

Psychische Gesundheit

Was ist das?

- 01 **Burnout**
- 02 **Depression**
- 03 **Angststörung**
- 04 **Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung**
- 05 **Manie**
- 06 **Zwangsstörung**
- 07 **Schizophrenie**
- 08 **Essstörung**
- 09 **Psychosomatische Störung**
- 10 **Dysthymie**



Inhalt

Vorwort	01
01 Burnout: Was ist das?	02
02 Depression: Was ist das?	10
03 Angststörung: Was ist das?	16
04 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung: Was ist das?	22
05 Manie: Was ist das?	28
06 Zwangsstörung: Was ist das?	36
07 Schizophrenie: Was ist das?	42
08 Essstörung: Was ist das?	50
09 Psychosomatische Störung: Was ist das?	56
10 Dysthymie: Was ist das?	62
11 Anlaufstellen	68

Hinweis: Zur Vereinfachung der Schreibweise haben wir die männlichen Bezeichnungen gewählt; selbstverständlich sind Frauen und Männer gemeint und angesprochen.
Wir danken für das Verständnis.

Die Verfasser

Vorwort



- Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheiten in unserer Gesellschaft. Verschiedene Studien belegen, dass ein Viertel bis ein Drittel aller Menschen im Laufe ihres Lebens mit dem Auftreten seelischer Störungen rechnen muss.
- Die Förderung der psychischen Gesundheit muss deshalb ein ganz zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik sein.
- Dazu gehören unter anderem gezielte Sensibilisierungsarbeit, Aufklärung und Information der Bevölkerung. Es ist wichtig, dass Betroffene über ihre Krankheit umfassend aufgeklärt werden und angemessene Hilfe bekommen. Es ist wichtig, dass sie wissen, wer ihnen hilft und wo ihnen und ihren Angehörigen Unterstützung angeboten wird. Am wertvollsten aber ist das Wissen, dass psychische Erkrankungen auch heilbar sind - um so besser, je früher Hilfe gesucht und angenommen wird.
- Die Informationskampagne „Psychische Gesundheit – Was ist das?“ hatte in den Jahren 2001 bis 2004 in Südtirol großen Erfolg. Die entsprechenden Broschüren sind längst vergriffen. Ich bin überzeugt, dass der neu aufgelegte Sammelband „Psychische Gesundheit“ einen wesentlichen Beitrag zur Information und Sensibilisierung unserer Bevölkerung leisten kann. Er ist in allgemein verständlicher Form gehalten und um das wichtige Kapitel des „Burnout“ ergänzt worden. Nicht zuletzt enthält die Broschüre konkrete Möglichkeiten der Hilfe und verweist auf die wichtigsten Anlaufstellen im Land.

Der Landesrat für Familie, Gesundheit und Sozialwesen

Dr. Richard Theiner

01



BURNOUT: WAS IST DAS?

→ WAS IST BURNOUT?

Burnout (engl. für „Ausbrennen“) ist ein seelischer, geistiger und körperlicher Erschöpfungszustand. Die Erschöpfung hält über einen längeren Zeitraum an und ist verbunden mit Gefühlen der Leere und der Sinnlosigkeit. Betroffene beklagen ein geringes Selbstwertgefühl und eine negative Einstellung zur Arbeit, aber auch sich selbst und anderen gegenüber. Burnout ist keine psychische Krankheit, sondern ein Risikofaktor für Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Störungen und Suchterkrankungen. Es ist also eine mögliche Vorstufe oder der Begleitzustand einer seelischen oder körperlichen Erkrankung.

Burnout wird im Volksmund als „Manager-Krankheit“ bezeichnet, weil starker Arbeitsdruck oft Auslöser ist.

Betroffene sind häufig Menschen, die in sozialen Berufen tätig sind, sowie mehrfach belastete Personen und Menschen in Führungspositionen.

Schätzungen und Studien zu Folge ist die Anzahl von Betroffenen in den letzten Jahren stark im Steigen.

→ WIE ZEIGT SICH BURNOUT?

Burnout zeigt sich auf drei Ebenen: der gefühlsmäßigen, der geistigen und der körperlichen Ebene. Die schlechte Befindlichkeit wird lange verdrängt und verleugnet und tritt meist durch ein Schlüsselerlebnis in das Bewusstsein. Das kann eine Kurzschlussreaktion, ein großer Fehler, eine schreckhafte Erkenntnis, ein Unfall, eine Krankheit oder ein anderes unvorhersehbares Ereignis sein.

Die gefühlsmäßige Reaktion umfasst Niedergeschlagenheit, Interesselosigkeit, Unzufriedenheit, Verbitterung, Weinerlichkeit, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung bis hin zu Selbstmordgedanken.

Die körperliche Erschöpfung kann sich durch folgende Symptome bemerkbar machen: Energielosigkeit, Müdigkeit und Schlaflosigkeit zugleich,

Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Gewichtsveränderungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Magen-Darm-Probleme, Missbrauch von Kaffee, Zigaretten, Alkohol sowie anderen Drogen und Genussmitteln.

Die geistige Erschöpfung kann sich in starkem Leistungsabfall sowie Konzentrations- und Gedächtnisproblemen zeigen.

Burnout entwickelt sich schleichend und zieht sich durch mehrere Phasen.

Betroffene zeigen anfänglich bei ihrer Arbeit meist hohen Einsatz und Idealismus und enden schließlich in Enttäuschung und Verzweiflung. In den Phasen dazwischen kommt es zu einem starken Abfall der Motivation und der Leistung, zum sozialen Rückzug, zu Interesselosigkeit und zum Verlust an Einfühlungsvermögen sich selbst und anderen gegenüber. Depressive, aggressive und zynische Gefühle machen sich bemerkbar. Auch körperliche Beschwerden wie Bauchdruck, Magenschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Gewichtsveränderungen, Schwächeanfälle, Schwindel, Taubheitsgefühl, Muskelkrämpfe können immer wieder auftreten und abklingen oder dauernd vorhanden sein.

Burnout-Betroffene fühlen sich erschöpft, leisten tatsächlich weniger und haben sich von ihren eigenen Bedürfnissen entfremdet.

→ WIE KOMMT ES ZU BURNOUT?

Betroffene zeichnen sich meist auf Grund aufopfernder Persönlichkeitszüge aus. Die eigenen Bedürfnisse werden den Bedürfnissen anderer gegenüber zurückgestellt. Hohe Ansprüche an sich selbst, großes Bedürfnis nach Anerkennung und ein ausgeprägtes Gewissen sind charakteristisch. Diese Persönlichkeitsmerkmale stehen oft im Zusammenhang mit ungünstigen Einflüssen am Arbeitsplatz. Dabei kann es sich um schwierige und belastende Kontakte mit Mitarbeitern und Vorgesetzten handeln, um ermüdende und sinnlos erscheinende Bürokratie, um unklare Regeln im Betrieb, kaum



beeinflussbare Entscheidungswege, Ablehnung von Eigeninitiative und Motivation, aber auch um mangelnde Solidarität zwischen Kollegen und Vorgesetzten oder um mobbing (englisch „Herfallen über jemanden“). Darüber hinaus können auch Konflikte und Probleme in der eigenen Familie sowie Verhaltensmuster aus der Herkunftsfamilie von Bedeutung sein. Schließlich sind auch wirtschaftliche, kulturelle, spirituelle und politische Hintergründe zu berücksichtigen (Leistungsgesellschaft).

→ BURNOUT ENTSTEHT DURCH VERLEUGNUNG VON STRESS.

Betroffene haben im Laufe der Zeit einen Zwang entwickelt, sich ständig beweisen zu müssen, obwohl sie längst erschöpft und ausgebrannt sind. Menschen, die unter Burnout leiden, können schlecht „Nein“ sagen und sind nicht mehr imstande, ihre eigenen Bedürfnisse nach Ruhe und Erholung wahrzunehmen. Ihre Werte verändern sich, und auch der eigene Körper wird dabei oft vernachlässigt. Konflikte, Probleme und soziale Kontakte werden zunehmend gemieden. Betroffene betäuben sich oft mit Alkohol, mit Tabletten oder lenken sich durch noch mehr Arbeit, unkontrolliertes Essen oder rauschhaften Sex ab. Dieses selbst schädigende Verhalten ist ihnen nur teilweise oder gar nicht bewusst.

→ WER HILFT?

Der Weg aus dem Leiden und die Suche nach Gründen gelingt meist leichter, wenn man sich von einer Fachkraft helfen lässt. Ärzte und Psychotherapeuten können dabei gezielt unterstützen. Wenn Folgekrankheiten wie Depression, Angststörung oder Sucht entstanden sind, ist es unbedingt angeraten, Psychologen, Psychiater oder Fachleute der Suchtberatung aufzusuchen. Körperliche Beschwerden sind Warnsignale, die medizinisch vom Hausarzt oder Internisten abgeklärt und behandelt werden sollten. Dabei werden im ärztlichen Gespräch die Entstehungszusammenhänge offen angesprochen. Wenn



Betroffene die Einsicht entwickeln, dass es so nicht mehr weiter gehen kann, sollen konkrete Veränderungen des eigenen Wertesystems und Lebensstils besprochen werden. Dabei können Betroffene viel für sich selbst tun.

Burnout ist sehr gut beeinflussbar, auch und gerade durch Selbsterkenntnis und Selbsthilfe.

→ WAS HILFT?

Stress wahrnehmen, Einsatz verringern

Der Beginn jeder Hilfe gegen Burnout besteht darin, den bisher verleugneten oder verdrängten Stress wahrzunehmen und sich die psychische und körperliche Erschöpfung einzugestehen. Die Folge muss in der Verringerung des Einsatzes bestehen. Das kann dadurch geschehen, dass z. B. mehr Pausen gemacht werden, am Arbeitsplatz öfter als bisher ablenkende Gespräche stattfinden oder auf Mitarbeiter (öfters) aktiv zugegangen wird. Die Angst, wegen einer geringeren Arbeitsleistung nicht mehr geliebt und geachtet zu werden, muss dabei ausgehalten werden. Oft ist weniger mehr!

Die Sorge um sich selbst

Um aus dem Zustand des Ausgebrannt-Seins heraus zu kommen, müssen neue Überlegungen bezüglich bisheriger Arbeitsabläufe und Erholungsmaßnahmen angestellt werden. Hilfreich sind weiters Gedanken über all das, was man gerne machen oder tun würde, mit wem man gerne zusammen ist, welche Pläne und Wünsche man verwirklichen möchte. Dadurch können Distanz zu eingefahrenen Verhaltensmustern und neue Perspektiven für den Alltag gefunden werden. Dazu gehört auch, dass der Körper und seine Bedürfnisse (Hygiene, Ruhe und Bewegung) mehr Beachtung finden. Ganz von alleine entstehen daraus bisher vernachlässigte Werte.

Entspannung

Jeder Mensch kann seine eigene wohltuende Entspannung finden. Aber der Weg bis dahin ist oft nicht einfach. Es gibt aktive und passive Formen der Entspannung. Manchen Menschen helfen sportliche Betätigungen wie Radfahren, Schwimmen, Laufen oder längere Spaziergänge. Andere mögen künstlerische oder kulturelle Genüsse wie Malen, Tanzen, Theater, Musik. Autogenes Training, Yoga, Fantasiereisen und Massagen sind weitere Entspannungsverfahren, um sich zu erholen und abzuschalten. Die meisten Menschen werden mehrere Formen der Entspannung wählen und daraus eine erfüllende Abwechslung von Arbeit, Erholung und Ablenkung entstehen lassen.

Soziale Unterstützung

Zwischenmenschlicher Kontakt und regelmäßiger Austausch sind privat wie beruflich für unser Wohlbefinden außerordentlich hilfreich. Anerkennung und Wertschätzung sind wichtige Voraussetzungen, um sich gut entwickeln zu können. Oft bedarf es emotionaler Unterstützung, oft sachlichen Rates. Die sozialen Kontakte wirken dabei wie ein tragfähiges Netz, das Stabilität verleiht. Es ist auch durchaus erlaubt, zu klagen und zu schimpfen. Dadurch wird der aktuelle Stress bewusster und kann nicht so leicht verdrängt oder verleugnet werden.

Die Situation von außen betrachten (Supervision)

Ein Supervisor ist eine beratende Fachkraft, die mit ihrem Wissen und mit entsprechenden Vorgangsweisen helfen kann, eine festgefahrene berufliche Situation aus der Distanz zu betrachten. Daraus ergeben sich neue Blickwinkel, Verhaltensweisen und Lösungen für Probleme. Zur Supervision gehören das Nachdenken über sich selbst, die Selbstorganisation („Wie reagiere ich auf Stress?“), Überlegungen zum Umgang mit schwierigen Situationen und das Entwickeln neuer beruflicher Zielsetzungen.

Diese Anliegen können sich auf einzelne Personen, aber auch auf Teams und Arbeitsgruppen beziehen.

Organisation und Arbeitsabläufe neu beurteilen

Die Organisationsentwicklung mit einer Fachkraft ermittelt in einem Betrieb bestehende Regeln und Werte, Rollen und Arbeitsaufträge, Führungsstile und Rahmenbedingungen (Zeitstruktur, Räume, Arbeitsteams, Personalschlüssel). Dabei wird der gewünschte Soll-Zustand mit allen Mitarbeitern besprochen und bearbeitet. Oft müssen dazu Rahmenbedingungen und Gesetzmäßigkeiten in Betrieben neu formuliert werden. Erstarrte Haltungen können sich auflösen, neue Verhaltens- und Kommunikationsmuster entstehen. In Umbruchsituationen haben auch Chaos und Unsicherheit für eine begrenzte Zeit ihre Berechtigung. Sie ermöglichen mehr Veränderung.

Selbsthilfegruppen – ich bin mit dem Problem nicht allein

In den Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen mit ähnlichen Erfahrungen und Schwierigkeiten. Dieses Zusammenfinden führt aus der Isolation heraus, ermöglicht gegenseitigen Austausch über Wissenswertes zum Thema und über gemachte Erfahrungen und bietet Unterstützung durch die unterschiedlichen Fähigkeiten der Anwesenden. Selbstbestimmung im Umgang mit der eigenen Situation und auf der Suche nach Lösungen kennzeichnet die Selbsthilfegruppen. Zukunftsziele können mit Unterstützung der Gruppenmitglieder neu formuliert und aktiv angestrebt werden.

Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensphilosophie

Menschen, die den Sinn ihrer Arbeit und die Zusammenhänge ihres Wirkens verstehen und spüren, sind weniger gefährdet auszubrennen. Nach Viktor Frankl erfolgt auf der Suche und im Finden von Sinn die Selbstverwirklichung des Menschen. Neue Werte oder eine neue Reihenfolge alter Werte können die



Lebensqualität günstig beeinflussen. Die eigenen Werte aufzulisten und von Zeit zu Zeit zu hinterfragen kann dabei sehr hilfreich sein.

Selbstachtung

Sich selbst annehmen lernen, mit sich selbst in Beziehung treten, eigenen Bedürfnissen nach Kontakten, Zuwendung, Sicherheit und Akzeptanz wieder auf die Spur kommen, ist kein einfacher Weg. Dialog und zwischenmenschlicher Respekt können hilfreiche Stützen sein, aber auch Bescheidenheit und Geduld. Auf dem Weg zur Selbstachtung braucht jeder sowohl die Nähe anderer Menschen als auch die Freiheit eigenständiger Entwicklungsmöglichkeiten. Manchmal hilft die Einsicht: Der Weg ist das Ziel!

Humor

Frohsinn und Lachen ist der Königsweg, um dem eigenen Treibhaus aus Druck und Befürchtungen zu entkommen. Humor ist die Chance, sich selbst beim Abstrampeln von außen zu betrachten und viel Heiteres an sich zu entdecken. Das Gute daran ist: Humor ist ansteckend!

Hilfreiche Fragen für Betroffene:

Wer kann mich ersetzen?

Wer kann mir beistehen?

Welche Gruppe teilt meine Interessen?

Wie verschaffe ich mir einen Überblick?

Was geschieht, wenn ich nein sage?

Kann ich meinen Einsatz steuern?

02



DEPRESSION: WAS IST DAS?

→ DEPRESSION KANN JEDEN TREFFEN ...

Jeder Mensch leidet mindestens ein Mal in seinem Leben an einem depressiven Zustand.

15 bis 20 Prozent aller Menschen entwickeln im Lauf ihres Lebens eine behandlungsbedürftige Depression.

Im Verlauf eines Jahres erkranken etwas mehr als 10 Prozent der Bevölkerung. Depressionen sind damit nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Störung.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass Depressionen bis zum Jahr 2030 die wichtigste Volkskrankheit weltweit werden.

Depressionen treten doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern auf. Bei Kindern sind Depressionen ab dem neunten Lebensjahr beschrieben.

Oft geht der Depression eine besondere Belastung oder eine anhaltende Überforderung voraus. Sie kann aber auch wie ein Blitz aus heiterem Himmel kommen.

Menschen, die an Depressionen leiden, werden mit ihren Beschwerden häufig nicht ernst genommen („Der soll sich zusammenreißen“). In der Öffentlichkeit ist über Depression wenig bekannt.

Menschen, die an Depressionen leiden, gehen ein 20-mal höheres Risiko ein, sich das Leben zu nehmen, als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Depression ist nicht Ausdruck persönlichen Versagens, sondern eine Krankheit wie hoher Blutdruck oder Zuckerkrankheit. Sie kann jeden treffen, unabhängig von Alter, Beruf und sozialem Stand.

Die Depression ist keine „Einbildung“, sondern eine häufige, manchmal lebensbedrohliche Erkrankung, die heute sehr gut behandelt werden kann.



→ ZEICHEN DER DEPRESSION:

3 Hauptzeichen:

- gedrückte Stimmung, Ängste, Sorgen, Verzweiflung;
- Verlust von Freude und Interessen: früher angenehme Tätigkeiten, auch Hobbys und Sex, werden mühsam und unerträglich;
- Kraft- oder Energielosigkeit; oft am Vormittag am stärksten, mit Besserung gegen Abend.

7 Zusatzzeichen:

- Konzentrationsstörungen;
- Minderwertigkeitsgefühl, vermindertes Selbstvertrauen;
- Gefühle der Schuld und Wertlosigkeit;
- Zukunftsängste;
- Schlafstörungen: Einschlafschwierigkeiten, unterbrochener Schlaf oder frühes Erwachen;
- Appetitverlust und Gewichtsabnahme, oder (sehr selten) stark vermehrter Appetit und Gewichtszunahme;
- Lebensüberdruß, Todeswunsch, Gedanken an Selbsttötung, Selbstverletzungen oder Selbsttötungsversuche.

Wenn mindestens 14 Tage lang zumindest zwei Hauptzeichen und zwei Zusatzzeichen vorhanden sind, spricht man von Depression.

→ KÖRPERLICHE ZEICHEN KÖNNEN SEIN:

- Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Kribbeln, Schmerzen oder Gefühllosigkeit in anderen Körperteilen;
- Doppelbilder, verschwommenes Sehen, Haarausfall;
- Druck auf der Brust, schwere Atmung;
- Mundtrockenheit, Kloß im Hals, Verdauungsbeschwerden, Übelkeit.

Wegen ihrer körperlichen Auswirkungen kann die Depression eine Körperkrankheit vortäuschen.

Die Depression ist eine Störung der Stimmung und der inneren Energie. Sie kann eine Körperkrankheit vortäuschen.

→ DIE DEPRESSION HAT VIELE GESICHTER.

Nicht immer muss die depressive Stimmung im Vordergrund stehen: in manchen Fällen überwiegt Energielosigkeit, in anderen quälende innere Unruhe. Manche Menschen geraten besonders leicht im Herbst und im Frühjahr in depressive Bedrücktheit, andere bevorzugt im Winter.

Man unterscheidet drei Arten von Depression, die zum Teil unterschiedlich behandelt werden:

1. Die depressive Episode: Sie tritt oft ohne oder infolge geringer Auslöser auf, manchmal wie ein Blitz aus heiterem Himmel, auf. Sie dauert unbehandelt durchschnittlich 6 Monate. Die Betroffenen gesunden in der Folge vollständig. Bei mehr als der Hälfte von ihnen kehren später im Leben depressive Episoden wieder, man spricht dann von wiederkehrender (rezidivierender) Depression.
2. Die bipolare affektive Störung: siehe Kapitel „Manie – Was ist das?“
3. Die Dysthymie: siehe Kapitel „Dysthymie – Was ist das?“

→ WER HILFT?

Der Arzt für Allgemeinmedizin sollte aufgesucht werden, wenn man im Zweifel ist, ob man an einer Depression leidet. Lieber ein Mal zu viel, als ein Mal zu wenig. Der Psychiater soll beigezogen werden, wenn die Zweifel mit Hilfe des Hausarztes nicht ausgeräumt werden können. Wenn schwere Depressionen vorliegen oder wenn Suizidgefahr besteht, soll man sich direkt an einen Psychiater wenden.



Psychotherapeuten (Psychologen oder Psychiater) sind vor allem bei leichteren und mittelschweren Depressionen, die mit Lebens- oder Beziehungsproblemen in Zusammenhang stehen, die besten Ansprechpartner.

Selbsthilfegruppen sind Stütze und schaffen Gemeinschaft, geteiltes Leid ist halbes Leid.

Es ist keine Schande, Hilfe zu suchen. Dennoch braucht der erste Schritt Mut und Überwindung. Angehörige und Freunde können Betroffenen dabei beistehen.

→ WAS HILFT?

Mit Medikamenten (Antidepressiva) und Psychotherapie stehen hoch wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung.

Leider kommen sie zu selten zum Einsatz, weil Depressionen noch immer häufig übersehen werden.

In einer Psychotherapie erwirbt der Betroffene, Strategien, um seine Probleme anders zu sehen und neu mit ihnen umzugehen. Eine wichtige Rolle spielen dabei das Erleben positiver Erfahrungen und das Durchbrechen von Grübeleien und Sorgen.

Es gibt viele verschiedene Psychotherapierichtungen. Manche legen Wert auf das Erforschen der Kindheit, andere arbeiten lieber an der aktuellen Situation, mit Verhaltenstraining, Entspannungstechniken, Körperempfindungen.

Wieder andere zählen auf die Teilnahme der Familie oder werden in Gruppen durchgeführt. Man weiß heute, dass die Art der Psychotherapie nicht so entscheidend für das Ergebnis ist. Wesentlich ist die Beziehung, die der Betroffene (Klient) und der Therapeut aufbauen - ein Klima des Vertrauens und des Respekts. Was in einer Psychotherapie getan und gesagt wird, untersteht der Schweigepflicht.

Bei 70 Prozent der leichteren Depressionen ist die Psychotherapie erfolgreich.

In der Psychotherapie lernt der Betroffene, sich selbst besser zu akzeptieren und erkennt, dass er die anderen nicht ändern kann. Den einzigen Mensch, den er ändern kann, ist er selbst.

Antidepressive Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden. Ihre Wirkung, (Wiederkehr der Energie und Aufhellung der Stimmung) beginnt erst nach zwei bis drei Wochen.

Bei jeder Depression, gleich, welche Ursachen sie hat, wird der Stoffwechsel im Gehirn verändert. In bestimmten Zentren des Gehirns kommt es zu einem Mangel an Botenstoffen, sodass positive, anregende Signale schlechter übertragen werden können. Das antidepressive Medikament gleicht den Mangel an Botenstoffen wieder aus und verbessert damit die Informationsübertragung. Um Rückfälle zu vermeiden, ist meist eine monatelange medikamentöse Therapie notwendig. Manche Betroffene nehmen Medikamente, die geholfen haben, zur Absicherung oder Vorbeugung über Jahre weiter.

➔ **ANTIDEPRESSIVA MACHEN NICHT ABHÄNGIG, SIE VERÄNDERN AUCH NICHT DIE PERSÖNLICHKEIT.**

Bei 70 Prozent der schwereren Depressionen sind Antidepressiva erfolgreich.

Auch Schlafentzug, Lichttherapie und Elektrokonvulsionstherapie helfen in besonderen Fällen allein oder mit anderen Maßnahmen kombiniert gegen Depressionen.

Depression ist kein unabwendbares Schicksal. Sie kann heute in aller Regel erfolgreich behandelt werden.

03



ANGSTSTÖRUNG: WAS IST DAS?

→ ANGST ZU HABEN IST NORMAL.

Angst ist ein lebenswichtiges Gefühl, das bei Gefahr oder Bedrohung auftritt. Es versetzt unseren Organismus in eine erhöhte Alarmbereitschaft und führt zu einer Flucht- oder Kampfreaktion. Dieser Zustand ist zeitlich begrenzt. Ohne Angst würde der Mensch nicht angemessen funktionieren. Angst kann aber auch krankhaft werden und die Anpassung an die Umwelt erschweren.

→ ANGST UMFASST IMMER DREI BEREICHE: SIE ÄUßERT SICH IM KÖRPER, IM PSYCHISCHEN BEREICH UND IM VERHALTEN.

Der Körper reagiert unter Angst mit einer vermehrten Anspannung: das Herz schlägt schneller, der Atem geht rascher, der Blutdruck steigt an, die Muskeln verspannen sich und beginnen zu zittern, kalter Schweiß tritt auf, der Mund wird trocken. Schmerzen in der Brust, Druck oder Leere im Kopf, Schwindelgefühle, Verdauungsbeschwerden oder Gefühllosigkeit in den Gliedern können weitere Anzeichen von Angst sein.

Auf der psychischen Ebene bewirkt Angst den Eindruck der Bedrohung, das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, einen Herzanfall zu erleiden, „verrückt zu werden“ oder zu sterben. Verzweiflung und Gedanken wie „Ich muss hier weg“ oder „Es wird etwas Schlimmes geschehen“ sind typisch für starke Angst (Katastrophendenken).

Im Verhalten zeigt sich Angst vor allem dadurch, dass der Betroffene sehr unruhig wird, vor Angst auslösenden Situationen flieht oder sie gänzlich vermeidet.

Es ist wichtig, zu wissen, wie sich bei einem selbst Angst äußert. Dadurch wird

sie verständlicher, weniger bedrohlich und man kann angemessener darauf reagieren.

Angst ist ein normales Gefühl, wenn sie zur Situation passt und nützlich ist.

Jede Angststörung ist eine Fehlsteuerung ganz normaler Vorgänge.

➔ **ANGST KANN ZUR KRANKHEIT WERDEN, WENN SIE ...**

- ohne ersichtlichen Grund auftritt, also in Situationen oder unter Bedingungen, die völlig
- harmlos sind,
- zu häufig oder zu stark wird,
- zu lange dauert,
- zum Verlust der Kontrolle führt,
- großen Leidensdruck verursacht,
- Anlass ist, bestimmte ganz alltägliche Situationen zu vermeiden.

Angststörungen treten sehr häufig auf. Man kann davon ausgehen, dass etwa 10 Prozent der Bevölkerung darunter leiden.

Sie ist die häufigste psychische Störung weltweit. Frauen erkranken häufiger daran als Männer.

Personen, die über längere Zeit an einer Angststörung leiden, entwickeln oft depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit oder Erschöpfung und ziehen sich immer mehr von ihrer Umgebung zurück. Nicht selten werden Alkohol oder Beruhigungsmedikamente als „Mittel gegen die Angst“ eingenommen. Depression, Alkohol- und Beruhigungsmittelabhängigkeit sind die häufigsten Folgekrankheiten von Angststörungen.

Angststörungen sind Erkrankungen mit hohem Leidensdruck. Je früher die Behandlung beginnt, desto eher werden Folgekrankheiten vermieden.



→ PANIK, PHOBIE UND GENERALISIERTE ANGST SIND DIE DREI GESICHTER DER ANGSTSTÖRUNG

Die Panikstörung ist durch immer wiederkehrende und plötzlich auftretende Angstattacken gekennzeichnet, für die es auf den ersten Blick keine Auslöser gibt. Im Vordergrund stehen dabei heftige körperliche Reaktionen, wie Herzklopfen, Brustschmerz, Schwindel und Atemnot. Hinzu kommt die Befürchtung, die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden, oder zu sterben. Obwohl die einzelnen Panikattacken meist nur Minuten dauern, sind sie für die Betroffenen extrem belastend und nicht selten erfolgen dringende Einweisungen ins Krankenhaus. Die medizinische Abklärung ergibt keine bedeutsamen körperlichen Störungen.

Wer öfter eine Panikattacke erlitten hat, entwickelt häufig eine dauernde Sorge davor, dass so etwas wieder geschehen könnte. Angst vor der Angst tritt auf. Diese Erwartungsangst erhöht das allgemeine körperliche und seelische Anspannungsniveau und lässt weitere Panikattacken wahrscheinlicher werden.

