive Störungen ist das von Vorteil, weil sich Psychotherapie und Medikamentenbehandlung nicht gegenseitig ausschließen. Bei tiefer greifenden depressiven Störungen kann die Medikamentenbehandlung die Psychotherapie unterstützen.

Wo eine Einordnung depressiver Störungen in einen Kontext zu Teilursachen möglich ist, sind diese weiterhin hilfreich. Zum einen beeinflusst dieses Wissen das Vorgehen in der Behandlung, zum anderen gibt es eine gewisse Orientierung über den Verlauf, die Betroffenen wie Behandelnden Sicherheit und eine Grundlage für Hoffnung bietet.

#### **Reaktive und Erschöpfungsdepressionen**

Weiterhin gilt, dass gesicherte reaktive depressive Verstimmungszustände als Reaktion auf Ereignisse nicht mit Psychopharmaka verschüttet werden sollen. Sie sind im Regelfall sowohl durch psychotherapeutische Maßnahmen eines Arztes wie durch stützende Zuwendung von Freunden, Verwandten, Kollegen, Vorgesetzten oder Lehrern gut abzufangen und aufzuarbeiten. Auch bei reaktiven Depressionen kann es krisenhafte Zuspitzungen oder extreme Belastungssituationen geben. Dann kann die Sicherstellung des Schlafes durch eine kleine Menge eines Tranquilizers, in Ausnahmefällen auch eine sehr kleine Menge über den Tag verteilt, helfen, die unerträglich scheinende Belastung durchzustehen. Solch ein Eingriff ist besser als die häufig empfohlene und geübte Praxis, beim Alkohol Entspannung zu suchen. Entscheidend ist, dass die medikamentöse Stütze tatsächlich eine vorübergehende (d.h. für einige Tage bis zu zwei Wochen) bleibt.

Erschöpfungsdepressionen sind tiefergehend als die reaktiven Depressionen. Sie entwickeln sich aber häufig als solche, wenn der Betrof-

fene keine Gelegenheit zur Erholung findet. Wann immer möglich sind erste therapeutische Maßnahmen die Entfernung aus dem Konflikt- und Belastungsfeld, die Sicherstellung von ausreichend Schlaf und körperlicher Erholung. Urlaub oder Kur sind eine Möglichkeit. Häufig steht gerade diese Entscheidung Betroffenen aber nicht offen. So kann eine Mutter von zwei kleinen Kindern nicht beliebig Urlaub machen. Oder eine Arbeitsstelle, die wegen Erschöpfungsdepression nur ungenügend ausgefüllt wurde, kann verloren gehen, wenn sich an die Krankheitszeit noch eine Kur anschließt.

#### **Die »wiederkehrende depressive Störung«**

Neben der reaktiven Depression steht die »depressive Neurose« oder neuerdings »rezidivierende (= wiederkehrende) depressive Störung«, »Dysthymia« und »dysthyme Störung«. Die neueren Bezeichnungen bemühen sich darum, die Ursache wiederkehrender oder andauernder depressiver Stimmung geringeren bis mittleren Ausmaßes nicht vor schnell einer bestimmten Ursache, z. B. einer Neurose, zuzuordnen. Eine Neurose ist eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Symptome unmittelbare Folge und symbolischer Ausdruck eines krankmachenden seelischen Konfliktes sind. Diese Form der Depression ist im Gegensatz zur reaktiven keine vorübergehende Erscheinung. Sie ist nicht durch ein genau zu ortendes äußeres Ereignis ausgelöst. Die Depressivität ist ein Persönlichkeitsmerkmal, das je nach Lebenssituation stärker oder geringgradiger ausgeprägt, aber latent immer vorhanden ist. Psychotherapeutische Hilfe ist möglich, aber nicht jede depressive Persönlichkeit ist behandlungsbedürftig. Auch hier kann in Krisen eine Behandlung mit Tranquilizern besser sein als Zuflucht zum Alkohol oder beliebige Selbstmedikation. Ein Medikament in der Handtasche ist häufig fast so wirksam wie im Blut.

