BRÜCKEN FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT

Psychiatrische Klinik Uelzen Die Brücke Uelzen

Krankheitsbilder

Wissenswertes für Patient*innen, Klient*innen, Angehörige und Interessierte

Impressum

Verantwortlich für den Inhalt
Brücken für Seelische Gesundheit
Dr. Ulrike Buck
An den Zehn Eichen 50
29525 Uelzen

Lektorat, Gestaltung
www.openminded.world

Ausgabe
Dezember 2021 – Änderungen vorbehalten

Die vorliegenden Informationen dürfen in keiner Weise anderweitig genutzt werden. Es ist nicht gestattet, die Texte zu kopieren und/oder für eigene Zwecke in gedruckten oder digitalen Medien zu nutzen.

Inhalt

ADHS im Erwachsenenalter	4
Angststörungen	8
Demenz	10
Depression	12
Persönlichkeitsstörungen	14
Posttraumatische Belastungsstörung	16
Psychoseerkrankungen	18
Psychosomatik	20
Sucht	21
Zwangsstörungen	23

ADHS im Erwachsenenalter

ADHS galt lange Zeit als eine Kinderkrankheit, die sich bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter zurückbildet. Diese Einschätzung hat sich als falsch herausgestellt. In 35 bis 50 % der Erkrankungen werden Symptome mitgenommen. Ungefähr 3 % der Erwachsenen leiden unter typischen ADHS-Symptomen und den damit verbundenen Problemen. Es kommt auch vor, dass ADHS in der Kind- heit nicht erkannt wird. Wird ein begabtes Kind von Eltern und Umfeld gefördert, kann es nahezu unauffällig durch die ersten Schuljahre kommen. Erst bei nachlassender Unterstützung und Strukturierung treten Symptome auf. Gleiches kann passieren, wenn sich die Lebenssituation verändert oder Anforderungen steigen. ADHS zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen durch die Kernsym- ptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Darauf basierend ergeben sich entwicklungs- und altersabhängig unterschiedliche Bilder.

Ein Teil der Betroffenen, eher der „unaufmerksame Typus", kann hypoaktiv, langsam, umständlich, verträumt und abwesend erscheinen. Viele Betroffene entwickeln im Krankheitsverlauf Strategien des Umgangs, so dass sich die Symptome nach außen verändern. Mit der Erkrankungsdauer steigt auch das Risiko für andere psychiatrische Störungsbilder, wodurch sich Symptome überlagern können. Die verminderte Aufmerksamkeit lässt sich bei nahezu allen Erwachsenen mit ADHS finden. ADHSler können oftmals nur kurz fokussiert aufmerksam sein. Die kleinste Ablenkung führt dazu, sich einem neuen Reiz zuzuwenden. Vergesslichkeit, Flüchtigkeitsfehler, Sprunghaftigkeit und Zerstreutheit sind die Folge davon. Das zieht Arbeitsstörungen wie beispielsweise die „Aufschieberitis" nach sich. Betroffenen kann es schwerfallen, gezielt Wissen abzurufen, deren Leistungen sind inkonstant. Es ist allerdings auch so, dass sich Menschen mit einer ADHS hervorragend hyperfokussieren können, vorausgesetzt, sie sind stark am Thema interessiert.

Die im Kindesalter oft stark ausgeprägte Hyperaktivität beziehungsweise motorische Unruhe vermindert sich meist im Jugend-und Erwachsenenalter. Viele von ADHS betroffene Erwachsene fühlen sich dennoch innerlich ruhelos und getrieben. Häufig zeigen sich auch feinmotorische Unruhezeichen wie Wippen mit den Füßen oder Trommeln mit den Fingern. Es gibt auch Fälle, da zeigen Betroffene keinerlei Unruhe, sondern sind vielmehr „bewegungsfaul" oder verlangsamt und wirken abwesend. Die Impulsivität kann sich ebenfalls

reduzieren. Es fällt aber auch Erwachsenen oftmals schwer, spontane Einfälle genauer zu bedenken oder Dinge abzuwarten: „Erst handeln, dann denken", ungewollte Provokation anderer durch verbale Entgleisungen, in Gespräche hineinplatzen, erhöhte Unfallneigung, Missachtung von Regeln, Gesetzen, Vorschriften, riskantes Autofahren, impulshaftes Einkaufen sind einige mögliche Vorkommnisse.