Ängste, die sich „nur“ auf bestimmte Gegenstände oder Situationen beziehen, werden Phobien genannt. Man spricht zum Beispiel von einer Schlangen-, Blut- oder Hundephobie. Phobien können auch die Begegnung mit Menschen betreffen (soziale Phobie), oder den Aufenthalt an Orten, wo das Gefühl besteht, dass keine rasche Hilfe möglich ist (Agoraphobie), zum Beispiel in großen Menschenmengen oder in Situationen, wo man allein ist.

Menschen, die von Phobien betroffen sind, vermeiden zunehmend alle Orte, Situationen, Dinge oder Lebewesen, die die Angst auslösen könnten. Dieses Vermeidungsverhalten kann das Leben der Betroffenen stark beeinträchtigen, zu Vereinsamung und sozialer Isolation führen.

Angst kann, anders als bei Panikstörungen oder Phobien, auch schleichend entstehen und über viele Monate als dauernde Unruhe, Sorge oder Anspannung spürbar sein. Betroffene entwickeln viele Befürchtungen zu allen möglichen



Lebensbereichen, obwohl kein Anlass dazu besteht. Die Angst ist nicht nur auf einzelne Situationen beschränkt, sondern bezieht sich auf den gesamten Alltag. Deshalb spricht man von generalisierter (=allgemeiner) Angststörung. Im Zusammenhang damit treten körperliche Probleme wie Schlafstörungen, Schwindel, Magenbeschwerden oder Hitzewallungen auf. Betroffene berichten oft von der Unfähigkeit, sich zu entspannen, wirken reizbar und körperlich unruhig.

→ ANGSTSTÖRUNGEN HABEN VIELE GRÜNDE.

In manchen Fällen liegen der Angststörung körperliche Erkrankungen, wie zum Beispiel eine Schilddrüsenüberfunktion, zugrunde. Manchmal besteht eine teilweise vererbte Neigung, ängstlich zu reagieren. Häufig sind schlechte Erfahrungen in der Kindheit der Nährboden für spätere übermäßige Ängste. Angststörungen können auch durch den Umstand ausgelöst werden, dass man bestimmte Verhaltensweisen nie richtig gelernt hat, so zum Beispiel sich durchzusetzen, Nein zu sagen oder vor anderen Menschen zu sprechen. Am häufigsten führen plötzliche oder lang andauernde seelische Belastungen zum Ausbruch einer Angststörung. Meistens wirken mehrere der geschilderten Umstände zusammen.

Entscheidend dafür, ob Angst zur Krankheit wird, ist die Art und Weise, wie man mit der Angstproblematik umgeht. Angst wird immer dann zum Problem, wenn daraus ein Teufelskreis aus Erwartungsangst, Katastrophendenken, ängstlichen Gefühlen und körperlichen Angstsymptomen entsteht.

→ ANGSTSTÖRUNGEN KANN MAN GEZIELT UND ERFOLGREICH BEHADELN.

Manche Betroffene überwinden Phobien alleine, indem sie sich der Angst auslösenden Situation immer wieder bewusst aussetzen und ihre Ängste

wegtrainieren.

Auch Entspannungstechniken, Ausdauersport und körperliche Anstrengung sind hilfreich. Sie zeigen Betroffenen, dass eigenartige körperliche Empfindungen nur auf Anspannung zurückzuführen sind und kontrolliert werden können.

Der Arzt für Allgemeinmedizin kann körperliche Ursachen ausschließen und bei Bedarf die Betroffenen an Psychotherapeuten oder Fachärzte überweisen.

Psychotherapeuten (Psychologen oder Psychiater) behandeln Angststörungen am gezieltesten. Mit Hilfe der Psychotherapie erwirbt der Betroffene Strategien, seine Ängste anders zu sehen und angemessener mit ihnen umzugehen.

Eine Psychotherapie ist bei mehr als 70 Prozent aller Angststörungen erfolgreich.

Der Psychiater soll kontaktiert werden, wenn andere Behandlungsversuche erfolglos waren oder wenn Folgekrankheiten auftreten.

Antidepressive Medikamente wirken bei regelmäßiger Einnahme nach zwei bis sechs Wochen gut gegen Ängste. Die Behandlung dauert in der Regel mehrere Monate, in manchen Fällen auch Jahre.

Beruhigungsmittel werden vor allem als Soforthilfe verwendet. Diese setzen die Erwartungsangst herab und entspannen. Aber sie können auch süchtig machen (zirka 5 Prozent der Benutzer) oder Gewöhnung erzeugen. Ihre Verschreibung ist deshalb nur bei hohem Leidensdruck gerechtfertigt.

Häufig werden Psychotherapie und Medikamente kombiniert. Dadurch ist sowohl sofortige Hilfe als auch längerfristige Veränderung möglich.

Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Aufklärungsarbeit und bekämpfen die Gefühle der Isolation.

Ängste sind immer unangenehm, aber nicht gefährlich. Sie können besser überwunden werden, wenn man sich ihnen stellt.

04



AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS): WAS IST DAS?

→ ZAPPELPHILIPPE UND TAGTRÄUMER

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist keine Modeerscheinung unserer unruhigen oder eventuell sogar kinderfeindlichen Zeit. Bereits aus dem 19. Jahrhundert liegen Berichte über ADHS vor. Eine anschauliche Beschreibung eines hyperaktiven Kindes liefert der Nervenarzt Heinrich Hoffmann (1844) in seinem berühmten Kinderbuch „Der Struwwelpeter“, in dem er den „Zappelphilipp“ beschreibt. ADHS-Kinder werden auch heute noch als Unruhegeister, Störenfriede, Schulversager, Außenseiter, Faulpelze oder als ungehorsame Flegel verkannt. Der Zappelphilipp hätte Hilfe anstatt Strafe benötigt.

→ ADHS-KINDER HABEN SCHWIERIGKEITEN IN ALLEN LEBENSBEREICHEN.

Hyperkinetisches Syndrom, Aufmerksamkeits-Defizit-Störung oder Hyperaktivitäts-Störung sind verschiedene Namen für dieselbe Störung. Die betroffenen Kinder haben viele Probleme, weil ihre Teilnahme am Familienleben, Schulleben oder an anderen sozialen Beziehungen beeinträchtigt ist. ADHS-Kinder können sich nur schwer konzentrieren, stören oft den Unterricht oder verlieren häufig ihre Beherrschung. Aufgrund ihrer ständigen Überaktivität, Ruhelosigkeit, Ablenkbarkeit und auch Aggressivität sind ADHS-Kinder für ihre Umwelt oft unerträglich (ein richtiger Zappelphilipp).

Dass es auch Kinder mit Aufmerksamkeitsproblemen gibt, die als hypoaktiv, also zu ruhig und tagverträumt auffallen, wurde erst in letzter Zeit bekannt (ein richtiger Hans guck in die Luft).



ADHS-Kinder verbreiten Chaos - wo immer sie sich aufhalten. Eltern, Lehrer oder Erzieher klagen über eine kaum zu ertragende Unruhe und Aktivität dieser Kinder, sowie über aggressives, vorlautes oder aufsässiges Verhalten mit Wutausbrüchen. Oft sind die Kinder extrem unordentlich, hören nicht zu oder vertragen keine Kritik. Ihre Schrift ist „eine Katastrophe“. Sie reden ständig dazwischen und sind pausenlos auf vermeintlich interessante Dinge ansprechbar. Sie wirken vergesslich, abgelenkt und impulsiv. Sie haben Schwierigkeiten, Freundschaften aufzubauen und zu pflegen. Ihr Umgang mit der „Welt“ ist oberflächlich, sprunghaft, mit hohen Fehlerraten gerade bei Aufgaben, die Konzentration erfordern. Andere ADHS-Kinder wiederum fallen mehr durch ihre übermäßige Ruhe und Verträumtheit auf, durch Ängstlichkeit, Weinerlichkeit oder durch provokantes Trödelverhalten. Kommen dann noch Leistungsschwierigkeiten in der Schule dazu, besteht der Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

→ ADHS IST EINE HÄUFIGE KINDERPSYCHIATRISCHE STÖRUNG.

Die Störung betrifft etwa 4 Prozent aller Kinder, dabei sind Buben um ein Mehrfaches häufiger betroffen als Mädchen. Das Problem wird im Kindergarten oft bereits vermutet und tritt zumeist mit Schulbeginn richtig in Erscheinung. Der Schweregrad kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Manche Jugendliche und Erwachsene leiden später noch an den Folgeproblemen ihrer erschwerten sozialen Entwicklung (Schulabschluss) und ihrer behinderten persönlichen Entfaltung.

Andererseits sind ehemalige ADHS-Kinder im Erwachsenenalter manchmal „zündende Funken“ unserer Gesellschaft, die aufrütteln, etwas bewegen und umwälzende Veränderungen bewirken.

→ URSACHEN UND FOLGEN

Eine eindeutige Ursache der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

(ADHS) ist noch nicht ermittelt worden. Erbfaktoren werden angenommen. ADHS-Kinder haben häufig ADHS-belastete Geschwister, Eltern oder andere Verwandte; Buben sind bis zu 9-mal häufiger betroffen als Mädchen. Die Veranlagung, unruhig, unkonzentriert, impulsiv, ablenkbar oder leicht erregbar zu sein, steht offenbar im Zusammenhang mit einer gestörten Reifung von Hirnfunktionen, die die Steuerung von Aufmerksamkeit und Bewegung bestimmen. Die Störung erklärt man sich mit einer gewissen „Filterschwäche“ des Gehirns. **ADHS-Kinder können schlecht unterscheiden, welche Wahrnehmungen gerade wichtig sind, und welche nicht.**

Auch Schädigungen durch Nikotin und Alkohol während der Schwangerschaft scheinen bei einem Teil der betroffenen Kinder eine Rolle zu spielen. Ebenso können bestimmte Schwermetallbelastungen, Medikamente, Schilddrüsenerkrankungen, Hirnschädigungen, sowie seelische Auslöser ein ADHS-ähnliches Bild hervorrufen. Auch werden Nahrungsmittelallergien immer wieder als Ursachen verantwortlich gemacht.

Das Kind mit ADHS benötigt Verständnis und Hilfe.

ADHS führt ohne Behandlung zu unerträglichem Leid in den betroffenen Familien. Die betroffenen Kinder stecken laufend viel Kritik, Ermahnungen und Rügen ein.

Durch ständiges Bitten, durch Drohungen und Strafen werden die Verhaltensauffälligkeiten von ADHS-Kindern nicht gebessert.

Vielmehr erkennen die Kinder, dass sie ihre Lage nicht verbessern können, auch wenn sie sich anstrengen. Die Folge ist, dass sie immer trotziger, aggressiver oder auch depressiv werden, bis zur totalen Leistungsverweigerung.

→ ADHS-KINDER HABEN DAS RECHT AUF ANGEMESSENE BEHANDLUNG.

Immer wieder werden Eltern mit dem Vorwurf konfrontiert, in der Erziehung versagt zu haben. Ein ADHS-Kind zu haben ist vor allem für die Mütter eine große seelische Belastung. Oft stellen sie selbst in Frage, ob sie zum Erziehen



der Kinder fähig sind. Viele Mütter entwickeln ausgeprägte Schuldgefühle, oder ziehen sich zurück, weil sie sich wegen ihrer Kinder nicht ständig blamieren möchten, oder sich nicht zum wiederholten Mal die zahlreichen gut gemeinten Erziehungsratschläge anhören wollen.

Bei schweren Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, die lange Zeit unbehandelt bleiben, stehen Eltern und Kinder nicht selten auf einem regelrechten Trümmerhaufen ihrer schulischen und sozialen Situation.

→ DIE BEHANDLUNG EINES ADHS-KINDES

Wenn sich bei einem Kind der Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ergibt, sollten die Eltern ihr Kind einem ADHS-erfahrenen Spezialisten vorstellen. Eine gründliche medizinische, neuropsychiatrische und psychologische Beurteilung ist wichtig, da auch seelische oder körperliche Erkrankungen ein ADHS-ähnliches Bild hervorrufen, oder andere Störungen gleichzeitig mit ADHS auftreten können.

Die Behandlung beinhaltet in der Regel die Kombination von mehreren Ansätzen:

- Beratung und Aufklärung von Eltern, Kind und Schule oder Kindergarten;
- Psychotherapie, Einzel- oder/und Familientherapie;
- Medikamente;
- Funktionelle Therapien und pädagogische Maßnahmen;
- Weitere, z.B. diätetische Maßnahmen.

Geeignete Aufklärung über die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) für Eltern, Kind, Geschwister und Bezugspersonen (Kindergarten, Schule, Heim) ist der erste Schritt der Behandlung.

In der Familientherapie geht es um die Integration des Kindes in ein soziales Umfeld, in dem Aufmerksamkeit füreinander gepflegt wird und daher eine Beziehungskultur entsteht, in der sich alle sicher und geborgen fühlen

können. Die häufig anzutreffende depressive Grundstimmung des Kindes und entsprechende Beziehungsmuster ändern sich in eine wachstumsfördernde Richtung.

Durch Verhaltensübungen allein oder in der Gruppe lernt das Kind seine Aufmerksamkeit zu steigern und seine Impulse besser zu kontrollieren. Auch Ergotherapie, Psychomotorik, Musiktherapie, therapeutisches Reiten oder spezielle Lernübungen sind dazu hilfreich und werden ergänzend eingesetzt (Funktionelle Therapien).

Eltern und Schule müssen in die Behandlung einbezogen werden.

Für den Erfolg der Therapie ist wesentlich, dass sich die Bezugspersonen in der Schule und zu Hause absprechen und die gleichen Ziele anstreben. Auf diese Weise gelingt es auch, die den Kindern gestellten Aufgaben zu vereinfachen und die in sie gesetzten Erwartungen zu senken.

Bei der medikamentösen Behandlung werden Substanzen eingesetzt, die die Aufmerksamkeit und die Verhaltenskontrolle der ADHS-Kinder verbessern. Viele Eltern und Bezugspersonen haben Bedenken gegenüber der Verabreichung von Medikamenten an Kinder. Diese Bedenken sollten offen angesprochen und ausdiskutiert werden.

Das Medikament, das sich an erster Stelle empfiehlt (Methylphenidat = Ritalin) ist ein anregendes Mittel, das die Aufmerksamkeit verbessert und bei ADHS-Kindern keine Suchtgefahr erzeugt.