Die medikamentöse Behandlung ist nur als Überbrückung einer unerträglichen Phase zu betrachten. Eine Suchtgefahr ist vorhanden, zumal die depressiven Verstimmungszustände in der Regel nicht dauer-

haft verschwinden. Die Behandlung mit einem niedrig dosierten Antidepressivum kann eine gute Alternative zu einem Tranquilizer sein. Gelegentlich verbirgt sich hinter einem scheinbar neurotisch-depressiven Bild die schwach ausgeprägte Phase einer endogenen Depression, die gut und rasch auf Antidepressiva anspricht. Diese Möglichkeit muss immer in Betracht gezogen werden.

Die dysthyme Störung oder Dysthymia bezeichnet einen chronisch depressiven Verstimmungszustand, der die meiste Zeit des Tages und mehr als die Hälfte aller Tage besteht und mindestens zwei Jahre andauert. Sie wird begleitet von Appetitlosigkeit oder übermäßigem Essen, Schlaflosigkeit oder übermäßigem Schlafbedürfnis, wenig Energie oder Erschöpfung, geringem Selbstwertgefühl, geringer Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsschwierigkeiten und dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Da solche Symptome in vielfältiger Weise auch in anderen Zusammenhängen auftreten, ist die Diagnose mit Vorsicht zu stellen. Sie darf kein Sammeltopf für unklare Situationen werden. Eine Behandlung mit Antidepressiva kann sinnvoll sein. Häufig sind dysthyme Störungen begleitet von anderen Störungen wie Anorexia nervosa, Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Angst oder chronisch körperlichen Erkrankungen. Hier gilt es im Einzelnen fachkompetent abzuwägen, welches die geeignete Behandlung ist.

#### **Depressionen bei schizophrenen Psychosen**

Nicht selten treten nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome einer schizophrenen Erkrankung depressive Phasen auf, die leicht, aber auch schwer ausgeprägt sein können. Bis zu einem gewissen Grad kann eine solche depressive Verstimmung eine einfühlbare Reaktion auf die Auseinandersetzung mit der Krankheit sein. Die depressive Verstimmung kann aber auch so schwer wiegend werden und mit vielen körperlichen Symptomen begleitet sein, dass sie eine gesonderte Behandlung erfordert. Hier bedarf es erfahrener Spezialisten, um zu klären, wie die geeignete Behandlung aussieht – sei es eine intensivere Unterstützung

bei der Rehabilitation und Reintegration in den Alltag, sei es die Änderung der neuroleptischen Medikation, sei es eine Verlangsamung der weiteren Pläne oder sei es eine gesonderte antidepressive Behandlung. In manchen Fällen ist die depressive Episode so ausgeprägt, dass wir von einer schizoaffektiven Psychose sprechen, d.h. dass in gleichem Maße schizophrene Symptome wie depressive oder auch manische Symptome vorhanden sind.

#### **Die alte »endogene« Depression oder mittel- bis schwergradige depressive Episoden**

Depressive Episoden können – ähnlich wie schizophrene Episoden – einmal bis viele Male im Leben eines Erkrankten auftreten. Im Unterschied zu schizophrenen Episoden dauern die einzelnen akuten Phasen in der Regel länger. Aber auch hier gibt es Phasen von wenigen Wochen bis zu mehr als einem Jahr. Je nach Ausprägung der Verstimmung können Minderwertigkeitsgefühle bis schwerste Selbstzweifel und Suizidgedanken oder -impulse auftreten, Schlafstörungen, Appetitverlust und vielfältige körperliche Beschwerden in Form von Unwohlsein, Schmerzen und vielem anderen mehr. Die neueren Diagnosesysteme unterscheiden zwischen Episoden mit und ohne somatische Symptome sowie mit und ohne psychotische Symptome. Damit ist gemeint, dass zu den Merkmalen, die wir einer Depression zuordnen, auch Wahngedanken, gelegentlich sogar Halluzinationen hinzutreten können. Diese kreisen häufig um Verarmung, vermeintliche oder reale Schuld, die ein unermessliches Ausmaß im Erleben des Erkrankten annimmt, um Versündigung und anderes mehr.