Auch emotionale Regulationsstörungen treten häufiger auf. Teilweise gehen diese einher mit sehr raschen, erheblichen Stimmungsschwankungen, oftmals ausgelöst durch scheinbar geringfügige äußere Veränderungen. Auch eine höhere Kränkbarkeit, Chaos und Desorganisation, schwankender Antrieb, schnelle Erschöpfbarkeit und Lustlosigkeit sind Zeichen hierfür. Wahrnehmungen und Reize können nicht nach „wichtig" oder „unwichtig" unterschieden werden. Es besteht ein Grundgefühl von „ich bin anders".

Es lässt sich leicht ableiten, dass aufgrund der beschriebenen Symptome viele Probleme resultieren können – sowohl in sozialen Situationen, als auch im Arbeitsumfeld. Betroffene erleben Unverständnis, Ablehnung, Ausgrenzung und geraten immer wieder in Konfliktsituationen. Dies passiert oft, ohne dass sie wahrnehmen können, was sie selbst dazu beigetragen haben. Und obwohl die Erkrankten intellektuell einer Anforderung gewachsen sind, gelingt es ihnen nicht, ihr Potenzial zu nutzen.

Folgen davon können sein: ein schlechter oder gar kein Schulabschluss, Ausbildungsabbruch, häufiger Arbeitsplatzwechsel, wirtschaftliche Schwierigkeiten, gescheiterte Freundschaften und partnerschaftliche Beziehungen. Angesichts solcher Erfahrungen kommt es oftmals zu ausgeprägten Selbstwertstörungen. Schlafstörungen, Essstörungen, Burnout-Syndrom und auch Zwänge können sich entwickeln. Zu den häufigsten Begleiterkrankungen zählen Depressionen (40 %), Angststörungen (30 %) und substanzbezogene Störungen (30 %).

Wie bei allen psychischen Störungen können sich die Symptome von ADHS in ihrer Ausprägung stark unterscheiden. Von einer Störung spricht man dann, wenn symptombedingt eine wesentliche Einschränkung in Alltagsfunktionen, beispielsweise in der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit oder in den zwischenmenschlichen Beziehungen, vorliegt. Aber auch Menschen mit Symptomausprägungen unterhalb der Diagnoseschwelle können zeitweise erheblich an den eingeschränkten Alltagsfunktionen leiden.

Die Ursachen und Entstehungsbedingungen der ADHS sind noch nicht vollständig geklärt. Es gilt als sicher, dass das Störungsbild nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist, sondern dass mehrere Komponenten beteiligt sind. Wesentlich sind dabei genetische Faktoren, Bereiche des Gehirns, die für die Steuerung von Aufmerksamkeit, Motorik und Impulskontrolle zuständig sind sowie Systeme, die durch den Dopamin-Stoffwechsel reguliert werden. Ungünstige psychosoziale Bedingungen in der Familie sind ebenfalls bedeutsam. Sie tragen vor allem zum Schweregrad der Symptomatik sowie zum Auftreten zusätzlicher Beeinträchtigungen bei.

Die Diagnose der ADHS stützt sich wesentlich auf eine gründliche psychiatrische Erfragung der Krankheitsgeschichte und auf Schilderungen der* Patient*in zu Problemen in den verschiedenen Lebensbereichen. Wesentlich dabei ist, weitere seelische Erkrankungen wie eine depressive Störung oder eine Suchterkrankung auszuschließen beziehungsweise zu erkennen. Zusätzlich werden standardisierte Fragebogenverfahren zur Selbst-und Fremdbeurteilung eingesetzt. Liegen zusätzliche Erkrankungen vor, können diese die Symptome einer ADHS teilweise oder komplett überlagern. Dies bedeutet, dass solche Symptome die mögliche Ursache dafür sind, dass eine ADHS nicht erkannt wird. Die verschiedenen Störungsbilder genau zu differenzieren ist für die Festlegung der individuellen Behandlungsstrategie wichtig.

