

## **Vielfältigkeit psychischer Erkrankungen**

Nachfolgend werden die am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen beschrieben. Manchmal kommen die erwähnten psychischen Probleme aber auch kombiniert im Sinne einer Komorbidität vor.

### **Krankheitsbilder**

Die Vielfältigkeit psychischer Erkrankungen soll durch eine Übersicht der am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen illustriert werden.

Damit soll verdeutlicht werden, dass eine klare Unterscheidung bzw. Abgrenzung und damit das Erkennen sowie eine umgehende und erfolgreiche Behandlung oft schwierig ist. Zudem haben Systeme (z. B. Familie) in denen Betroffenen leben nicht selten Strategien entwickelt, diese Erkrankungen zu kompensieren und zu tabuisieren und sich nach außen hin abzugrenzen.

### **Schizophrenie und schizoaffective Störungen (Psychosen)**

Die Schizophrenie gehört zur Hauptgruppe der so genannten endogenen Psychosen. Sie ist auch heute noch, trotz der Vielzahl neuer und guter Behandlungsmöglichkeiten eine schwere psychische Krankheit.

Die Entstehung ist multikausal determiniert, es gibt also nicht die Ursache der Schizophrenie. Es gilt als etablierte Meinung, dass die Krankheit Schizophrenie durch ein Zusammenwirken verschiedener, biologischer wie psychosozialer Faktoren begünstigt, ausgelöst und unterhalten wird. Das Modell, nach welchem sich die moderne Schizophrenieforschung die Entstehung der Krankheit erklärt, nennt sich „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“. Es versucht die verschiedenen Wirkfaktoren in einer einzigen Entstehungshypothese zu vereinen.

Eine weitere, relativ gesicherte und bekannte Hypothese im Zusammenhang mit dieser Erkrankung ist die so genannte Dopamin-Hypothese der Schizophrenie, welche davon ausgeht, dass eine (relative) Überaktivität bestimmter Botensysteme in bestimmten Regionen im Gehirn wesentlich für die Entstehung psychotischer Symptome sind und welche Grundlage der modernen psychopharmakologischen Behandlung der Schizophrenie ist.

Eine weitere, gesicherte Erkenntnis ist die, dass Schizophrenien auch eine genetische Verursachung haben. Es gibt aber auch hier nicht das Gen für die Schizophrenie, sondern man geht aus von einer so genannten polygenen Erbanlage mit unvollständiger Penetranz, die zu etwa 5 Prozent an der Manifestation einer späteren Schizophrenie beteiligt ist.

Die schizoaffective Störung ist ein Krankheitsbild, bei dem sowohl Symptome einer schizophrenen Psychose als auch solche einer Depression oder Manie, also einer affektiven Störung, vorliegen. Die schizoaffective Störung gibt es dementsprechend in verschiedenen Varianten, als:

- schizodepressive Störung,
- schizomanische Störung,
- gemischte (manische und depressive) schizoaffective Störung .

### **Persönlichkeitsstörungen**

Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ erfreut sich im klinischen Alltag einer ungebrochenen Beliebtheit. In einer breit gefächerten Erhebung, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich verschiedene Berufsgruppen erfasste, kamen nur 2,8 Prozent der Befragten ohne diese Diagnose aus. Bei den übrigen 97,2 Prozent der Befragten, die mit dieser diagnostischen Kategorie arbeiten, sind unterschiedliche Bezeichnungen, meist nebeneinander und in folgender prozentualer Häufigkeit im Gebrauch:

- Persönlichkeitsstörung (80,1%): Borderline, histrionische, narzisstische Persönlichkeitsstörung etc.

- Abnorme Persönlichkeit (70,1%)
- Charakterneurose (63,1%)
- Dissoziale Persönlichkeit / Soziopathie (50,8%)
- Psychopathische Persönlichkeit (41,5%)

## **Depressionen**

Nach heutiger Auffassung machen Depressionen den Hauptteil der „affektiven Störungen“ (Gemütskrankungen) aus, sie sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen älterer Menschen und gehören sogar zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt. Nur in etwa der Hälfte der Fälle werden Depressionen von den Hausärzten diagnostiziert und noch seltener werden sie fachgerecht behandelt. Dabei gibt es heute eine ganze Reihe erprobter Behandlungsmethoden, sowohl psychotherapeutische, als auch medikamentöse, um Depressionen wirksam zu behandeln.