Die medikamentöse Therapie gehört in die Hand eines Arztes, der Erfahrung mit der Behandlung von ADHS-Kindern hat. Er wird Eltern und Kinder eingehend über Wirkung, Dosierung und Nebenwirkungen beraten. Die elterliche Unterstützung ist auch bei der Medikamentengabe und -einnahme unerlässlich. Das Medikament allein reicht in der Regel nicht; es wird immer mit psychotherapeutischen Verfahren und pädagogischen Hilfen kombiniert.

Durch Kombinationsbehandlungen werden bei ADHS-Kindern zumeist gute Therapieerfolge erzielt.

05



MANIE: WAS IST DAS?

→ MANIE: WAS IST DAS?

Jeder Mensch kennt Zeiten der Niedergeschlagenheit, und solche, in denen er überglücklich ist. Auch starke Gereiztheit ist keinem von uns fremd. Normalerweise passen extreme Stimmungsschwankungen zur jeweiligen Situation und dauern nicht lange. Wenn jemand aber ohne Grund andauernd übermäßig heiter oder gereizt reagiert und keine anderen Gefühle mehr entwickelt, liegt eine psychische Erkrankung vor: die "Manie". Dabei ist der Betroffene in positiven oder ärgerlichen Gefühlen "erstarrt" und kann nicht mehr anders empfinden. Sein Verhalten entspricht der unnatürlichen Stimmung, es ist überaktiv bis chaotisch. Der Betroffene bemerkt meist von seinem unnormalen Gemütszustand nichts: Er fühlt sich nur "pudelwohl" oder allen anderen überlegen.

In der Manie fühlt sich der Erkrankte meist besonders gesund. Sie ist die einzige psychische Störung, die Betroffene als außerordentlich angenehm erleben können.

Nur wenige Erkrankte fühlen sich in einem unnatürlichen Zustand, der nicht zu ihnen passt.

→ ZEICHEN DER MANIE:

- Dauerhaft angehobene oder gereizte Stimmung, die unnatürlich wirkt, weil sie zu den jeweiligen Situationen nicht mehr passt;
- gesteigerte innere Energie mit übermäßiger Aktivität, Unruhe und hochfliegenden Plänen, die meist im Chaos enden;
- Selbstüberschätzung, die bis zum Größenwahn reichen kann (manisch Kranke sind von ihrer Wichtigkeit überzeugt und halten sich oft für Millionäre, große Staatsmänner oder Propheten);
- nicht bremsbarer Rededrang bei Witzelsucht, beschleunigtem Denken und schlechter Konzentration;
- verkürzter Schlaf oder Schlaflosigkeit ohne Müdigkeit untertags;
- Verlust der natürlichen Hemmungen und Übertretung gesellschaftlicher Regeln: Betroffene treten laut und großspurig auf, trinken exzessiv Alkohol oder konsumieren Drogen, verschleudern viel Geld und machen leichtfertig Schulden, fahren riskant Auto, nähern sich aufdringlich dem anderen Geschlecht, sind auch sexuell enthemmt oder unersättlich.
- Manchmal hören Betroffene angenehme positive Stimmen (häufig als „Stimme Gottes“ gedeutet), deren „Eingebungen“ sie befolgen.

→ DIE MANIE IST WIE DIE DEPRESSION EINE STÖRUNG DER STIMMUNG UND DER INNEREN ENERGIE, NUR IN UMGEKEHRTER RICHTUNG.

Die Manie ist in aller Regel vorübergehend und dauert unbehandelt meist nur wenige Monate. Die Betroffenen werden in der Folge vollständig gesund, erkranken aber nach unterschiedlich langen Zeiträumen wieder an einer Manie, einer Depression oder an beidem. Da die Manie und die Depression jedes Mal heilbar ist, andererseits aber wiederholt auftritt, spricht man von manischen Episoden bzw. depressiven Episoden.



→ DIE BIPOLARE AFFEKTIVE STÖRUNG

Die Manie ist der entgegengesetzte Pol der Depression, und beide sind Störungen der Stimmung, die man als affektive Störungen bezeichnet. Manche Menschen leiden im Laufe ihres Lebens mehrmals an manischen und an depressiven Episoden (siehe auch Kapitel "Depression: Was ist das?"). Diese Krankheit nennt man bipolare affektive Störung.

Die alte Bezeichnung der bipolaren affektiven Störung ist manisch-depressive Erkrankung. Die Störung tritt in Phasen auf, das heißt, die einzelnen manischen und depressiven Episoden heilen jeweils vollständig aus, wiederholen sich aber im Laufe des Lebens unterschiedlich oft. Manche Betroffene machen im Verlauf ihres Lebens gerade eine manische und eine depressive Episode mit. Meistens ist die bipolare affektive Störung aber mit häufigeren Krankheitszeiten verbunden. Wenn mehrmals im Jahr manische und depressive Episoden auftreten (wobei die Manie häufig in die Sommerzeit, die Depression oft in den Herbst und Frühling fällt), wird das Leben des Betroffenen fast pausenlos von Krankheitsphasen unterbrochen. Entsprechend groß ist die Belastung für den Erkrankten und seine Familie.

Die bipolare affektive Störung tritt weltweit bei 1 Prozent der Bevölkerung und gleicher Verteilung zwischen den Geschlechtern auf und beginnt meist um das zwanzigste Lebensjahr. Bei Jugendlichen

sind manische Episoden oft schwer zu erkennen, weil schulische Probleme, Reizbarkeit, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Wahnideen (Überzeugungen, die mit der Wirklichkeit nichts zu tun haben) im Vordergrund stehen können. Menschen, die nur selten an leichten manischen Verstimmungen (Hypomanie) leiden, können im Beruf oder Privatleben sogar besonders erfolgreich sein, weil sie Zeiten besonderer Kreativität und Unermüdlichkeit haben. Diese Verläufe benötigen keine Behandlung, sind jedoch sehr selten.



→ DIE MANIE HAT VERSCHIEDENE GRÜNDE ...

Als gesichert gilt eine erbliche Veranlagung. Deshalb tritt die bipolare affektive Störung in bestimmten Familien häufiger auf, und nahe Verwandte von Erkrankten haben ein höheres Risiko, ebenfalls zu erkranken. Manische und depressive Episoden können wie "Blitze aus heiterem Himmel" auftreten. Allerdings wirken in vielen Fällen erschütternde Lebensereignisse (seelischer Stress, Verlusterlebnisse) oder hormonelle Veränderungen (Schwangerschaft) als Auslöser.

Die moderne Hirnforschung hat Hinweise dafür, dass Menschen mit bipolarer affektiver Störung zeitweilig einen veränderten Hirnstoffwechsel aufweisen: Bei der Manie entstehen zu viel anregende Botenstoffe in bestimmten Zentren des Gehirns, bei der Depression hingegen zu wenig. Entsprechend werden positive oder erregende Signale während der Manie verstärkt, und während der Depression abgeschwächt weitergeleitet.

Manische Zustände können auch bei anderen psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel bei Alkohol- und Drogenmissbrauch oder bei Schizophrenie, bei Medikamentenvergiftung, körperlichen (Hirntumoren, Schlaganfall) oder hormonellen Störungen auftreten. In diesen Fällen müssen die jeweils auslösenden Krankheiten behandelt werden.

→ DER ERSTE SCHRITT ZUR HILFE KANN SCHWER SEIN.

Die meisten manisch Kranken leben in einer Partnerschaft, haben Kinder und einen Beruf. Die Krankheitsverläufe sind sehr unterschiedlich, bei leichteren Formen genügen Behandlungen während der akuten Krankheitsphase. Allerdings unterhöhlt die Manie, wenn sie nicht entsprechend behandelt wird, die familiären Bindungen (hohe Anzahl von Trennungen), den Beruf (Verlust

des Arbeitsplatzes) und die zwischenmenschlichen Beziehungen (Verlust von Freunden). Da manische Episoden wiederkehren, müssen Betroffene nach jeder Krise mühevoll ihre soziale Existenz, die sie während der Manie gefährdet haben, wieder aufbauen.

Eine Behandlung ist zur sozialen Absicherung des Betroffenen und seiner Familie notwendig, und sollte möglichst rasch erfolgen. Dadurch kann der Schaden in Grenzen gehalten werden.

Während einer manischen Phase empfindet sich der Betroffene in aller Regel nicht als krank. Er wird deshalb häufig jede psychiatrische Behandlung verweigern und Therapievorschläge als Schikanen empfinden.

Andererseits kann sein Verhalten vorübergehend unberechenbar und er selbst unzurechnungsfähig sein, was seine Umgebung schwer belastet.

Leichtere manische Episoden können ambulant gut behandelt werden.

Ausgeprägte manische Episoden müssen fast immer im Krankenhaus an psychiatrischen Abteilungen behandelt werden. Unter Umständen kann eine Zwangseinweisung notwendig werden, wenn der Betroffene eine dringend nötige Therapie verweigert. Der erste Ansprechpartner dafür ist der Hausarzt. Er zieht in aller Regel einen Psychiater oder einen anderen ärztlichen Kollegen bei. Eine Zwangseinweisung wird von zwei Ärzten vorgeschlagen, vom Bürgermeister verfügt und mit Hilfe der Ordnungskräfte durchgeführt.

➔ **MANIEN KÖNNEN RASCH, GEZIELT UND ERFOLGREICH BEHANDELT WERDEN.**

Dies gelingt am besten bei einer guten, vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen, Hausarzt und Psychiater.

Angehörige bemerken die Störung als Erste und sind meist diejenigen, die sich an Fachleute wenden.

Der Hausarzt kann das Ausmaß der Erkrankung beurteilen und die geeigneten Maßnahmen veranlassen.

Der Psychiater ist am besten imstande, manische und depressive Episoden zu behandeln und ihrem erneuten Auftreten vorzubeugen.

Antipsychotische Medikamente und verschiedene Beruhigungsmittel werden verwendet, um die Wahnideen der Betroffenen rasch zu dämpfen, ihre Konzentration zu verbessern, ihre überschüssige Energie zu drosseln und den Schlaf zu sichern.

Lithiumsalze wirken dämpfend und beugen erneuten Stimmungsschwankungen vor. Sie werden deshalb sowohl zur Behandlung der manischen Episoden als auch zur Vorbeugung weiterer manischer und depressiver Episoden eingesetzt. Lithium wirkt bei 70 % der Menschen, die unter einer bipolaren affektiven Störung leiden, und halbiert meist Häufigkeit, Stärke und Dauer der Krankheitsphasen.

Zu diesem Zweck muss es aber regelmäßig über Jahre oder Jahrzehnte eingenommen werden. Manchmal unterdrückt Lithium alle weiteren Krankheitsepisoden vollständig.

Auch andere stimmungsstabilisierende Medikamente werden heute mit ähnlichem Erfolg wie Lithium zur Vorbeugung eingesetzt (am häufigsten Carbamazepin oder Valproinsäure).

Stimmungsstabilisierende Medikamente entfalten ihre vorbeugende Wirkung oft erst nach Monaten und sollen regelmäßig über Jahre oder Jahrzehnte eingenommen werden. Sie verändern nicht die Persönlichkeit und machen nicht abhängig. Regelmäßige Messungen der Medikamentenspiegel im Blut sind jedoch notwendig.

Antidepressive Medikamente dienen der Behandlung der depressiven Episoden. Sie sollen nach Heilung der Depression möglichst rasch abgesetzt werden, um



ein Kippen in manische Episoden zu vermeiden.

Psychotherapeuten (Psychologen oder Psychiater) können Betroffenen und ihren Familien in Einzel- oder Familiensitzungen helfen, die Störung besser zu verstehen, Auslösesituationen zu vermeiden, erste Warnsignale zu beachten und mit den auftretenden Schwierigkeiten geeigneter und gelassener umzugehen. Auch ein Stress verringernder Lebensstil kann erlernt werden.

Manie und bipolare affektive Störung sind kein unabwendbares Schicksal. Ihnen kann wirkungsvoll vorgebeugt werden.

06



ZWANGSSTÖRUNG: WAS IST DAS?

→ GEWOHNHEITEN KÖNNEN HILFEN SEIN, DOCH ZWÄNGE ENGEN DAS LEBEN EIN.

Fast jeder kennt harmlose Formen des Zwangs aus seinem täglichen Leben. So erledigen wir gewisse Dinge immer nach demselben Muster. Das hilft, Zeit und Energie zu sparen und erleichtert die Bewältigung des Alltags.

Angewohnheiten können aber so intensiv werden, dass sie durch den eigenen Willen nicht mehr gesteuert oder unterbrochen werden können. Dann drängen sie sich immer hartnäckiger auf und können das Leben zur Hölle machen. So gibt es Menschen, die gegen ihren Willen bestimmte Handlungen dauernd wiederholen müssen: Entweder kontrollieren sie unzählige Male, ob ihre Wohnungstür abgeschlossen ist, oder sie waschen sich täglich stundenlang die Hände, um sich vor Schmutz oder Keimen zu schützen. Andere werden von Gedanken gequält, die sie auch mit aller Kraft nicht unterdrücken können. Zum Beispiel löst bei einer jungen Mutter der Anblick eines Messers schlimmste Befürchtungen aus, sie könnte damit ihr kleines Kind oder sich selbst verletzen.

Unter „Zwängen“ versteht man Vorstellungen oder Handlungen, die sich einer Person immer wieder aufdrängen.

Obwohl Betroffene diese Gedanken und Handlungen meistens als unsinnig erkennen, können sie sich gegen ihr Auftreten nicht wehren. Wenn sie versuchen, sich dem Zwang zu widersetzen, erleben sie zunehmende Spannung, Angst oder Ekel. Die Beklemmung nimmt erst ab, wenn sie dem Zwang nachgegeben haben.

Dieser quälende Kreislauf plagt die Betroffenen sehr. Sie schämen sich, verbergen ihre Zwänge so lange wie möglich und nehmen dafür auch Vereinsamung und beruflichen Abstieg in Kauf. Sie halten sich für „verrückt bei klarem Verstand“, wie dies einer von ihnen ausgedrückt hat.

Zwänge sind stärker als der Wille, sie lassen sich nicht unterdrücken.

→ ZWANGSSTÖRUNGEN SIND HÄUFIG UND OFT MIT ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN KOMBINIERT.