Eine solche Strategie umfasst auch

- Psychoedukation
- Strategien der Selbstorganisation Umgang mit Stress
- die Emotionsregulation Impulskontrolle
- medikamentöse Behandlung bei ausgeprägter Symptomatik,
- mit Substanzen die die Konzentration von Noradrenalin und
- Dopamin im synaptischen Spalt erhöhen
  Psychotherapie (Verhaltenstherapie), häufig nach einer medikamentösen Einstellung

Angststörungen

Angstgefühle sind jedem vertraut. Die meisten Menschen kennen die Angst vor einer Prüfung, dunklen Gegenden, großen Hunden oder davor, eine Rede vor Publikum zu halten. Solche Ängste sind zumeist verbunden mit körperlichen und seelischen Reaktionen wie Herzklopfen, Hitzegefühl oder zittriger Stimme. Obwohl diese Reaktionen als unangenehm empfunden werden, kommen die meisten Menschen gut damit zurecht. Sie können daraus sogar einen Nutzen ziehen, indem sie sich beispielsweise auf eine Prüfung gut vorbereiten. Angst verhilft dazu, sich risikobewusst mit der Umwelt auseinanderzusetzen und schützt im Alltag vor Gefahren.

Angst kann also nützlich sein, solange diese ein gewisses Ausmaß nicht überschreitet. Übermäßige Angstgefühle hingegen lähmen das Denkvermögen und schränken die Handlungsfähigkeit ein. Das kann das Lebensgefühl und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Leiden. Etwa ein Viertel aller Menschen leidet einmal im Leben unter einer Angststörung.

Im klinischen Alltag wird unterschieden zwischen

- generalisierter Angststörung
- Panikstörung
- Agoraphobie
- sozialer Phobie
- spezifischer Phobie

Die **generalisierte Angststörung** beginnt oft schleichend nach einem einschneidenden Lebensereignis oder einer großen Belastung. Sie zeigt sich ausgedrückt in großer Sorge oder großen Befürchtungen, bezogen auf viele Lebensbereiche. Frühzeitig erkannt, ist sie gut behandelbar. Bleibt sie über Jahre hinweg unbehandelt, erkrankt mehr als die Hälfte der Betroffenen zusätzlich an einer Depression.

Wie ein Blitz aus heiterem Himmel kann die **Panikstörung** auftreten. Sie tritt in Attacken, meist kurz dauernd auf, und ist begleitet von starken körperlichen Reaktionen. Dies kann sogar dazu führen, dass Patient*innen das Gefühl haben, sterben zu müssen.

Agoraphobie ist die Angst, sich in die Öffentlichkeit zu begeben und vor allem in Situationen zu geraten, aus welchen eine Flucht unmöglich erscheint. Betroffene können kaum mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, im Supermarkt einkaufen oder größere Veranstaltungen besuchen. Eine der schlimmsten Befürchtungen ist es, vor den Augen anderer die Kontrolle zu verlieren, in Ohnmacht zu fallen oder hilflos zu werden.

Die **soziale Phobie** ist gekennzeichnet durch eine krankhafte Schüchternheit und die ausgeprägte Befürchtung, der prüfenden Beobachtung von Mitmenschen ausgeliefert zu sein. Patient*innen sind von der Angst beherrscht, sich zu blamieren, von anderen kritisiert oder lächerlich gemacht zu werden.

Bei **spezifischen Phobien** bezieht sich die Angst auf Konkretes, beispielsweise auf bestimmte Tiere wie Spinnen, Hunde oder Schlangen oder auf bestimmte Situationen wie das Fliegen im Flugzeug, die Nähe zu tiefen Abgründen oder das Schwimmen in tiefen, dunklen Gewässern.