#### **Weitere Formen von Depressionen**

Darüber hinaus treten als Sonderform Depressionen bei älteren Menschen auf. Hier sind die äußerlich mitbedingten psychosozialen Probleme besonders schwierig zu lösen. Es gibt so genannte symptomatische und organische Depressionen. Das bedeutet, dass ein depressiver Ver-

stimmungszustand eine andere Ursache hat, z.B. eine schwere körperliche Erkrankung. Dies können Operationen sein, aber auch schwere Infekte, Erkrankungen des Gehirns und anderes mehr. Außer der Behandlung der Grundkrankheit kann es vorübergehend wichtig sein, die depressiven Symptome mit Antidepressiva oder Tranquilizern zu behandeln.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind der therapeutische Schlafentzug oder die Ergänzung der medikamentösen Behandlung mit Lithium oder Carbamazepin (vgl. das Kapitel »Was leisten Psychopharmaka?«).

### **Zu den Ursachen**

Ähnlich wie bei den Schizophrenien liegt bei den schweren depressiven Psychosen eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels vor. Botenstoffe im Gehirn sind für die elektrische und chemische Reizwirkung zuständig (vgl. im Medikamentenkapitel die Erläuterungen zu Neuroleptika). Bei den Depressionen scheint das Dopamin eine geringere Rolle zu spielen. In erster Linie scheint eine Störung der Serotoninverfügbarkeit vorzuliegen. Möglicherweise gleichzeitig oder in unterschiedlicher Gewichtung bei verschiedenen Kranken liegt ein Noradrenalinmangel vor.

### **Behandlungsmöglichkeiten**

Bei länger anhaltenden, schweren Depressionen bedarf es eindeutig einer Behandlung mit Antidepressiva, gelegentlich am Anfang zusätzlich mit Tranquilizern oder anderen sedierenden Medikamenten, bis die Antidepressiva greifen. In schweren Krisen kann eine stationäre Behandlung unerlässlich sein. Zu Anfang sind depressive Symptome die »salonfähigsten« unter den psychischen Erkrankungen. Wenn sie jedoch anhaltend fortbestehen, wenn Klagen und Jammern und große Unruhe hinzutritt, wenn einem Kranken und einer Kranken ständig versichert werden muss, dass sie noch gemocht werden, dass sie den anderen noch etwas bedeuten, dass sie noch vernünftig denken und dass die depressive Episode ein Ende hat, kann der Umgang und die Behandlung mühsam bis

qualvoll werden. Für Behandelnde wie Angehörige ist es entscheidend, die Geduld nicht zu verlieren und sich in der Bemühung um den Kranken auf eine längere Phase dieses Zustandes einzustellen. Im Zweifelsfalle ist es nötig, sich immer wieder abzugrenzen, um die Schwere der Depression mit dem Betroffenen durchzustehen.