Zwangserkrankungen betreffen 1 bis 2 Prozent aller Menschen. Damit stellen sie nach Angststörungen, Depressionen, psychosomatischen Störungen und Alkoholismus die fünfthäufigste psychische Störung weltweit dar. Männer erkranken etwas häufiger als Frauen. Die Hälfte der Betroffenen hat erste Anzeichen der Störung an sich bereits in der Kindheit beobachtet. Andererseits können Zwangsphänomene bei kleinen Kindern entwicklungsbedingt sein und nach einiger Zeit von selbst verschwinden. Üblicherweise vergehen Zwangsstörungen nicht mehr von alleine, wenn sie über die Pubertät hinaus andauern. Meist beginnen Zwangsstörungen im jungen Erwachsenenalter. Der Zwangskranke kann sein Verhalten und seine Ängste lange Zeit für normal halten, wenn er von der Gesellschaft anerkannte Zwänge ausführt, zum Beispiel auf seinem Arbeitsplatz peinlich genau kontrolliert, aufräumt oder einteilt. In anderen Fällen treten Zwänge plötzlich im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen auf.

Zwei Drittel aller Zwangskranken entwickeln eine Depression. Am zweithäufigsten entsteht parallel zum Zwang eine Angststörung. Weitere Begleitkrankheiten der Zwangsstörung sind Alkohol- und Medikamentensucht oder psychosomatische Störungen.

Unbehandelte Zwangsstörungen vergehen nicht von alleine. In vielen Fällen breitet sich die Störung auf immer neue Lebensbereiche aus.

→ DER ZWANG HAT ZWEI GESICHTER: ZWANGSGEDANKEN UND ZWANGSHANDLUNGEN.

Unter Zwangsgedanken versteht man ständig wiederkehrende Ideen, die sich dem Betroffenen gegen seinen Willen aufdrängen. Der Inhalt betrifft oft eine mögliche Gefahr (z.B. Gedanken, ob der Gasherd ausgeschaltet ist). Das Ausmaß ist übertrieben und beeinträchtigt immer stärker das alltägliche



Leben (Jemand denkt so oft daran, dass er sich bei der Arbeit nicht mehr konzentrieren kann). Aber auch aggressive (Beschimpfen eines Vorgesetzten), religiöse (lautes Fluchen in der Kirche) oder sexuelle (Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit) Inhalte können im Vordergrund stehen. Sie werden als Qual erlebt und lösen die Befürchtung aus, dass sie sich tatsächlich ereignen könnten. Allerdings kommt es nie dazu: Zwangskranke sind Täter ohne Tat.

Zwangshandlungen sind Rituale, die trotz inneren Widerstandes der Betroffenen übertrieben häufig wiederholt werden müssen, um Ängste zu mindern, einen vermeintlichen Schaden zu verhindern oder nach selbst auferlegten Regeln alles richtig zu machen. Die häufigsten Zwangshandlungen sind ausgeprägtes Kontrollieren, Waschen, Zählen, Ordnen und Sammeln.

Zwangsrituale nehmen sehr viel Zeit in Anspruch. Das Gefühl, „jetzt ist es genug“ stellt sich nur langsam ein und nach jeder Unterbrechung muss wieder von vorne begonnen werden.

Zwangshandlungen entwickeln sich oft infolge von Zwangsgedanken, etwa vielfache Kontrollen des Lichtschalters aus Angst vor einem Kurzschluss mit Brand. Sie können aber auch unabhängig von Zwangsgedanken auftreten.

Viele Zwänge treten nur in den eigenen vier Wänden auf.

Nicht selten werden Angehörige in die Zwangsrituale einbezogen, etwa dadurch, dass erst ihre Versicherung, das Haus sei abgesperrt oder ein Zimmer sei sauber, den Zwang beendet. Was anfangs wie eine Abkürzung des Leidensweges aussieht, weitet in Wirklichkeit den Zwang aus.

➔ ZWÄNGE HABEN VIELE GRÜNDE.

Zwangsstörungen entstehen vermutlich durch ein Zusammenwirken verschiedener Ursachen. Erbliche Anteile bewirken, dass Zwänge in manchen Familien häufiger auftreten als in anderen.

Bei Menschen mit Zwangsstörungen sind bestimmte Bereiche des Stirnhirns, die der geistigen Kontrolle dienen, besonders aktiv. Auch der Stoffwechsel einiger



Botenstoffe im Gehirn ist verändert.

Aber auch Erziehung, seelische Belastungssituationen und Schwierigkeiten in der Stressbewältigung spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen eine Rolle.

Zwänge können als Versuche gesehen werden, starke Ängste zu bewältigen. Zum Beispiel kann die übertriebene Angst vor Verschmutzung durch wiederholtes Händewaschen „gebannt“ werden. Wenn dieses Verhalten zu einer raschen Linderung der Angst führt, wird es immer öfter ausgeführt. Ein Zwang wird „erlernt“.

Von ihrer Persönlichkeit her sind Zwangskranke meist sehr sorgfältig, pflichtbewusst, ehrgeizig und genau. Sie unterdrücken ihre Aggressionen und wirken kontrolliert. Sie achten viel mehr auf ihre Pflichten als auf ihre Bedürfnisse.

→ WER HILFT?

Der Hausarzt sollte aufgesucht werden, wenn man nicht sicher ist, ob man an einer Zwangsstörung leidet.

Psychotherapeuten (Psychologen oder Psychiater) sind die Fachleute, die Zwänge am gezieltesten behandeln können.

Der Psychiater soll aufgesucht werden, wenn psychotherapeutische Verfahren allein nicht ausreichen, Begleiterkrankungen auftreten oder der Leidensdruck sehr groß ist.

Angehörige können Betroffenen dadurch helfen, dass sie sie auf ihre zwanghaften Verhaltensweisen geduldig aufmerksam machen. Betroffene erkennen dann leichter, dass sie an einer ernst zu nehmenden Erkrankung leiden.

Selbsthilfegruppen wirken der Vereinsamung entgegen, in die Menschen mit Zwangsstörung meist geraten. Im Kreis von Betroffenen ist es viel leichter, die Scham vor dem eigenen Leiden zu überwinden und Hilfe zu suchen.

→ WAS HILFT?

Leider verheimlichen Betroffene ihr Leiden im Durchschnitt zehn Jahre lang, bevor sie Hilfe suchen. Je kürzer eine Zwangsstörung dauert und je plötzlicher sie aufgetreten ist, desto größer sind die Heilungsaussichten.

Mit Psychotherapie, antidepressiven Medikamenten und durch die Kombination beider Verfahren stehen sehr wirksame Behandlungsmöglichkeiten der Zwangsstörung zur Verfügung.

Im Rahmen einer Psychotherapie lernt der Betroffene die Zusammenhänge, die seine Störung verursachen und aufrecht erhalten, kennen. Er erwirbt Strategien, um seine unrealistischen Ängste abzubauen und erreicht Distanz zu seinen Zwängen („Das bin nicht ich, das ist mein Zwang“). Gleichzeitig fällt es ihm leichter, auf eigene Wünsche und Bedürfnisse zu achten, Pflichten und Anforderungen auf ein vernünftiges Maß zu reduzieren.

Von den vielen psychotherapeutischen Verfahren ist die Verhaltenstherapie bei Zwängen wissenschaftlich am besten untersucht.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist aber die Schulrichtung des Therapeuten nicht so wichtig. Viel bedeutsamer sind die Motivation des Betroffenen und eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Behandler und Behandeltem.

Antidepressive Medikamente mindern die Befürchtungen, die den Zwang aufrechterhalten, und stärken die Betroffenen darin, sich gegen ihre Zwänge zu entscheiden. Die positive Wirkung tritt nach zwei bis drei Monaten ein. Bei Bedarf soll das Medikament regelmäßig, auch über Jahre, eingenommen werden.

Antidepressiva sind bei 50% bis 70% der Menschen mit Zwangsstörung erfolgreich.

Aufnahmen an psychiatrischen Abteilungen oder an psychosomatischen Kliniken sind sinnvoll, wenn ambulante Behandlungen wenig erbracht haben.

Die frühere Einschätzung, Zwangskrankheiten seien unheilbar, ist eindeutig falsch. Den meisten Betroffenen kann heute mit gezielten Verfahren sehr gut geholfen werden.

07



SCHIZOPHRENIE: WAS IST DAS?

→ SCHIZOPHRENIE: WAS IST DAS?

Die Schizophrenie ist die am schwersten begreifbare psychische Störung. Deshalb wird ihr häufig mit Ängsten, Vorurteilen und Ausgrenzung begegnet.

Das Wort "schizophren" kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet "im Bewusstsein gespalten". Tatsächlich erleben Menschen, die an Schizophrenie leiden, neben der Wirklichkeit, die uns allen zugänglich ist, eine zweite Welt: In dieser hören sie Stimmen, die sonst niemand hört, und entwickeln Gewissheiten, die niemand mit ihnen teilt. Solche Überzeugungen (zum Beispiel verfolgt, beobachtet oder auch geliebt zu werden), die der Wirklichkeit eindeutig widersprechen, nennt man Wahn. Die Auseinandersetzung mit dieser zweiten Welt wird für Betroffene und ihre Familien sehr schwierig.

Die Erkrankten sind sicher, dass all ihre "paranormalen" Erlebnisse und Überzeugungen der Wirklichkeit entsprechen.

Schizophrene können meist nicht glauben, dass sie krank sind. Sie suchen deshalb oft auch nicht Hilfe.

Sie reagieren des Öfteren sehr ärgerlich darauf, dass man ihre Wahnwelt nicht ernst nimmt, und können lange Zeit nicht einsehen, dass andere ihre Erlebnisse nicht teilen. Andererseits raubt ihnen die dauernde Beschäftigung mit ihrer Wahnwelt Zeit, Kraft und Konzentration.

Angehörige hingegen können lange nicht verstehen, dass ihr Familienmitglied an einer "geisterhaften" Erkrankung leidet, bei der es zeitweilig unauffällig



wirkt und dann wieder völlig abwesend, bizarr oder ferngesteuert. Tatsächlich kann die Schizophrenie leicht oder schwer sein, plötzlich auftreten oder so allmählich, dass sie fast nicht bemerkt wird. Sie kann in Heilung oder dauernde Beeinträchtigung münden.

Das Verhalten der Betroffenen kann durch Wahnerlebnisse und Konzentrationsstörungen unberechenbar werden.

➔ ZEICHEN DER SCHIZOPHRENIE

Von Schizophrenie spricht man, wenn mindestens eines der Zeichen 1–4 und zwei der Zeichen 5–8 mindestens einen Monat lang bestehen:

1. Eindruck, die eigenen Gedanken werden von jemandem entzogen oder eingegeben, breiten sich auf andere Menschen aus oder können von allen gehört werden.
2. Der eigene Körper, bestimmte Bewegungen, aber auch eigene Gefühle oder Gedanken sind "ferngesteuert" oder von Unbekannten kontrolliert, zum Beispiel über Hypnose oder Bestrahlung.
3. Hören von Stimmen, die über den Betroffenen dauernd sprechen, seine Handlungen kommentieren, ihm Befehle erteilen oder ihn beschimpfen (akustische Halluzinationen). Diese Stimmen können bekannt oder unbekannt sein, von weit her oder aus Teilen des eigenen Körpers kommen.
4. Bizarre Gewissheiten, die mit der Wirklichkeit nichts zu tun haben (Wahn), wie zum Beispiel die Sicherheit, von Dämonen und Geheimdiensten verfolgt zu werden, in Kontakt mit Außerirdischen zu stehen, die Zeit anhalten oder das Wetter machen zu können, der Papst oder ein politischer Führer zu sein.
5. Betroffene spüren im Körper oder sehen, riechen, schmecken, tasten bizarre Ereignisse, die in Wirklichkeit nicht stattfinden - man spricht von Halluzinationen.

6. Gedanken reißen plötzlich ab, werden durch "fremde" Einschübe ersetzt, das Denken "tut weh". Die Sprache wird unzusammenhängend, die Argumente sind nicht mehr logisch verknüpft.
7. Hellwache Erstarrung und Reaktionslosigkeit, Stunden langes Verbleiben in unbequemen und unnatürlichen Stellungen, Erregungszustände, Verstummen. Diese primitiven Verhaltensweisen treten auf, wenn Betroffene unter schwerem Erlebnisschock stehen, weil sie zum Beispiel den Weltuntergang erleben.
8. Interessellosigkeit, Mangel an Gefühlen oder Gefühle, die nicht zur Situation passen (Lachen oder Witzeln in traurigen Situationen), Menschen- und Kontaktscheu, Angst vor neuen Situationen, Trägheit und Ziellosigkeit, Verwahrlosung und mangelnde Körperpflege.

Meist können oder wollen Betroffene nur unklar über ihr Erleben Auskunft geben. Ihr Verhalten im Alltag legt aber nahe, dass etwas Wesentliches nicht mehr stimmt.

Die Schizophrenie ist eine Störung des Denkens und der Wahrnehmung. Häufig passen auch die empfundenen Gefühle nicht zur Situation.

➔ SCHIZOPHRENIE IST KEINE „ZIVILISATIONSKRANKHEIT“.

Überall auf der Welt erkrankt circa 1 Prozent der Bevölkerung an Schizophrenie, unabhängig von Rasse, Kultur und sozialem Stand.

An Schizophrenie Erkrankte ertragen ihre Erlebnisse oft nur mit größten Ängsten und beenden ihr Leben vierzig Mal häufiger durch Suizid als der Durchschnitt der Bevölkerung. Sie benötigen deshalb besonders intensive Betreuung und viel Verständnis.

Die Erkrankung beginnt meist im frühen Erwachsenenalter (kann aber auch bereits Schulkinder betreffen). Zwei Dritteln aller an Schizophrenie Erkrankten



kann heute wesentlich geholfen werden, manchmal bis hin zur vollständigen Heilung. Spätheilungen sind auch nach Jahrzehnten noch möglich. Ein Drittel der Betroffenen bleibt hingegen chronisch krank.

Die Kosten der Schizophreniebehandlung betragen in den westlichen Ländern 2 bis 3 Prozent aller Ausgaben des Gesundheitswesens. Damit ist die Schizophrenie eine der teuersten Erkrankungen.

→ DIE SCHIZOPHRENIE HAT VIELE GRÜNDE.