Neben der Ursachensuche der Angststörung spielt in der Therapie die Expositionsbehandlung eine große Rolle. Hiermit ist eine begleitete und angeleitete Konfrontation mit den Ängsten gemeint. Diese führt überwiegend zu deutlich verminderter oder sogar Auflösung der Ängste. Bei sehr hohem Leidensdruck kann eine vorübergehende Kombination mit Psychopharmaka sinnvoll sein.

Demenz

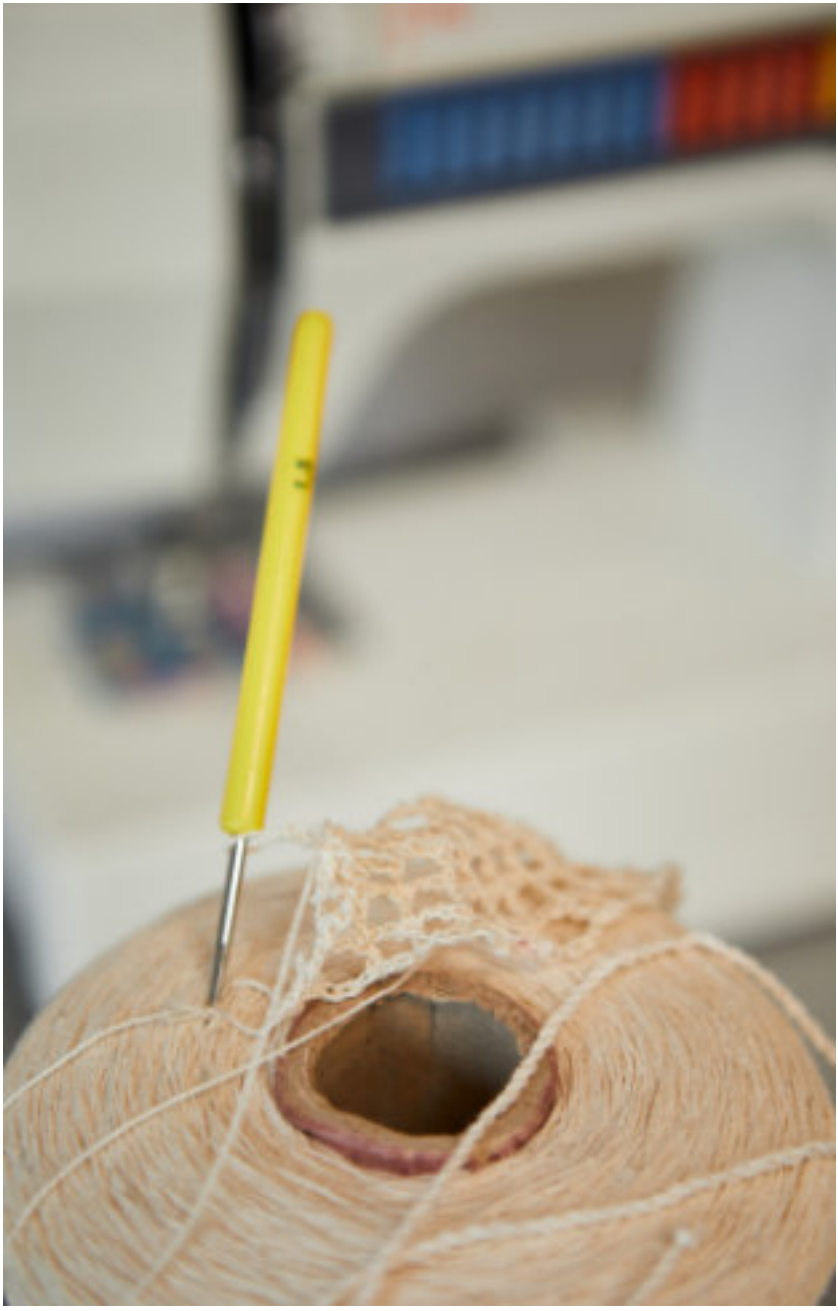
Viele ältere Menschen klagen über nachlassende Gedächtnisleistungen. Das muss jedoch noch kein Zeichen einer Demenz sein. Bei einer Demenz wird in der Regel die Merkfähigkeit für neue Gedächtnisinhalte gestört und das Denkvermögen und die Informationsverarbeitung sind beeinträchtigt. Die Alltagsbewältigung ist zunehmend erschwert und auf lange Sicht ist eine selbstständige Lebensführung oftmals nicht mehr möglich. Demenz ist eine sehr häufige psychische Erkrankung im hohen Lebensalter. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die Zahlen steigen.