Damit soll nicht festgestellt werden, dass Depressionen keine ernst zu nehmenden Störungen sind oder bei fachgerechter Behandlung immer gute Prognose haben! Die typischen Symptome einer Depression sind eigentlich geläufig. So kann man diese bzw. Anzeichen häufig bei anderen Menschen aber auch bei sich selbst beobachten:

- allgemein reduziertes Lebensgefühl (Vitalstörung),
- hartnäckige, oft „grundlose“, durch äußere Faktoren kaum beeinflussbare depressive Verstimmtheit aller Schweregrade mit Reduktion oder Verlust der „affektiven Schwingungsfähigkeit“, oft „tiefe Traurigkeit“,
- Hemmung allen seelischen Geschehens“ oder unproduktive Betriebsamkeit,
- Interesselosigkeit und Freudlosigkeit,
- Antriebsstörung,
- rasche Ermüdbarkeit,
- Konzentrationsstörung und Merkfähigkeitsstörung,
- Schlafstörungen,
- Morgentief,
- Schuld- und Versagensgefühle, Gefühle innerer Leere und Sinnlosigkeit, Lebensüberdruß- oder Suizidgedanken,
- Zukunftsängste, andere Ängste, Hoffnungslosigkeit,
- Wut gegen sich selber,
- tiefe Verzweiflung,
- Verlust des sexuellen Verlangens (Libido-Verlust),
- Appetitlosigkeit, Störung des Essverhaltens,
- körperliche Symptome wie Schwitzen, Kopf- und andere Schmerzen, Tinnitus, Schwindel.

## **Bipolare (manisch-depressive) Störung**

Die „Hypomanie“, die „Manie“ und die „bipolare Störung“ (manisch-depressive Erkrankung) gehören wie auch die monopolen Depressionen zu den so genannten „affektiven Störungen“ (Gemütskrankungen). Obwohl die ersten Symptome im Mittel mit 15,5 Jahren bemerkbar sind, kommt es im Durchschnitt erst im Alter von 22 Jahren zur ersten Behandlung! Bei schwererer Ausprägung kommen nicht selten massive Maßnahmen wie Zwangszuweisungen, Zwangsmedikationen zum Einsatz, um den Patienten selber und die Umgebung vor den Folgen manischer Fehlhandlungen zu schützen. Dadurch entstehen häufig Traumatisierungen, die bedeutsam sind für die spätere Rehabilitation und Prognose der Erkrankung.

Die typischen Symptome einer Manie sind Episoden unangemessen gehobener Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken, Ideenflucht und Selbstüberschätzung. In der Manie kommt es oft zu exzessivem Kaufrausch, in manchen Fällen auch zu promiskuitivem Verhalten,

zu Alkoholexzessen etc. Statt einer gehobenen Stimmung kann auch ein impulsives, gereiztes und aggressives Verhalten dominieren. Diese zweithäufigste Verlaufsform ist die oben bereits genannte „bipolare Störung“ (früher: manisch-depressive Krankheit), bei leichterer Ausprägung wird sie als „Zyklothymia“ bezeichnet. Wechseln depressive und manische Phasen sehr schnell, dann spricht man von „rapid cycling“.

### **Angststörungen, Phobien und Panikattacken**

Ängste gehören zum Leben, wie Gefühle überhaupt. Sie treten in den unterschiedlichsten Situationen und Zusammenhängen auf, weisen auf drohende Gefahren hin und haben damit eine wichtige Schutzfunktion für den Menschen.