Eine vererbte Anfälligkeit ist bei der Schizophrenie gesichert, führt aber meist nicht allein zum Auftreten der Erkrankung. Als Verstärker wirken ungünstige Beziehungsmuster in der Kindheit, Auslöser sind jede Art von seelischem oder sozialem Stress. Nicht zufällig erkranken viele Männer beim Militär, viele Frauen während der Schwangerschaft. Aber auch Pubertät, Berufseintritt, Liebesenttäuschungen oder Konflikte können eine schizophrene Erkrankung auslösen.

Aus der Hirnforschung weiß man, dass während der Erkrankungszeiten anregende Botenstoffe in einzelnen Zentren des Gehirns vermehrt produziert werden. Dadurch entstehen zusätzliche Signale und Eindrücke, die nur mit der gesteigerten Funktion des Gehirns, aber nichts mit der äußeren Wirklichkeit zu tun haben. Gleichzeitig ist die Tätigkeit von Zentren im Stirnhirn, die zwischen eigenen und fremden Reizen unterscheiden, gedrosselt. Schizophren Erkrankte können wahrscheinlich deshalb zwischen Wirklichkeit und Vorstellung schlecht unterscheiden. Sie sind vorübergehend "dünnhäutig" und für Stress sehr anfällig.

→ DIE SCHIZOPHRENIE KANN HEUTE SEHR GEZIELT UND ERFOLGREICH BEHANDELT WERDEN.

Je plötzlicher die Erkrankung auftritt, und je erschütterter der Betroffene reagiert, desto größer sind die Aussichten auf vollständige Heilung. Bei schleichendem Verlauf kann es hingegen sehr schwer sein, den Betroffenen überhaupt zu einer Behandlung zu motivieren, weil er sich nicht krank fühlt. Häufig suchen Angehörige Hilfe, wenn sie das eigenartige Verhalten der Erkrankten nicht mehr ertragen.

Der Hausarzt ist der erste Ansprechpartner und Berater, gerade auch für die Nöte der Familie.

Der Psychiater kann eine schizophrene Erkrankung am besten erkennen und behandeln. In vielen Fällen wird eine Einweisung an eine psychiatrische Abteilung notwendig sein, unter Umständen sogar gegen den Willen des Betroffenen. Die weitere Behandlung oder Rehabilitation erfolgt mit Hilfe eines Teams, in dem verschiedene Berufsbilder zusammenwirken (Psychiater, Psychologen, Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Sozialassistenten, Betreuer, Erzieher usw.).

Antipsychotische Medikamente sind während der akuten Erkrankung sehr wirksam. Sie bringen Wahn und Halluzinationen zum Abklingen und verbessern die Konzentration. Allerdings können sie auch Denk- und Bewegungsabläufe verlangsamen, Gewichtszunahme oder Bewegungsstörungen verursachen. Antipsychotika machen nicht abhängig.

Sie verdrängen im Gehirn aktivierende Botenstoffe von einem Teil ihrer Bindungsstellen. Dadurch gleichen sie die Überproduktion dieser Botenstoffe aus und wirken wie "Filter", die vor dem krankmachenden Zuviel an Information schützen.

Wegen der Rückfallgefahr sollen kleine Mengen Antipsychotika regelmäßig ein bis fünf Jahre nach jeder akuten Erkrankung (Psychose) weiter genommen werden.

Reizabschirmung, viel Schlaf und ruhige Umgebung helfen ebenfalls, die akute Schizophrenie zum Abklingen zu bringen.

Bei einer seltenen, lebensgefährlichen Form der Schizophrenie (perniziöse Katatonie) muss zur Lebensrettung unverzüglich die Elektrokonvulsionsbehandlung begonnen werden.

→ WENN DIE ERKRANKUNG CHRONISCH WIRD ...

benötigt der Betroffene vor allem rehabilitative Maßnahmen. Er wirkt dann einsilbig, interessenarm, menschenscheu und entscheidungsschwach. In geeigneten psychiatrischen Zentren lernt er durch tägliche Übung, wieder mit anderen Menschen zusammenzuleben, den Tag richtig einzuteilen, die persönliche Hygiene zu pflegen, einer Beschäftigung nachzugehen und die Freizeit sinnvoll zu gestalten. Auf diesem Weg begleitet ihn ein Team von Fachleuten der Rehabilitation.

In der Ergotherapie lernt er, seine schwer zu schildernden Erlebnisse kreativ und künstlerisch auszudrücken (Malen, Zeichnen, Töpfern) und übt sich in Konzentration (Basteln, handwerkliche Tätigkeit).

Psychotherapie, Musiktherapie, körperorientierte Therapien (Sport und Gymnastik) und therapeutischer Umgang mit Tieren (z. B. therapeutisches Reiten) fördern die Kontaktfähigkeit, stärken das Selbstbewusstsein und verbessern die Konzentration.

Eine eingehende Aufklärung der Betroffenen und ihrer Familien, zum Beispiel in sogenannten psychoedukativen Gruppen, ist wesentlich, damit sich



alle Beteiligten mit der Störung und mit realistischen Heilungsaussichten auseinandersetzen können.

Dass Helfer, Angehörige und Betroffene dabei regelmäßig unterschiedliche Anliegen entwickeln, gilt respektvoll anzuerkennen.

Manchmal ist Familientherapie hilfreich, um Schuldgefühle, Schuldzuweisungen oder Konflikte in der Familie abzubauen.

Ein ruhiges, nüchternes Familienklima kann Rückfälle verhindern.

Arbeitseingliederungsmaßnahmen oder Pensionierung können angezeigt sein.

Ein gesellschaftliches Klima, in dem Betroffene auf möglichst wenig Vorurteile und Ausgrenzung stoßen, ist ebenfalls hilfreich und kann von jedem Menschen mitgetragen werden.

Mit Hilfe dieser vielen gezielten Maßnahmen gelingt heute eine erstaunlich große Zahl von Heilungen oder wesentlichen Besserungen, auch nach Jahren.

Dass Schizophrenie unheilbar sei, ist ein überholtes Vorurteil.

08



ESSSTÖRUNG: WAS IST DAS?

→ SCHLANKER, SCHÖNER, ERFOLGREICHER!

Schlank sein heißt schön und erfolgreich sein. Dieser feste Glaube wird seit Jahren mit Eifer in den Medien und in der Werbung verbreitet.

Die Mode ist beherrscht von völlig abgemagerten Models. Sie sind zum Vorbild vieler junger Mädchen, Frauen und Männer geworden. Immer mehr Menschen sehen in den Spiegel und sind mit ihrem Aussehen unzufrieden. Viele fühlen sich zu dick. Sie setzen Schlankheit mit Glück und Selbstbestätigung gleich. Die Angst, diesem Ideal nicht zu entsprechen, kann zur Qual werden.

Je unzufriedener wir mit uns und unserem Aussehen sind, desto mehr streben wir nach Veränderung unseres Körpers. Diäten scheinen dabei eine schnelle Lösung zu sein.

Fast jede Essstörung beginnt mit einer Diät.

Das Angebot an Diäten ist unüberschaubar geworden. Wer von uns hat nicht schon die eine oder andere Diät selbst durchstudiert oder ausprobiert? Dieser Schritt bedeutet für viele junge Frauen und Männer den Beginn eines langen und leidvollen Weges in eine Essstörung.

Die meisten Menschen beenden Diäten, wenn das gewünschte Gewicht erreicht ist. Essgestörte aber machen weiter. Die Angst zuzunehmen und der Wunsch abzunehmen nehmen kein Ende.

→ WER IST GEFÄHRDET?

In den Industrieländern sind neuesten Schätzungen zufolge mindestens 1 Prozent aller Frauen von Magersucht und 4 Prozent von Ess-Brech-Sucht betroffen.

Unter Essstörungen leiden nach wie vor mehr Frauen als Männer. Männer aber sind im Aufholen. Bei ihnen steht oft extreme körperliche Betätigung durch Sport im Vordergrund. Der Beginn einer Essstörung konzentriert sich häufig auf die Pubertätszeit oder das frühe Erwachsenenalter.

→ WAS IST EINE ESSSTÖRUNG?

Essstörungen sind Störungen des Essverhaltens. Genussfähigkeit und soziale Kontakte durch gemeinsames Essen haben keinen Platz mehr. Betroffene nehmen Nahrung nicht mehr regelmäßig, selbstverständlich und ausgewogen auf. Hunger, Appetit und Sättigung sind völlig aus dem Gleichgewicht geraten. Die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen (Kalorien) bestimmt den Alltag. In dieser Phase ziehen sich Betroffene oft von Freunden und Bekannten zurück.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist verzerrt. Die Waage ist ausschlaggebend für Wohlbefinden und Zufriedenheit. Betroffene fühlen sich durch ständiges Hungern und Abnehmen leistungsstark, unabhängig, liebenswert und bestätigt. Essen wird als Versagen erlebt. Und doch wird der Hunger oft so stark, dass Essgestörte „kapitulieren“ und unkontrolliert Nahrung zu sich nehmen. Dieses Verhalten stürzt sie in schwere Schuldgefühle. Sie versuchen deshalb, die aufgenommene Nahrung sofort wieder los zu werden.

Ängste, Schuldgefühle und Hoffnung werden zum täglichen Brot. Ein manchmal tödlicher Teufelskreis beginnt.

→ GRUNDSÄTZLICH WIRD ZWISCHEN DER MAGERSUCHT (ANOREXIE), DER ESS-BRECH-SUCHT (BULIMIE) UND DER ESSSUCHT (BINGE-EATING-STÖRUNG) UNTERSCHIEDEN.

Magersucht (Anorexie)

- Magersüchtige erkennt man deutlich an ihrem Untergewicht. Sie führen gezielt um jeden Preis eine Gewichtsabnahme herbei. Dafür hungern sie, fasten, halten Diät, betreiben Sport - all das in süchtiger Weise. Magersüchtige müssen oft den ganzen Tag in Bewegung sein, um Kalorien zu verbrennen. Sie greifen auch zu Appetitzüglern und zu Abführmitteln.
- Die Wahrnehmung des eigenen Körpers entspricht nicht der Wirklichkeit. Magersüchtige fühlen sich trotz Untergewicht immer zu dick und können nie dünn genug sein.
- Die Angst, an Gewicht zuzunehmen, ist dauernd da.



- Die Monatsblutung bleibt ab einem bestimmten Untergewicht aus. Seelische Probleme wie Ängste, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Interessensverlust, Depression oder sozialer Rückzug entwickeln sich. Körperliche Folgen wie Haarausfall, Kälteempfindlichkeit, Verstopfung, Schlafstörungen, Schwächezustände, niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Kalkverlust der Knochen, Salzverluste, Schwellungen, Wachstumsstörungen, Brust- und Hodenverkleinerung, Unfruchtbarkeit und andere treten auf.

Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

Menschen, die an einer Ess-Brech-Sucht leiden, müssen nicht untergewichtig sein. Vielfach sind sie normalgewichtig oder leicht übergewichtig. Große Gewichtsschwankungen sind kennzeichnend.

- Betroffene diäten und fasten, bis sie schließlich Heißhungeranfälle entwickeln und unkontrolliert kalorienreiche Nahrung in sich hineinstopfen. Dabei veranstalten sie meist regelrechte Essorgien. Diesem rauschhaften Essen gehen regelmäßig intensive Gefühle der Anspannung, der Langeweile, des Ärgers oder der inneren Leere voraus.
- Da Betroffene das Völlegefühl nicht aushalten und Angst haben zuzunehmen, erbrechen sie gewollt. Auch Abführmittel und harntreibende Medikamente nehmen sie gezielt ein, um die aufgenommene Nahrung so schnell wie möglich wieder los zu werden. Diese Handlungen können sich mehrmals täglich wiederholen. Sie werden mit der Zeit zu zwanghaften Ritualen, die vor anderen Menschen verheimlicht werden.
- Eine schlanke Figur und wenig Gewicht werden zu den wichtigsten Lebenszielen.
- Die Körperwahrnehmung ist verzerrt: Unabhängig vom bestehenden Gewicht fühlen sich Ess-Brechsüchtige zu dick und unförmig.

Seelische Probleme wie Scham- und Schuldgefühle, Stimmungsschwankungen, Ängste, Reizbarkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen und Depressionen begleiten die Störung.

Je länger die Störung dauert, desto mehr körperliche Begleit- und



Folgeerscheinungen treten auf. Störungen im Salzwasserhaushalt, Beeinträchtigungen der Nierenfunktion, Verstopfung und Blähungen, Schwindel und Kreislaufstörungen, Herzrhythmusstörungen, unregelmäßige Monatsblutung, Verletzungen und Entzündungen in der Speiseröhre, Magenschmerzen, Zahnschmelzabbau, Schwellungen der Speicheldrüsen sind nur einige davon.

Esssucht (Binge-Eating-Störung)

Zu der Magersucht und der Bulimie ist in den letzten Jahren die Binge-Eating-Störung hinzugekommen. Dabei kommt es zu Essanfällen ohne gegensteuernde Maßnahmen, wie Erbrechen, Fasten oder intensive körperliche Betätigung. Die Binge-Eating-Störung ist daher in der Regel mit Übergewicht verbunden. Sie betrifft Frauen gleich häufig wie Männer.

→ DIE HÄUFIGSTEN URSACHEN

Mögliche Ursachen, Auslöser und aufrecht erhaltende Momente bei einer Essstörung können sehr unterschiedlich sein. Meist gehen einer Essstörung kritische Lebensereignisse voraus, wie Konflikte in der Familie, die Trennung vom Elternhaus, Schwierigkeiten in der Partnerschaft, in der Schule oder am Arbeitsplatz. Eine zentrale Bedeutung bei der Entwicklung von Essstörungen kommt einem mangelnden Selbstwertgefühl, meist in Verbindung mit einem extremen Leistungsstreben zu. Das heutige Schlankeitsideal und seine Vermarktung durch Medien und Werbung spielen dabei eine wesentliche Rolle.

→ HILFEN

Hilfe anzunehmen ist für die meisten Essgestörten sehr schwierig.

Krankheitseinsicht und Motivation lassen oft lange auf sich warten. Nicht selten suchen besorgte Eltern, Lehrer, Freunde und Bekannte als Erste Rat und Hilfe. Sie zu beraten und aufzuklären ist Teil der Behandlung.

Die Therapie selbst ist meist langwierig. Schnelle Erfolge sind selten. Je früher eine Essstörung jedoch erkannt und behandelt wird, desto größer sind die Aussichten auf Gesundung.