Am häufigsten liegt eine Demenz vom Alzheimertyp vor. Die Nervenzellverbindungen im Gehirn nehmen kontinuierlich ab. Dies äußert sich in reduzierter Merkfähigkeit, Wortfindungsstörungen und in Orientierungsschwierigkeiten. Unter Stress, Zeitdruck oder Umgebungswechsel kann dies zunehmen. Darüber hinaus kann es zu weiteren psychischen Auffälligkeiten wie depressiven Verstimmungen, Unruhe, wahnhaften Symptomen sowie Sprachverlust und einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus kommen.

Entwickelt sich eine Demenz stufenweise, liegt häufig eine andere Ursache zugrunde, beispielsweise eine gefäßbedingte Durchblutungsstörung des Gehirns. Die Risikofaktoren für eine solche Störung entsprechen denjenigen, wie sie für Schlaganfall oder Herzinfarkt bekannt sind, beispielsweise erhöhte Blutfettwerte oder eine Blutzuckererkrankung. Die Faktoren müssen im Einzelfall identifiziert und konsequent behandelt werden. Bei ungefähr jeder zehnten aller Demenzformen liegen gut therapierbare Grunderkrankungen vor, wie ein Hormonmangel bei einer Schilddrüsenerkrankung, erhöhter Blutdruck oder auch ein Vitamin B-Mangel.

Entscheidend ist daher eine adäquate Diagnostik. Risikofaktoren und Begleiterkrankungen sollen rechtzeitig erfasst und behandelt werden. Die medikamentöse Unterstützung und die Beratung von Betroffenen und Angehörigen zur Lebensführung sind Teil der Behandlung. Tagesstrukturierende Maßnahmen können den Verlauf der Erkrankung verlangsamen. Im weiteren Verlauf muss gegebenenfalls eine intensivere Betreuung veranlasst werden.

In der **Gedächtnissprechstunde** der psychiatrischen Institutsambulanz bieten wir eine umfangreiche neuropsychologische und neurologische Diagnostik an.



Depression

In den letzten Jahren ist die Depression zunehmend stärker in den öffentlichen Blickpunkt gelangt. Für viele Menschen ist deutlich geworden, dass es sich um eine ernstzunehmende Erkrankung und nicht um ein reines Erschöpfungssyndrom handelt. Mit einer frühzeitigen medizinischen und psychotherapeutischen Hilfe besteht eine sehr gute Prognose. Bei einem länger anhaltenden Zustandsbild kann die Krankheit zu vielfältigen sozialen und psychischen Problemen führen. Arbeitsplatzverlust, familiäre Belastungen durch die Erkran- kung, Rückzug und zahlreiche Ängste können dann die Folge sein. Viele Menschen leiden im Laufe ihres Lebens an depressiven Verstimmungen und ungefähr jede Fünfte entwickelt mindestens einmalig eine klinisch manifeste depressive Störung. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Bei der manisch-depressiven Erkrankung besteht für Männer und Frauen eine gleich hohe Wahrscheinlichkeit.*

Bei den vielfältigen Symptomen einer Depression stehen Niedergeschlagenheit, Antriebsminderung, Interessen-und Freudlosigkeit, Schlafstörungen und Appetitminderung, verbunden mit Gewichtsverlust, häufig im Vordergrund. Sehr belastend sind Selbstzweifel mit dem Gefühl, dass nichts mehr gelingt und man energielos ist, um gewohnten Tätigkeiten nachzugehen. Oft kreisen die Gedanken um das eigene Versagen und die eigene Wertlosigkeit, meist verbunden mit erheblichen Zukunftsängsten. Bei sehr schwerem Krankheitsbild kann hieraus ein *nihilistischer* Wahn entstehen und es können auch flüchtige Halluzinationen auftreten. Wenn die Hoffnungslosigkeit zunimmt, besteht die Gefahr eines schweren Selbstmordversuches oder sogar eines *Suizides*.