Berichtet ein Patient über zunehmende Ängste, so gehört die Klärung der Frage, ob es sich um eine „Angststörung“ oder eine „berechtigte Angst“ handelt zu den allerersten und wichtigsten Maßnahmen. Denn der Blick kann verstellt sein dafür, dass eine aufkommende Angst auf eine tatsächlich bestehende Gefahr hinweisen könnte (z. B. auf das Entgleiten eines Lebenskonzeptes, eine schwelende Beziehungskrise etc.) oder, wie im Fall der Phobie, eine möglicherweise berechtigte Angst der psychischen Abwehr auf einen unbedeutend scheinenden Gegenstand verschoben sein könnte oder sich wie bei den Panikattacken in verfremdeter Form am falschen Ort zeigen und in ihrer ursprünglichen Bedeutung dadurch nicht direkt zu erkennen sein könnte. Angst kann auch ein „Begleitsymptom“ einer anderen Erkrankung (körperlich oder psychisch) sein, weshalb das Auftreten einer solchen Symptomatik eine umfangreiche medizinische und psychiatrische Abklärung notwendig macht. In solchen Fällen einer eigentlich berechtigten Angst wäre es kurzsichtig, diesen Affekt sofort zum (einzigen) „Symptom“ zu erklären und entsprechend „symptomatisch“ zu behandeln. Vielmehr muss geprüft werden, ob nicht z. B. die „Ahnungslosigkeit“ des Patienten, woher seine Angst kommen könnte, das eigentliche Symptom darstellt und im Zentrum der weiteren Diagnostik und Therapie zu stehen hätte. Meist geht in der Praxis dann beides Hand in Hand und die konkrete Behandlung gestaltet sich dann eben „mehrdimensional“ und vor allem möglichst „kausal“, also auf die Ursache bezogen.

Häufig sind allerdings Ängste und Panikattacken tatsächlich Störungen im eigentlichen Sinne des Wortes, z. B. ein angeborener Überschuss an Angst oder eine (möglicherweise durch biographische Faktoren mitbedingte) Irritation oder Fehlentwicklung im affektiven Bereich, die dann gezielt angegangen, mit kognitiven und übenden Verfahren sowie medikamentöser Unterstützung in Grenzen gehalten bzw. möglichst überwunden werden müssen. Ein effektives Training ist dann sehr wichtig, damit der Betroffene nicht stetig in seiner Lebensentfaltung behindert und im Verlauf invalidisiert wird.

### **Esstörungen (Bulimie, Magersucht, Binge-Eating-Disorder, Orthorexie)**

Essstörungen werden im Rahmen klinischer Störungen als eigene Gruppe aufgeführt. Als psychische Störungen werden sie ebenfalls als eigenständige Gruppe unter der Rubrik Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren aufgeführt. Im Wesentlichen verteilen sich die Essstörungen auf die beiden bekannten Krankheitsbilder Magersucht (Anorexia nervosa) und Bulimie (Ess-/Brechsucht, Bulimia nervosa). Daneben werden Essstörungen aus bekannten körperlichen oder reaktiv-psychischen Gründen sowie Mischformen unterschieden.

Als gemeinsame Merkmale essgestörter Menschen können erkannt werden:

- Störung des Körperbildes,
- Wahrnehmungsstörungen nach innen und außen sowie im Gefühlsbereich,
- ein tiefes Gefühl eigener Unzulänglichkeit.

### **Abhängigkeitserkrankungen**

Gemeint ist meist die Abhängigkeit von Substanzen z.B. Alkohol, illegale Drogen, Medikamenten

etc.. Man unterscheidet die psychische Abhängigkeit, also ein Verlangen die Substanz erneut einzunehmen, um den lustvollen Zustand zu erreichen und die körperliche Abhängigkeit, die sich durch eine Anpassung des Stoffwechsels an die Substanz und verschiedene Entzugssymptome auszeichnet. Eine weitere Folge ist die Toleranzbildung, d.h. dass der Betroffene zunehmend größere Mengen zu sich nehmen muss, um die gleiche Wirkung zu erzielen.