### **Manien**

Die Manie ist die einzige psychische Störung, die viele Kranke als angenehm erleben. Die gehobene, heitere Stimmung, die unermüdliche Betriebsamkeit, der Verlust von Hemmungen, die tausend großartigen Ideen, das ins Maßlose bis zum Größenwahn anwachsende Selbstbewusstsein empfinden nicht wenige als positive Steigerung des Lebensgefühls, als willkommenen Ausbruch aus der Enge des normalen Daseins. Manche Kranke berichten aber auch schon während der manischen Phase, dass ihr Zustand qualvoll sei, dass sie ihn selbst als unecht, persönlichkeitsfremd und voller Getriebenheit und Hetze erleben. Bei manchen Formen von Manien steht nicht die Heiterkeit im Vordergrund, sondern Gereiztheit. Solche Kranken sind nicht in der Lage, von anderen Abstand zu halten. Sie erleben unablässig Zusammenstöße mit anderen Menschen und die Ideenflucht im Kopf führt zur Verwirrtheit ihres Denkens. Schwerwiegender sind die Folgen unübersichtlicher finanzieller Unternehmungen, die aus manisch bedingten Größenideen heraus begonnen werden. Wir sind immer wieder beeindruckt, wie es manischen Patienten gelingt, ohne eigenes Geld während einer manischen Phase ein Haus oder einen Rolls-Royce zu kaufen, ein Ballett oder ein Orchester zu verpflichten und eine Veranstaltungshalle in einer Großstadt zu mieten. Weder für die Betroffenen noch für deren Familie sind die Folgen solcher Erfahrungen lustig.

### **Symptome**

Wenn die Symptome ausgeprägt sind, ist die Diagnose einer Manie leicht zu stellen. Schwieriger ist es, wenn schon die Grundpersönlichkeit

eines später Erkrankten über der normalen Stimmungslage angesiedelt ist und die Symptome nur leicht ausgeprägt sind. Dann bedarf es einer sorgfältigen Erhebung der Vorgeschichte. Allfällige organisch bedingte manische Symptome oder manische Begleiterscheinungen bei paranoiden Schizophrenien müssen davon unterschieden werden. Zu den Merkmalen einer Manie gehören: eine abgegrenzte Periode einer abnormen und anhaltend gehobenen, expansiven oder reizbaren Stimmung. Während dieser Periode sollten mindestens drei, wenn nicht vier der folgenden Symptome in ausgeprägtem Maß vorhanden sein:

- gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen;
- vermindertes Schlafbedürfnis (z.B. nur noch 3 Stunden);
- ungewöhnlich redselig bis unaufhörlich redend;
- Ideenflucht oder die subjektive Erfahrung des Gedankenjagens;
- Ablenkbarkeit durch alle Dinge der Umgebung;
- Steigerung zielgerichteter Aktivität oder psychomotorische Unruhe;
- exzessive Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit großer Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen haben;
- schließlich sollte die abnorm veränderte Stimmungslage so schwer ausgeprägt sein, dass sie die berufliche Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt.

### Behandlung

Die Behandlung manisch Kranker ist nicht zuletzt deshalb schwer, weil sie selbst nicht von ihrer momentanen Verfassung befreit werden wollen. Eine Zusammenarbeit ist deshalb nur mühsam zu erreichen. Behandelnde müssen damit rechnen, dass die Kranken ihre Medikamente nur unzuverlässig einnehmen.

Für Angehörige wie Behandelnde ist es wichtig, sich weder von der Heiterkeit noch von der Aufdringlichkeit und Aggressivität provozieren zu lassen. Witzigkeit oder Redseligkeit sollten nicht in gleicher Weise beantwortet werden. Trotzdem sollte man den Patienten als Person ernst nehmen. Zurückhaltung ist geboten und – sofern irgend möglich – soll-

te man den betroffenen Kranken sprechen lassen und ihm zuhören. Dadurch kann zumindest vorübergehend eine Beruhigung eintreten. So weit möglich sollten Außenreize vermindert werden. Zuwendung und Großzügigkeit sind gefragt bei dem größten Spielraum für den Kranken, der möglich ist. Dieser sollte vor weiteren unbesonnenen Handlungen geschützt werden.