Die Ursachen einer Depression können sehr unterschiedlich sein und auch in körperlichen Erkrankungen sowie genetischer Veranlagung ihren Ursprung haben. Deshalb ist es unumgänglich, dass zu Beginn einer Behandlung eine ausführliche Diagnostik steht. Schwierige Lebensumstände, traumatische Erlebnisse, der Verlust eines nahestehenden Menschen oder des Arbeitsplatzes sowie stark lebensverändernde wie die Geburt eines Kindes oder eine berufliche Beförderung können auslösend sein.

Je nach Art und Auslöser beziehungsweise Ursache können Depressionen lange anhalten oder sich als kurze Episoden manifestieren. Im Rahmen einer **bipolaren affektiven Störung** wechseln sich diese Episoden ab mit manischen Phasen.

Es gibt zahlreiche körperliche Erkrankungen, die mit depressiven Symptomen einhergehen und die diagnostisch beispielsweise durch umfangreiche Laboruntersuchungen oder auch einer Bildgebung des Gehirns abgeklärt werden müssen. Die Depression ist psychotherapeutisch und psychopharmakologisch sehr gut behandelbar.

* *nihilistisch* = alle positiven Zielsetzungen, Ideale, Werte, Normen bedingungslos ablehnend
* *Suizid* = Selbsttötung

Persönlichkeitsstörungen

Jeder Mensch ist eine Persönlichkeit mit individuellen charakterlichen Eigenschaften, Stärken und Schwächen, die sich im Denken, Fühlen, Handeln und in den individuellen zwischenmenschlichen Fähigkeiten widerspiegeln. Aufgrund vieler unterschiedlicher Faktoren (wie Erziehung, Lernerfahrungen, Sozialisa- tion, kritische Lebensereignisse, aber auch genetische Einflüsse) entwickeln wir uns in mehr oder weniger unterschiedliche Richtungen und weisen einen bestimmten Persönlichkeitsstil auf. So gibt es Menschen, die besonders ge- wissenhaft sind, und solche, die auf jeder Party im Mittelpunkt stehen. Manche Menschen wiederum sind sehr sensibel. Bei nahezu zehn Prozent der Bevöl- kerung sind bestimmte Merkmale derart stark ausgeprägt, dass die betroffene Person sich nicht oder häufig nicht flexibel und situationsangemessen verhal- ten kann und sie und/oder das Umfeld darunter leiden. Bestehen diese Verhal- tensweisen länger als zwei Jahre und sind nicht durch eine andere psychische Erkrankung zu erklären, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung. Häufig zeigen sich bereits in der Kindheit oder der Pubertät erste Auffälligkeiten.

Bisher wird in den Klassifikationssystemen nach verschiedenen spezifischen Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Dazu zählen neben der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven oder Borderline-Typ auch die paranoide, schizoide, dissoziale, *histrionische*, zwanghafte, ängstliche (vermeidende), abhängige, *narzisstische* oder passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung. Zudem kann bei mehreren vorliegenden Merkmalen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, wenn die Symptome keinen eindeutigen Schwerpunkt bilden.

In den letzten Jahren ist die Unzufriedenheit bei der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen bei Behandelnden gestiegen. Im zukünftigen Klassifikationssystem ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), das voraussichtlich ab 2022 gelten soll, werden Persönlichkeitsstörungen anders diagnostiziert.