Der Erfolg der Therapie hängt im Wesentlichen von der Motivation der Betroffenen ab. Bei lebensgefährlichem Untergewicht oder einem völlig außer Kontrolle geratenen Ess-Brechverhalten, ist eine Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus notwendig. Dabei geht es zunächst um eine Gewichtszunahme und darum, dass sich das Essverhalten wieder einigermaßen normalisiert. Für länger dauernde Aufenthalte stehen psychosomatische Fachkliniken zur Verfügung.

Da die beschriebenen Essstörungen vorwiegend durch seelische Ursachen bedingt sind, stellt die Psychotherapie das Mittel der Wahl dar. Dabei kommen verschiedene Ansätze der Einzel-, Familien- und Gruppentherapie zur Anwendung. Aber auch in der Psychotherapie wird vorerst das Hauptaugenmerk auf dem Körpergewicht und der Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten liegen. Es werden Protokolle über den Tagesablauf und über das Essverhalten erstellt, Informationen und Richtlinien über gesunde Ernährung erarbeitet und nach kurzfristigen Möglichkeiten gesucht, um Ängste auszuhalten und zu bewältigen. Entspannungstechniken und soziale Kontakte können dabei sehr hilfreich sein. Erst wenn Körpergewicht und Essverhalten wieder einigermaßen stabil sind, kann auf die grundlegenden Schwierigkeiten der Betroffenen eingegangen werden. Häufig handelt es sich um Selbstwertprobleme und Schwierigkeiten in der Entwicklung von Identität oder Autonomie.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychotherapeut ist angesichts der zum Teil schwerwiegenden psychischen und körperlichen Folgeschäden unbedingt notwendig. Die ärztliche Betreuung können in der Therapie von Essstörungen erfahrene Hausärzte, Internisten, Psychiater oder Kinderärzte übernehmen, die Rolle des Psychotherapeuten in der Regel Psychologen oder Psychiater. Psychopharmaka, vor allem Antidepressiva, können in der Therapie sehr hilfreich sein. Die Zusammenarbeit mit Ernährungsberatern ist sinnvoll. Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Aufklärungs- und Vermittlungsarbeit. In ihnen fällt es Betroffenen viel leichter, zu ihrer Störung zu stehen.

Essstörungen werden immer häufiger und sind nicht selten lebensbedrohliche Erkrankungen. Je früher sie erkannt werden und je motivierter die Betroffenen sind, desto erfolgreicher ist die Behandlung.

09



PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNG: WAS IST DAS?

→ PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN

sind körperliche Beschwerdebilder ohne eine körperliche Krankheit. Psychosomatische Störungen können sich in praktisch allen Organen und Bereichen des Körpers zeigen.

Der Begriff stammt aus dem Griechischen (soma = Körper, Leib und psyche = Atem, Seele), das heißt er beschreibt eine Störung, die sich körperlich ausdrückt, sich wie eine körperliche Krankheit zeigt, aber in Wirklichkeit eine seelische Ursache hat.

Es gibt verschiedene Begriffe in der Medizin und in der Umgangssprache, die im Grunde alle dasselbe beschreiben: funktionelle Störung, somatoforme Störung, larvierte Depression, vegetative Dystonie, Nervenschwäche, nervöse Erschöpfung, Befindlichkeitsstörung und andere.

Psychosomatische Störungen sind nicht fassbar, da meist „nur“ die Funktion eines Organs gestört ist und keine Schädigung am Organ feststellbar ist. Trotzdem leidet der Betroffene oft sehr darunter.

Psychosomatische Störungen werden durch seelische und soziale Belastungen ausgelöst und aufrechterhalten.

Sie stellen also einen Versuch des Unbewussten dar, eine bestimmte Konfliktsituation zu bewältigen. Dazu benützt das Unbewusste unseren Körper oder Teile davon.

Die Symptome sind oft genau beschreibbar (wie Kopfschmerzen oder Stechen im Herzbereich, Brennen beim Wasserlassen), oft aber auch schwer zu definieren oder einzugrenzen (z.B. Unlust, Müdigkeit, Unruhe, Druck im Bauch). Häufig wechseln die Beschwerden auch oder werden von Betroffenen zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich beschrieben (zum Beispiel Ziehen und Druck im Rücken, bei einer Untersuchung zwei Monate später eher Stechen und Brennen).

➔ DAS ARZT-PATIENT-VERHÄLTNISS IST BEI DEN PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN BESONDERS SCHWIERIG.

Um die Diagnose einer psychosomatischen Störung zu stellen, muss der Arzt körperliche Ursachen ausschließen. Dazu bedarf es einer Reihe von Untersuchungen, die oft wieder neue Abklärungen erforderlich machen. Wird nach langem erfolglosem Suchen der Verdacht einer seelisch ausgelösten (=psychogenen) Störung geäußert, fühlt sich der Patient oft nicht ernst genommen. Er verliert das Vertrauen zu seinem Arzt und glaubt, dieser halte ihn für einen „eingebildeten Kranken“ oder schlimmer noch für einen „Spinner“. Enttäuscht wechselt er Arzt, unterzieht sich neuen Untersuchungen und Analysen, die wieder „kein Ergebnis“ bringen.

Auf diese Weise wird oft eine ganze Reihe von Ärzten aufgesucht und wieder verlassen. Man spricht vom „doctor-shopping“.

In manchen Fällen kommt es sogar zu operativen Eingriffen.

Ist für einen Arzt dann klar, dass keine körperliche Störung vorliegt, ändert sich die Arzt-Patient-Beziehung oft maßgeblich: Der Betroffene wird dann mit seinen Forderungen nach Hilfe meist als lästig betrachtet; die weiteren Überweisungen zu Untersuchungen oder anderen Ärzten geschehen aus der Haltung heraus: „Wie kann ich ihn mir vom Leibe halten?“

Diese Haltung ist besonders schädlich für die weitere „Karriere“ des Patienten. Er wechselt immer verzweifelter Ärzte, fühlt sich immer weniger verstanden. Tatsächlich geht es darum, den Patienten zu verstehen.

Ärzte sollten Menschen mit psychosomatischen Störungen öfter sehen. Dadurch kann vermieden werden, dass sie immer neue Ärzte aufsuchen und teure Untersuchungen oder Eingriffe fordern.

Ein respektvoller Umgang mit diesen Patienten macht es leichter, sie behutsam in eine psychotherapeutische Behandlung zu überweisen.



→ PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN SIND DIE HÄUFIGSTEN BESCHWERDEN IN DER MEDIZIN.

15 bis 50 Prozent aller Patienten, die den Hausarzt aufsuchen, leiden unter psychosomatischen Störungen.

Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

In einem Jahr leiden etwa mehr als 10 Prozent der Bevölkerung an psychosomatischen Störungen. Diese sind damit nach Angststörungen und Depressionen die dritthäufigste psychische Störung.

Sie treten hauptsächlich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf.

Ledige, getrennt Lebende und Geschiedene sind häufiger betroffen.

Das Beschwerdebild umfasst immer seelische und körperliche Beeinträchtigungen. Die Betroffenen betonen die körperlichen Veränderungen, und nehmen die seelischen nicht wahr.

Auf seelischem Gebiet findet man: Ängstlichkeit, Nervosität, Reizbarkeit, Lustlosigkeit, Unentschlossenheit, Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen.

Auf körperlicher Ebene treten Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Druckgefühl oder Kloß im Hals, Herzklopfen, Herzkrämpfe, Druck auf der Brust, Enge beim Atmen und Ringen um Luft, Appetitmangel, Übelkeit, Krämpfe im Magen-Darm-Bereich, Blähungen, Durchfall oder Verstopfung, Regelblutungsstörungen, sexuelle Leistungsschwäche, Harndrang, Juckreiz, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Schwäche oder Schmerzen in jedem beliebigen Körperteil oder am ganzen Körper auf.

Psychosomatische Störungen besitzen klare Kennzeichen.

Der Beginn einer psychosomatischen Störung reicht meist Jahre oder Jahrzehnte zurück, ist oft auch nicht mehr zu bestimmen. Eine kurze Vorgeschichte ohne seelische Belastung spricht eher für eine organische Störung.

Je mehr verschiedene Beschwerden vorliegen, desto unwahrscheinlicher ist eine organische Ursache.



Auch ein häufiger Wechsel der Beschwerden spricht eher für eine psychosomatische Störung.

Oft treten die Beschwerden zusammen mit einschneidenden Veränderungen im Leben der Betroffenen auf.

→ BEI DER ENTSTEHUNG EINER PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNG WIRKEN MEHRERE URSACHEN ZUSAMMEN.

Eine Rolle scheinen die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Kindheit zu spielen.

Das familiäre Umfeld ist meist unflexibel, starr, sozial überangepasst, durch negative Ereignisse belastet. Uneheliche Geburt, konfliktreiche Beziehung der Eltern, häufige Abwesenheit oder psychische Krankheit der Mutter, hoher Erwartungsdruck und starke Ängste scheinen weitere Risikofaktoren für die Entstehung einer psychosomatischen Störung zu sein.

Die Persönlichkeit weist oft Unsicherheiten und Kontaktschwierigkeiten als Ausdruck eines gestörten Selbstwertgefühls auf. Häufig bemühen sich Betroffene sehr um Anpassung, meist durch Leistung. Bestimmte Anforderungen können Versagens- und Zukunftsängste auslösen.

Enttäuschungen, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich, können oft nicht richtig verarbeitet werden.

Eine Krankheit bedeutet dann einerseits Hilfe und Zuwendung, andererseits aber auch Möglichkeit zur Abgrenzung.

Krisen oder Schwellensituationen des Lebens sind oft unmittelbare Auslöser einer Erkrankung. Solche Situationen sind Heirat, Wohnortwechsel, beruflicher Auf- oder Abstieg, Geburt oder Selbstständigwerden der Kinder und anderes. Dabei kommt es nicht unbedingt auf das Ereignis an, sondern auf die Bedeutung, die der Betroffene ihm gibt.

Mit welchem Organ ein Mensch auf die Belastung reagiert, hängt von vielen persönlichen Gegebenheiten ab - diese Wahl wird unbewusst getroffen.

→ PSYCHOSOMATISCHE STÖRUNGEN SIND NICHT GEFÄHRLICH, ERZEUGEN ABER GROßEN LEIDENSDRUCK. SIE KÖNNEN GEZIELT UND ERFOLGREICH BEHANDELT WERDEN.

Für Betroffene ist es wichtig, sich von Abstempelungen wie „nervenkrank“ oder „verrückt“ freizumachen.

Dazu dienen auch Aufklärungskampagnen wie die Veröffentlichung dieser Broschüre, die Sie gerade in der Hand halten.

Vorbeugende Maßnahmen sind vor allem offene Gespräche (nicht alles soll geschluckt werden), regelmäßige körperliche Betätigung und gesunde ausgeglichene Ernährung.

Die Psychotherapie ist der wesentlichste Teil der Behandlung. Bis es dazu kommt, hat der Patient meist schon einen langen Irrweg medizinischer Untersuchungen und Therapien hinter sich.

Kernpunkt der Psychotherapie ist die Einsicht, dass seelische oder soziale Probleme über den Körper ausgedrückt werden.

Betroffene müssen die Ursachen und Zusammenhänge ihrer ganz persönlichen seelischen Schwierigkeiten erkennen und mit ihnen anders umzugehen lernen.

In manchen Fällen kann eine gezielte medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva oder Antipsychotika nützlich sein. Auch pflanzliche und homöopathische Arzneien oder Akupunktur können günstig wirken.

Von Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol, Nikotin, Koffein, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln ist unbedingt abzuraten. Die Verwendung dieser Mittel bewirkt höchstens vorübergehende Erleichterung und kann leicht zu Missbrauch oder Abhängigkeit führen.

Selbsthilfegruppen leisten wertvolle Aufklärungsarbeit, bekämpfen bei den Teilnehmern die Gefühle der Isolation und stärken ihr Selbstbewusstsein.

10



DYSTHYMIE: WAS IST DAS?

→ DYSTHYMIE: WAS IST DAS?

Wir alle sind immer wieder einmal traurig verstimmt. Äußere Ereignisse, Belastungssituationen, aber auch einfache Enttäuschungen des Alltags können zu einer traurigen oder gereizten Stimmung führen. Nach einiger Zeit klingen diese negativen Gedanken und Gefühle normalerweise wieder ab. Leidet jemand aber mindestens zwei Jahre lang fast täglich und beinahe den ganzen Tag über an einer depressiven Verstimmung, spricht man von einer Dysthymie.

Die Dysthymie ist eine Sonderform der Depression.

Betroffene fühlen sich Monate, Jahre oder sogar Jahrzehnte lang müde, niedergeschlagen und traurig, grübeln und klagen viel, entwickeln verschiedene Befürchtungen und Ängste, und halten sich ganz allgemein für unfähig. Fast alles strengt sie an, fast nichts können sie genießen. Sie empfinden sich erschöpft und energielos, reagieren gereizt oder verärgert, haben Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen. Auch Selbstwertprobleme und Kontaktschwierigkeiten sind typische Kennzeichen einer Dysthymie.

Schlaf und Appetit sind meist gestört und können von unklaren körperlichen Beschwerden (Schwindelgefühle, Schwäche, Schmerzen) begleitet werden.

Im Verhältnis zur depressiven Episode (siehe Kapitel: Depression - Was ist das?) sind die Merkmale der Dysthymie schwächer ausgeprägt, halten dafür aber viel länger an.

Oft fällt den Betroffenen ihre eigene Interesselosigkeit und selbstkritische Einstellung auf, häufig halten sie sich für langweilig. Diese Erlebens- und Verhaltensweisen sind so sehr zu einem Teil ihres Alltags geworden, dass sie glauben, dies sei ihr Charakter oder ihre Persönlichkeit: „So bin ich eben“.



Dysthymie wird daher viel zu selten als psychische Erkrankung erkannt und behandelt.

→ SEELISCHES LEID IST OFT NICHT SICHTBAR.

Menschen, die an einer Dysthymie erkranken, schaffen es meist, ihren beruflichen und gesellschaftlichen Anforderungen nachzukommen. Die Mühe, die sie dieses Unterfangen kostet, wird in der Regel nicht sichtbar. Dies kann dazu führen, dass ihr Leidensdruck von außen weder erkannt noch ernst genommen wird.

Die ständige traurige Stimmungslage kann bei anderen Menschen Ärger und Wut auf „diese ewigen Spielverderber“ und Pessimisten auslösen.