Medikamentös ist in der akuten Phase eine Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika sinnvoll. Dieses kann durch eine dämpfende Medikation, z.B. ein niedripotentes Neuroleptikum, ggf. durch ein Benzodiazepin, ergänzt werden. Eine Lithiumbehandlung ist vor allem bei wiederkehrenden manischen und manisch-depressiven Episoden hilfreich. Manche manisch Kranke reagieren sogar auf die Behandlung nur mit Lithium besser als auf Neuroleptika. Das Problem besteht jedoch darin, dass in der Kombination von Haldol und Lithium Intoxikationszustände (= Vergiftungszustände) vorkommen können. Außerdem ist für die Lithiumbehandlung eine konsequente Einnahme und die Zusammenarbeit mit den betroffenen Kranken ausschlaggebend. Gerade dies aber kann problematisch sein. Eine andere Zusatzbehandlung bietet sich durch Carbamazepin (s. das Kapitel zu den »Was leisten Psychopharmaka?«).

Behandlung mit Lithium oder Carbamazepin empfiehlt sich vor allem bei manisch-depressiven Erkrankungen, insbesondere bei solchen mit schnellem Phasenwechsel.

### Abhängigkeitskrankheiten von Alkohol, Drogen und Medikamenten als Komplikation anderer psychischer Störungen

Eine ausführliche Darstellung von Abhängigkeitskrankheiten wird hier nicht erfolgen. Wir möchten dazu auf andere Fachliteratur verweisen. Wichtig scheint uns jedoch, Folgendes hervorzuheben:

Wenn ein Mensch an einer Schizophrenie erkrankt, gibt es be-

stimmte Phasen, in denen der Griff zum Alkohol nahe liegt. Dazu gehört eine lange unbestimmte Anfangsphase, in der weder der Betroffene selbst noch seine Angehörigen noch seine Umgebung wissen, was geschieht. Dennoch scheint sich für den Kranken alles zu verändern. Diese Wahrnehmungen machen vor allem Angst. Alkohol aber löst Angst und Spannung auf angenehme Weise. Nicht selten kommen deshalb junge schizophrene Erkrankte erstmals zum Alkoholentzug in psychiatrische Behandlung. Erst wenn der Alkoholentzug durchlaufen ist, stellt sich heraus, dass hier eine schizophrene Erkrankung vorliegt. Eine weitere schwierige Phase ist später, nach dem Wissen um die eigene Erkrankung, die Auseinandersetzung mit dieser Krankheit und der Versuch, mit ihr zu leben. Wie wir bereits erwähnt haben, kommt es in dieser Zeit häufig zu depressiven Verstimmungszuständen. Auch hier bringt der Alkohol für kurze Zeit Entspannung. Manche Patienten sind noch immer überdosiert. Die quälende Unruhe, die Akathisie als Nebenwirkung von Neuroleptika, wird von solchen Kranken nicht selten mit Alkohol bekämpft. Schließlich suchen vereinsamte Langzeitkranke – wie andere vereinsamte Menschen – nicht selten Zuflucht zum Alkohol. In allen diesen Situationen bedeutet der Alkoholgenuss über längere Zeit nicht nur, dass zusätzliche körperliche Folgeschäden zu befürchten sind, sondern dass zweierlei Krankheiten ernst genommen und behandelt werden müssen: die Alkoholabhängigkeit wie die Schizophrenie.

Solche doppelten Probleme treten nicht nur in Kombination von Schizophrenien mit Alkoholabhängigkeit auf, sondern ebenso bei Missbrauch von Haschisch. Das besonders Heimtückische hierbei ist, dass nach allem, was wir bisher wissen, die Bindungsstellen für Neuroleptika im Gehirn entweder vom Wirkstoff des Haschisch oder vom Neuroleptikum besetzt werden können. Dies bedeutet, dass Haschischkonsum die Wirkung der Neuroleptika auf ganz spezifische Weise stört und so vermehrt und verstärkt zu psychotischen Episoden führt. Auf der anderen Seite hat auch Haschisch einen entspannenden und müde machen-

den Effekt, den viele Erkrankte suchen. Außerdem sind sie besonders versucht, Haschisch einzunehmen, wenn sie mit der Höhe der verordneten Neuroleptikadosis nicht zurechtkommen. Hier ist es einmal mehr entscheidend, die Zusammenarbeit mit den Patienten zu suchen und gegebenenfalls eher die Neuroleptikadosis und damit auch die Nebenwirkungen zu reduzieren, als den unkontrollierbaren Haschischkonsum weiter in Kauf zu nehmen. Manchen Patienten gelingt es auf Dauer tatsächlich, sich eine Haschischzigarette in der Woche zu gönnen und im Übrigen darauf zu verzichten.