Im ersten Schritt werden allgemeine Kriterien (beispielsweise Funktionsbeeinträchtigungen im Selbst und in der Beziehungsgestaltung, Vorliegen unangepasster Muster im Denken, Fühlen und Verhalten, Auswirkungen von erheblichen Leiden auf privates und berufliches Umfeld bei einer Dauer von mindestens zwei Jahren) geprüft. Je nach Ausmaß der Funktionsbeein-

trächtigungen und der Ausprägung in verschiedenen Lebensbereichen, unter anderem bei selbst-und/oder fremdschädigenden Verhaltensweisen, wird ein Schweregrad (leicht, mittel, schwer) festgestellt. Zusätzlich zum Schweregrad kann die Diagnose Borderline-Muster gestellt werden. Weitere spezielle Persönlichkeitsstörungen werden darüber hinaus nicht mehr diagnostiziert.

Im letzten Schritt der Diagnose wird stattdessen die jeweilige Störung einer der fünf Domänen zugeordnet:

- negative Affektivität
- Dissozialität (den sozialen Normen nicht entsprechendes Verhalten)
- Enthemmung
- Zwanghaftigkeit
- Verschlossenheit

Aufgrund des persönlichen Leidensdrucks und der Schwierigkeiten im beruflichen und/oder privaten Umfeld entwickeln sich auch häufig weitere psychische Erkrankungen, etwa Depressionen, Ängste oder Suchterkrankungen. Oft kommen Betroffene erst aufgrund dieser Folgeerkrankungen zur Behandlung, in deren Verlauf auch die Persönlichkeitsstörung erkannt wird.

Persönlichkeitsstörungen sind inzwischen mit unterschiedlichen Verfahren wie der **Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)** sowie der **Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)** gut psychotherapeutisch behandelbar. Psychopharmaka setzen wir nur in Ausnahmefällen und zeitlich begrenzt ein.

histrionisch = im Mittelpunkt stehen *narzistisch* = eigensüchtig

Quelle: https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.2136.de.html

Posttraumatische Belagstungsstörung (PTBS)

Ein Trauma ist eine seelische oder körperliche Verletzung. Von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) spricht man bei spezifischen Symptomen, die daraus resultieren, dass diese Verletzung psychisch nicht verarbeitet wer- den kann. Auch andere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, chronische Schmerzstörungen oder Suchterkrankungen können als Folge von traumatischen Erlebnissen auftreten. Die gleiche „Ursache" kann also zu verschiedenen Folgen führen.

Belastende Ereignisse, die eine PTBS auslösen können, sind nach den Diagnosekriterien Situationen mit „außergewöhnlicher Bedrohung, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden", beispielsweise Gewalterfahrungen oder Übergriffe. In solchen Momenten entsteht neben einer anfänglichen Wut oft Hilflosigkeit und manchmal auch eine dauerhafte Erschütterung des Selbst-und Weltverständnisses: Man versteht die Welt nicht mehr.

Bestimmte Risikofaktoren wie frühere Traumatisierungen, Einsamkeit oder bereits bestehende psychische Erkrankungen können es besonders erschweren, solche Erlebnisse zu verarbeiten. Bilder der schrecklichen Erfahrungen kommen immer wieder hoch; tagsüber als Vorstellungsbilder (Flashbacks), in der Nacht als Albträume. Es ist so, als ob es dem Gehirn nicht gelingt, Erlebtes zu verarbeiten oder abzuschließen. Oft ziehen sich Betroffene zurück und vermeiden es, an das Geschehene erinnert zu werden. Bei manchen Menschen werden die Gefühle taub, andere fühlen sich ihren Emotionen ausgeliefert und es besteht eine ständige Angst, Unruhe und Gereiztheit. Schlafstörungen und eine hohe Schreckhaftigkeit sind typische Folgen. Der Leidensdruck kann sehr hoch sein.

Wenn über einen längeren Zeitraum mehrfach traumatische Erlebnisse geschehen, etwa in der Kindheit, spricht man auch von einer komplexen PTBS. Neben den erwähnten Symptomen treten oftmals langfristige Schwierigkeiten in Beziehungen auf. Gefühle können nicht gut reguliert werden und es bestehen häufig starke Selbstwertzweifel.