### **Mobbing- und Burnout-Syndrom**

„Mobbing“ bedeutet aus dem Englischen „to mob“ übersetzt: über jemanden lärmend herfallen, jemanden anpöbeln, angreifen, attackieren. Im gesellschaftlichen Zusammenleben bezeichnet dieser Begriff ein zwischenmenschlich klar beschreibbares, aber juristisch oft schwierig definierbares Phänomen, bei welchem eine oder mehrere Personen über längere Zeit, bewusst oder unbewusst aktiv oder passiv, in jedem Falle aber systematisch von Mitmenschen innerhalb einer Gruppensituation destruktiv behandelt werden und altruistische Impulse zum Schutz dieser Minderheit blockiert sind. „Mobbing“ ist keine psychiatrische oder medizinische Diagnose, es provoziert aber in hohem Maße psychische Störungen, zieht also überzufällig häufig psychiatrische Diagnosen nach sich. Deshalb soll hier das „Mobbing“ von der Ergebnisseite her betrachtet werden, also von den möglichen Auswirkungen solcher destruktiver zwischenmenschlicher Prozesse auf die seelische Gesundheit.

Eine zunehmend häufige Erkrankung (oder zunehmend diagnostizierte Erkrankung), die zumindest in der Wahrnehmung der Betroffenen gehäuft mit „Mobbing-Erlebnissen“ in Verbindung gebracht wird, ist das Burnout-Syndrom.

Im Wesentlichen ergeben sich vier wichtige und nicht immer leicht zu treffende differentialdiagnostische Abgrenzungen, wenn ein Mensch aufgrund von „Mobbing“ zum psychiatrischen Patienten wird:

- eine depressive Episode
- eine Anpassungsstörung
- eine posttraumatische Belastungsstörung
- ein Burnout-Syndrom
- eine Persönlichkeitsstörung

Die gedrückte Stimmung ist allen Störungsbildern gemeinsam und stellt erst den Ausgangspunkt der differentialdiagnostischen Überlegungen und Abwägungen dar!

Die schädlichen Auswirkungen von Mobbing-Prozessen auf die seelische Gesundheit sind insgesamt noch wenig wissenschaftlich untersucht.

### **Traumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung**

Zu den psychischen Störungen, die sich „reaktiv“ im Zusammenhang mit einer vorhergehenden Belastung oder einer Traumatisierung entwickeln können gehören folgende Krankheitsbilder:

- akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

### **Zwangsstörungen**

Zwänge und Zwangsstörungen sind verbreiteter als früher angenommen und kommen in einem kontinuierlichen Spektrum von harmlosen und oft vorübergehenden „Angewohnheiten“ bis hin zu wirklich krankhaften Denk- und Verhaltensweisen vor.

Die echte „Zwangserkrankung“ wird heute als eine sehr ernst zu nehmende und in der Regel schwierig zu behandelnde psychiatrische Erkrankung aufgefasst. Statistisch gesehen ist die Zwangskrankheit die fünfthäufigste psychiatrische Störung, sie tritt interkulturell mit einem

nahezu identischen Grundmuster und regional unabhängig mit derselben Prävalenzrate von ein bis der Prozent auf. Sie ist doppelt so häufig wie Schizophrenien oder Panikstörungen! Der Leidensdruck der von einer Zwangs-störung Betroffenen, die häufig jahre- oder gar jahrzehntelang den Gang zu einem Arzt vermeiden, ist beträchtlich. Im Schnitt vergehen sieben Jahre vom Ausbruch der Zwangs-Erkrankung bis zum ersten Arztbesuch! Es gibt mehrere Gründe dafür, dass der Zwangskranke seine Problematik so lange verheimlicht und zu verbergen trachtet. Einerseits weiß er (im Gegensatz zu Wahnkranken) sehr genau, dass seine Symptomatik völlig unsinnig ist, weshalb er versucht, „selber damit klarzukommen“. Andererseits ist in der Gesellschaft die wirkliche Bedeutung dieser Störung und das wirkliche Ausmaß des Leidens der Betroffenen kaum bekannt, sodass von dort her wenig Verständnis zu erwarten ist.