Auch eine begleitende Heroinabhängigkeit ist möglich. Heroin konkurriert nicht wie Haschisch um die Bindungsstellen von Neuroleptika im Gehirn, aber es führt zu einer ausgeprägten Sedierung, in höheren Dosen zu schwerer Müdigkeit, Atemlähmung und gefährlichen Vergiftungszuständen, die in Kombination mit Neuroleptika sehr schnell lebensgefährlich werden können. Abgesehen davon ist in der Regel ein Rehabilitationsversuch mit an Schizophrenie Erkrankten, die drogenabhängig sind, unmöglich.

Bei manisch-depressiv Erkrankten stehen eher Abhängigkeiten von Benzodiazepinen im Vordergrund. Diese werden ihnen in vielen Kriseninterventionen fachgerecht verordnet. Häufig werden sie jedoch nicht wieder fachgerecht abgesetzt. Zunächst machen Tranquilizer ein angenehm entspannendes Gefühl. Sie sorgen in der Depression nicht nur für Angst- und Spannungsminderung, sondern auch für eine leicht gehobene Stimmung. In der Manie sorgen sie für etwas mehr Gelassenheit, so dass sich die Kranken, wenn überhaupt mit irgendeinem Medikament, am ehesten mit Tranquilizern einverstanden erklären. Es besteht die Gefahr einer Abhängigkeit auf Dauer, die sich auf die Gesundheit und auf eine fachgerechte Behandlung in vielfacher Weise störend auswirkt. Auch hier müssen beide Formen der Erkrankung erkannt und angegangen werden.

## Angst- und Zwangsstörungen

Hier hat sich in der Beschreibung der Krankheitsbilder in den vergangenen Jahren viel verändert. Unter den Angststörungen unterscheidet man so genannte phobische Störungen von Panikstörungen und generalisierten Angststörungen. Zu den phobischen Störungen gehören Ängste, die sich auf gezielte Dinge oder Situationen richten. Die bekannteste ist die Platzangst – die Angst vor offenen Plätzen, Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder allein in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Häufig muss in solchen Situationen sofort ein möglicher Fluchtweg gesucht werden. Weitere phobische Störungen sind z. B. Spinnenangst, Mäuseangst und vieles andere mehr.

Die Panikstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass wiederholt schwere impulsive Angst- oder Panikzustände auftreten, die sich nicht auf spezifische Situationen beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind. Die Symptome können variieren. Typisch sind plötzliches Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und das Gefühl der Entfremdung. Es besteht die unmittelbare Angst, sofort zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder psychotisch zu werden. Diese Anfälle dauern in der Regel nur wenige Minuten, manchmal etwas länger. Da diese Situationen plötzlich und unberechenbar auftreten, entsteht schließlich eine Angst vor der Angst.

Unter die generalisierten Angststörungen werden anhaltende Symptome von Angst zusammengefasst, die sich ebenfalls nicht auf bestimmte Situationen beschränken. Dabei treten z. B. Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden auf, die fortbestehen. Sollen Ängste konkretisiert werden, kreisen diese um nächste Angehörige, denen etwas zustoßen könnte, oder sie betreffen das Gefühl einer Vorahnung.

Solche Ängste können begleitet sein von weiteren Symptomen, z. B. depressiven Verstimmungszuständen oder Zwangssymptomen.