Nicht verstanden zu werden, verstärkt wiederum die Selbstzweifel und negativen Gefühle der Betroffenen. Sie wirken dann in ihrem Verhalten noch hoffnungsloser und geiziger.

Leicht entsteht daraus ein Teufelskreis, der die Betroffenen und ihre Umwelt schwer belastet.

→ KENNZEICHEN DER DYSTHYMIE SIND EIN SCHLEICHENDER BEGINN UND EIN CHRONISCHER VERLAUF.

Etwa 6 Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Dysthymie. Gewöhnlich entwickelt sich die lang anhaltende Verstimmung im frühen Erwachsenenalter. Sie kann aber auch bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten. Während bei frühem Beginn Mädchen und Jungen gleich häufig betroffen sind, tritt die Dysthymie im Erwachsenenalter bei Frauen zwei bis dreimal häufiger auf als bei Männern.

Wenn ältere Personen daran erkranken, entsteht die Störung meist nach einer depressiven Episode, nach einem Trauerfall oder einer anderen seelischen bzw. körperlichen Belastung.

→ DIE DYSTHYMIE HAT VIELE URSACHEN.

Erbliche und körperliche Einflüsse können genauso eine Rolle spielen, wie seelische und soziale Belastungen. Viele an Dysthymie Erkrankte führen ihre dauernde traurige Verstimmung auf eine schwierige Kindheit zurück, andere auf Belastungssituationen im Lauf des späteren Lebens. Wieder andere glauben, bereits seit ihrer Geburt traurige Menschen zu sein.

Häufig tritt die Dysthymie im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen auf. Nicht selten ist sie mit wiederkehrenden Depressionen kombiniert. Auch Angststörungen, Missbrauch von Medikamenten und Alkoholabhängigkeit können mit einer Dysthymie gepaart vorkommen.

Dysthymie kann erfolgreich behandelt werden.

Viele Menschen, die an Dysthymie leiden, suchen keine Hilfe, weil sie glauben, dass ihr Unglücklichsein zu ihrem Leben gehört. Sie halten es nicht für eine Krankheit, die geheilt werden kann. Auch Angehörige merken selten, dass bestimmte schwer erträgliche „Charaktereigenschaften“ eigentlich eine Erkrankung darstellen.

Dies führt dazu, dass Betroffene oft Jahre lang unter großem Leidensdruck stehen, bevor sie sich in Behandlung begeben.

→ WER HILFT?

Es ist keine Schande, Hilfe zu suchen. Aber der erste Schritt erfordert Mut und Überwindung. Angehörige und Freunde können Betroffenen dabei beistehen.

Der Hausarzt sollte aufgesucht werden, wenn man im Zweifel ist, ob man an einer Dysthymie leidet. Er kann körperliche Ursachen ausschließen, die Störung selbst behandeln oder an einen Facharzt bzw. Psychotherapeuten überweisen.



Psychotherapeuten (meist Psychologen oder Psychiater) sind die besten Ansprechpartner, wenn es darum geht, seelische Belastungen und Probleme zu bearbeiten.

An einen Psychiater sollte man sich wenden, wenn der Leidensdruck sehr groß ist oder Selbsttötungsgedanken bestehen.

In Selbsthilfegruppen merken Betroffene, dass sie in ihrem Leid nicht allein sind. Sie können sich gegenseitig stützen und beraten.

→ WAS HILFT?

Mit Psychotherapie und der zusätzlichen Gabe von antidepressiven Medikamenten bei Bedarf stehen hoch wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung. Bei der Therapie muss die besondere Situation jedes einzelnen Menschen genau berücksichtigt werden.

In einer Psychotherapie erwirbt der Betroffene Strategien, um seine Probleme anders zu sehen und neu mit ihnen umzugehen. Eine wichtige Rolle spielen dabei das Erleben positiver Erfahrungen und das Durchbrechen von Grübeleien und Sorgen.

Es gibt viele verschiedene Psychotherapierichtungen. Manche legen Wert auf das Erforschen der Kindheit, andere arbeiten lieber an der aktuellen Situation, mit Verhaltenstraining, Entspannungstechniken, Körperempfindungen. Wieder andere erfordern die Teilnahme der Familie oder werden in Gruppen durchgeführt.

Man weiß heute, dass die Art der Psychotherapie nicht so entscheidend für das Ergebnis ist. Wesentlich ist die Beziehung, die der Betroffene (Klient) und der Therapeut aufbauen - ein Klima des Vertrauens und des Respekts.

Was in einer Psychotherapie gesagt oder getan wird, untersteht der Schweigepflicht.

In der Psychotherapie lernt der Betroffene sich selbst besser zu akzeptieren. Er erkennt, dass er die anderen nicht ändern kann. Den einzigen Menschen, den er ändern kann, ist er selbst.

Antidepressive Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden. Ihre Wirkung (Wiederkehr der Kraft und Besserung der Stimmung) beginnt erst nach vier bis sechs Wochen.

Bei der Dysthymie ist der Stoffwechsel im Gehirn verändert. In bestimmten Zentren des Gehirns kommt es zu einem Mangel an aktivierenden Botenstoffen, sodass positive, anregende Signale schlechter übertragen werden können. Das antidepressive Medikament gleicht den Mangel an Botenstoffen wieder aus und verbessert dadurch die Signalübertragung. Es konnte nachgewiesen werden, dass auch erfolgreiche Psychotherapie die Informationsübertragung durch eine stärkere Aktivität der Botenstoffe verbessern kann.

Um Rückfälle zu vermeiden, ist meist eine monatelange medikamentöse Therapie notwendig. Manche Betroffene nehmen Medikamente, die geholfen haben, zur Absicherung oder Vorbeugung über Jahre weiter.

Antidepressiva machen nicht abhängig, sie verändern auch nicht die Persönlichkeit.

Sportliche Betätigung kann hilfreich sein, um Schwäche und Abgeschlagenheit zu überwinden.

Die Dysthymie ist keine negative Charaktereigenschaft. Sie kann heute in aller Regel erfolgreich behandelt werden.

Dabei ist die Psychotherapie das Hilfsmittel der Wahl. Eventuell können antidepressive Medikamente und Psychotherapie kombiniert werden. Dadurch sind rasche Hilfe und dauerhafte Veränderung möglich.

HIER FINDEN SIE HILFE

→ An den Zentren für psychische Gesundheit

Bozen Stadt

Neubruchweg 3 – Tel. 0471 907 031
Mo-Fr 8.30-12.30 / 14.00-17.30

Bozen Land

Rosministraße 42 – Tel. 0471 305 811
Mo-Fr 8.00-13.00 / 14.00-17.30

Neumarkt

F.-Bonatti-Platz 1 – Tel. 0471 829 353
Mo-Fr 8.30-12.30 / Mo, Di, Do 14.00-17.00

Meran

Rossinistraße 1 – Tel. 0473 263 600
Mo-Fr 8.30-17.00

Sinich

Nazario-Sauro-Straße 8 – Tel. 0473 247 700
Mo-Fr 8.30-17.00

Schlanders

Hauptstraße 134 – Tel. 0473 736 690
Mo-Fr 8.00-12.00 / 13.00-17.00

Brixen

Romstraße 7 – Tel. 0472 812 960
Mo-Do 8.00-18.00 / Fr 8.00-14.00

Bruneck

Spitalstraße 4 – Tel. 0474 586 340 oder 586 342
Mo-Fr 8.00-17.00

→ An den Psychologischen Diensten

Bozen

Galileistraße 2 – Tel. 0471 435 001
Mo-Fr 8.00-13.00 / 14.00-17.00

Meran

Rossinistraße 1 – Tel. 0473 251 000
Mo-Do 9.00-12.00 / 14.00-17.00, Fr 9.00-12.00

Brixen

Dantestraße 51 – Tel. 0472 813 100
Mo-Do 8.00-12.30 / 14.00-16.00, Fr 8.00-12.30

Bruneck

Andreas-Hofer-Straße 25 – Tel. 0474 586 220
Mo-Fr 8.00-12.00 / 14.00-16.30

→ An den Psychosomatik-Ambulanzen

Bozen

Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
Sparkassestraße 8 – Tel. 0471 300 389
Mo, Di, Mi, Fr 9.00 - 12.00 / Do 15.00 - 18.00

Brixen

Psychologischer Bereich des psychiatrischen Dienstes
im Krankenhaus, Dantestraße 51 – Tel. 0472 812 995

Alle Hausärzte und zuständigen Fachdienste Südtirols können Betroffene an das **Therapiezentrum für Psychosomatik und Psychotherapie Bad Bachgart** (Rodeneck, St. Pauls 56, Tel. 0472 887 611) überweisen.

→ An den ADHS Anlaufstellen

Bozen

Fachambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Gunschnastraße 54, Dr. Klara Meßner und Dr. Felicita Scolati
Tel. 0471 466 600 oder 0471 466 609

Meran

Dienst für Kinderrehabilitation und Logopädie
im Krankenhaus „Franz Tappeiner“, Trakt D, Rossinistraße 1
Dr. Donatella Arcangeli, Vormerkungen: 11.00-12.00 - Tel. 0473 251 102

Brixen

Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter
Krankenhaus Brixen, Dantestraße 51, Dr. Ingo Stermann, Vormerkungen
und Visiten im Psychologischen Dienst – Tel. 0472 813 100

Bruneck

Es wird demnächst auch in Bruneck eine Außenstelle geben. Vorläufig ist
für den Raum Pustertal die Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im
Kindes- und Jugendalter in Brixen zuständig.



→ An den Anlaufstellen für Essstörungen

Bozen

Fachambulanz für Essstörungen
Sparkassestraße 8 – Tel. 0471 970 383
Mo, Di, Mi, Fr 9.00 - 12.00 / Do 15.00 - 18.00

Meran

Interdisziplinäres Ambulatorium für Essstörungen (AES)
Rossinistr. 1 - Tel. 0473 251 250
Mo-Do 9.00-12.00 / 14.00-16.00, Fr 09.00 -12.00

Brixen

Interdisziplinäres Team für Essstörungen
Krankenhaus Brixen, Dantestr. 51 - Tel. 0472 813 250 / 812 710 / 802 100
Mo-Do 8.00-11.30 / 14.00-15.30, Fr 8.00-11.30

Bruneck

Interdisziplinäres Team für Essstörungen
 Zentrum für psychische Gesundheit, Spitalstr. 4 - Tel. 0474 586 340/42
 Mo-Fr 8.00-17.00 oder Medizinische Ambulanz im Krankenhaus Bruneck,
 Spitalstr. 11 - Tel. 0474 581 120 / Mo-Fr 8.15-14.30

INFES Fachstelle für Essstörungen

Bozen, Talfergasse 4 - Tel. 0471/970 039, Mo-Do 8.30 - 12.30 / 14.30 - 16.30

→ **Bei Selbsthilfegruppen im ganzen Land**

Dienststelle für Selbsthilfegruppen

Bozen, Dr. Streiter Gasse 4 – Tel. 0471 312 424

Selbsthilfeorganisation Betroffener „Lichtung/Girasole“

Bozen, G.-Galilei-Straße 4, Tel. 0471 051 414
 und Bruneck, Dantestraße 4, Tel. 0474 530 266

Verband Angehöriger und Freunde Psychisch Kranker

Bozen, G.-Galilei-Straße 4 - Tel. 0471 260 303

Information & Beratung „Stützpunkt“ – Tel. 0471 262 262 (10.00-11.00)

Verein „Il nostro spazio – Ein Platz für uns“

Bozen, Sparkassestr. 1 – Tel. 0471 301 416

beim Hausarzt**bei freiberuflich tätigen Psychiatern und Psychotherapeuten****bei Familien- und anderen Beratungsstellen**

bei der Telefonseelsorge der Caritas – Tel. 840 000 481

Young and direct (Jugendtelefon) – Tel. 0471 970 950

Telefono amico – Tel. 0471 288 328 Psychische Gesundheit

**Seelische Krise:
kein Grund zur Scham,
kein Grund zum Verstecken,
aber ein Grund, Hilfe zu suchen.**

Roger Pycha, Psychiater und Psychotherapeut

Impressum

Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen – Südtirol
Amt für Gesundheitssprengel

Texte der 1. Auflage:

Roger Pycha, Rodolfo Tomasi, Monika Anderlan, Markus Huber, Luisa Mairhofer, Klara Messner, Helga Niederkofler, Erwin Kirchler, Rudolf Schöpf, Margit Sölva

2. Auflage überarbeitet von:

Roger Pycha, Veronika Hafner, Andreas Conca, Giancarlo Giupponi, Markus Huber, Erwin Kirchler, Luisa Mairhofer, Helga Niederkofler, Josef Schwitzer

Übersetzung:

Maria Antonella Telmon, Evi Dalcomune, Giancarlo Giupponi

Koordination:

Evi Lechthaler, Roger Pycha

Fotos:

Max Pattis

Grafik und Druck:

Ingraf, Auer 2009

the *Journal of Applied Behavior Analysis* (1974), and the *Journal of Experimental Psychology: Applied* (1995).

There are a number of reasons why the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field. First, it is the only journal in the field that is peer reviewed.

Second, it is the only journal in the field that is published by a professional organization, the Association for Behavior Analysis (ABA).

Third, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are visually impaired.

Fourth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are hearing impaired.

Fifth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are cognitively impaired.

Sixth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically impaired.

Seventh, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally impaired.

Eighth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially impaired.

Ninth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually impaired.

Tenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally impaired.

Eleventh, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically disabled.

Twelfth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally disabled.

Thirteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially disabled.

Fourteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually disabled.

Fifteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally disabled.

Sixteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically handicapped.

Seventeenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally handicapped.

Eighteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially handicapped.

Nineteenth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually handicapped.

Twentieth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally handicapped.

Twenty-first, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically handicapped.

Twenty-second, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally handicapped.

Twenty-third, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially handicapped.

Twenty-fourth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually handicapped.

Twenty-fifth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally handicapped.

Twenty-sixth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically handicapped.

Twenty-seventh, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally handicapped.

Twenty-eighth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially handicapped.

Twenty-ninth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually handicapped.

Thirtieth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally handicapped.

Thirty-first, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are physically handicapped.

Thirty-second, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are emotionally handicapped.

Thirty-third, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are socially handicapped.

Thirty-fourth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are spiritually handicapped.

Thirty-fifth, it is the only journal in the field that is published in a format that is accessible to a wide range of readers, including those who are mentally handicapped.