Die besondere Kombination von Angst und Zwangssymptomen wurde in den vergangenen Jahren häufiger beschrieben. Sie wurde sozusagen zu einer »Modekrankheit«. Einige Jahre zuvor schien sie in dieser Form noch nicht existent zu sein. Vor kurzschlussigen Erklärungen, wie sie z. B. im Buch von Colette Dowling, »Befreite Gefühle«, beschrieben werden, sei gewarnt. Hier klingt es so, als gingen sowohl depressive Störungen als auch Zwangsstörungen, Angststörungen sowie viele andere Beschwerden, wie z. B. Essstörungen, auf ein und dieselbe Transmitterstörung im Gehirn zurück und seien deshalb mit ein und demselben Medikament, einem neuen Antidepressivum, behandelbar. Diese Form der Erklärung von Krankheit führt uns in die Anfänge der Psychiatrie zurück, als es noch nicht möglich war, einzelne Krankheitsbilder zu unterscheiden.

Richtig ist, dass es in den vergangenen Jahren möglich wurde, bestimmte Zwangssymptome mit speziellen Antidepressiva relativ erfolgreich zu behandeln. Ebenso lassen sich manche Formen von Angststörungen mit Antidepressiva eingrenzen.

## Weitere Krankheitsgruppen

Psychiatrische Klassifikationssysteme unterscheiden darüber hinaus **Belastungs- und Anpassungsstörungen** in verschiedenen Ausprägungsformen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie Reaktionen auf bestimmte Ereignisse sind. Es bedarf eines bestimmten Ermessensspielraumes, zu entscheiden, ob eine Reaktion auf ein dramatisches Ereignis noch angemessen ist oder nicht. Behandlungsbedürftig werden solche Reaktionen in der Regel, wenn sie nach einem einschneidenden Ereignis, z. B. einem Unfall, einer Naturkatastrophe wie einem Erdbeben, einer Lawine, einem großen Feuer oder einem Seeunglück, fortbestehen. Eine Hauptaufgabe von Spezialisten besteht hier in der vorsorglichen Information, Beratung und Begleitung unmittelbar nach einem solchen Ereignis. Dadurch können bei vielen Betroffenen fortbestehende Symptome über längere Zeit vermieden werden. 🍏🍏🍏🍏🍏 – 1 Zeile

Die Untergruppe der Belastungs- und Anpassungsstörungen umfasst auch die akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, zu denen die Reaktionen auf **Lebenskrisen** gehören. Dazu gehören nicht nur einschneidende schwere Ereignisse wie Trennung oder Todesfälle von nahe stehenden Angehörigen, sondern auch erfreuliche Ereignisse oder Umstellungszeiten, die zu jedem Lebensrhythmus gehören: Pubertät, Schulabschluss, Ende der Berufsausbildung oder des Studiums und Beginn der beruflichen Tätigkeit, neue Partnerschaft, Heirat, Geburt eines Kindes, Beförderungen etc. Die meisten Menschen können solche Lebenskrisen trotz der Ausnahmesituation bewältigen. Bei manchen Menschen kommt es in solchen Situationen zu seelischen und körperlichen Beschwerden, die unter Umständen fachärztlich behandelt werden müssen. Hier ist es wichtig, sicher zu diagnostizieren, dass es sich um eine Lebenskrise handelt. Eine kurzfristige medikamentöse Behandlung z. B. durch Tranquilizer kann sinnvoll sein. Eventuell kann eine Kurzpsychotherapie oder eine Beratung unterstützend wirken. Da psychotische Erkrankungen sowohl schizophrener als auch affektiver Art erstmals in solchen Umbruchphasen des Lebens auftreten, ist nicht immer von Anfang an absehbar, ob es sich lediglich um eine nicht bewältigte Lebenskrise oder um eine beginnende Psychose handelt.

Eine weitere Gruppe von Störungen fassen die Klassifikationssysteme als **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** zusammen. Hierbei handelt es sich um Störungen, die den Charakter eines Menschen insgesamt betreffen. Da es keinen »Normcharakter« gibt, kann es in bestimmten Fällen schwierig sein, solche Persönlichkeitsstörungen auszumachen. Sicher sollten sie nur als solche bezeichnet werden, wenn es sich um einen Zustand handelt, unter dem der oder die Betroffene selbst leidet. Da es sich um Charaktermerkmale handelt, ist eine Behandlung schwierig. Häufig ist es jedoch möglich, abgrenzbare aktuelle Beschwerden und Symptome anzugehen oder über schwierige Lebensphasen hinwegzuhelfen. Die meisten Menschen, die von Psychiatern und Psychiaterinnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung versehen werden,

sind nur einmal oder vereinzelte Male in ihrem Leben in psychiatrischer Behandlung.

**Störungen des Kindes- und Jugendalters** umfassen ein eigenes Fachgebiet und können hier nicht abgehandelt werden. Schizophrene Psychosen sind im Kindes- und auch im Jugendalter sehr selten. Manisch-depressive Erkrankungen sind noch seltener. Da Kinder sich in vielfältigster Weise entwickeln, ist es häufig schwierig, eine Diagnose zu stellen. In vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ist es auch üblich, sich einer Diagnose zu enthalten. Das heißt nicht, dass Kinder oder Jugendliche keine Krisen erleben können, in denen sie fachärztlicher Hilfe bedürfen, im Gegenteil. Das heißt aber, dass die meisten Krisen des Kindes- und Jugendalters – notfalls mit fachärztlicher Hilfe – bewältigbar sind, ohne dass sich aus schwierigem, bizarrem, abnormem Verhalten deshalb eine Psychose entwickeln muss. Zur weiteren Information verweisen wir auf die Literaturempfehlungen.

**Störungen in höherem Lebensalter** wurden in den vergangenen Jahren ebenfalls gesondert beschrieben. Dazu sei erwähnt, dass zum einen auch in höherem Lebensalter ganz selten noch Schizophrenien oder affektive Erkrankungen neu auftreten können. Vor allem aber können Erkrankungen auch im Alter fortbestehen. Dies betrifft Schizophrenien, affektive Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Alle diese Störungen werden von »der Alterskrankheit« – der Demenz – überlagert. Demenzen können in verschiedener Form und aufgrund verschiedener Ursachen auftreten. Am bekanntesten ist die Alzheimer-Demenz. Diese Bezeichnung wird heute fast synonym mit einer Demenz-Erkrankung verwendet. Ursächlich behandelbar sind Demenzen nicht, da dies bedeutete, den Gehirnabbauprozess aufhalten oder rückgängig machen zu können. Es ist jedoch möglich, zunächst alle sonst bestehenden körperlichen und psychischen Erkrankungen bestmöglich zu behandeln. Außerdem können viele Menschen auch mit einer leichten oder mittelgradigen Demenz bei stabiler Umgebung und ausreichend Hilfe nach einer stationären Behandlung wieder nach Hause oder notfalls in ein

Heim zurückkehren. Sie darauf vorzubereiten und für die nötige Hilfe zu sorgen, ist die vordringliche Aufgabe.

## Literaturempfehlungen

- FINZEN, A. (2001): Schizophrenie – die Krankheit verstehen, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- FINZEN, A. (2001): Schizophrenie – die Krankheit behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- HÄFNER, H. (2000): Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München: C.H. Beck Verlag.
- HUNOLD, P., RAHN, E. (2000): Selbstbewusster Umgang mit psychiatrischen Diagnosen. Ein Ratgeber. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- KÖRKEL, J., KRUSE, G. (2000): Mit dem Rückfall leben – Abstinenz als Heilmittel? 4. Aufl., Psychiatrie-Verlag.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A (2000): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- RAHN, E. (2001): Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SCHWOON, D. R., KRAUSZ, M. (1992): Psychose und Sucht – Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- WOLFERSDORF, M. (2000): Krankheit Depression erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.