In der Therapie der PTBS geht es zuallererst um Sicherheit und Stabilität. Betroffene werden darin unterstützt, wieder eine stärkere Kontrolle über die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen zu gewinnen. Dies ist die Voraussetzung dafür, sich anschließend mit traumafokussierenden Verfahren den Erinnerungen zuzuwenden. Das Erlebte wird dabei nicht vergessen, aber die Betroffenen erkunden und stärken in sich die Erfahrung, dass ihnen das Erlebte jetzt nichts mehr anhaben kann – der Schmerz der Vergangenheit soll die Gegenwart nicht weiter stören.

Psychosen

Eine Psychose ist eine schwerwiegende seelische Erkrankung, bei der ein Mensch den Bezug zur Realität verlieren kann. Es können Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Störungen des Denkens und Störungen der Gefühle auftreten. Häufig erkennen die Betroffenen nicht, dass sie krank sind und ihre Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, erheblich beeinträchtigt ist. So kommt es zu Hand- lungen und Reaktionsmustern, die für Außenstehende schwer nachvoll- ziehbar sind und die die Kommunikation mit den Erkrankten belasten oder erschweren können.

Psychosen können unterschiedlichen Ursprungs sein. Sie können als organische Psychose aufgrund von körperlichen Erkrankungen entstehen, insbesondere bei Erkrankungen des Gehirns, des Nervensystems oder auch bei hormonell bedingten Störungen. Darüber hinaus gibt es Psychosen im Zusammenhang mit Alkohol-oder Medikamentenentzug oder bei Konsum unterschiedlicher Drogen. Nichtorganischen Ursprungs sind Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und schwere Verlaufsformen der manisch-depressiven Erkrankung, bei der wahnhafte Symptome ebenfalls vorherrschend sein können.

Schizophrene Psychosen können unterschiedliche Verlaufsformen haben. Am häufigsten ist die paranoide Psychose, bei der Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Vordergrund stehen. Die Betroffenen hören Stimmen oder haben andere Trugwahrnehmungen wie ein verändertes Körpererleben oder Veränderungen im Bereich des Schmeckens oder des Fühlens, können Wahnvorstellungen aus dem veränderten Erleben heraus entwickeln und sich von anderen beeinflusst empfinden. So entstehen beispielsweise Vorstellungen, dass ihnen die Gedanken entzogen werden oder, dass öffentlich, etwa im Fernsehen, über sie gesprochen wird. Dazu kann das Denken verändert sein, indem es plötzlich abbricht, unverständlich wird, verlangsamt oder beschleunigt erscheint. Dieses Erleben ist meist von massiver Angst beglei- tet, die häufig zu sozialem Rückzug, auf dem Höhepunkt der Symptomatik, auch zu schwerer Erregtheit führen kann.

Manisch-depressive Erkrankungen sind Erkrankungen der Stimmung, des Affektes. Daher spricht man auch von bipolaren affektiven Psychosen. Bei schweren Verläufen können zusätzlich zu den Stimmungsschwankungen Wahnvorstellungen auftreten, die bei Depressionen meistens als Schuld- oder Verarmungswahn, bei Manien als Größenwahn erscheinen.

Als **schizoaffektive Psychosen** werden Krankheitsbilder bezeichnet, die sowohl Symptome der affektiven Erkrankung als auch der paranoiden Psychose aufweisen. Sowohl Wahn, Halluzinationen und Denkstörungen als auch Veränderungen der Stimmung treten gleichzeitig oder hintereinander auf, wobei der Inhalt des Wahns häufig nicht zur veränderten Stimmung passt.

Alle diese Erkrankungen können phasenhaft auftreten. Die einzelnen Phasen können unterschiedlich schwer und lang verlaufen. Manche Betroffene gesunden zwischen den einzelnen Phasen vollständig, andere behalten auch zwischen den Phasen Restsymptome. Bei einigen Betroffenen heilt die Krankheit im Laufe des Lebens wieder aus, andere begleitet sie lebenslang und wird chronisch. Welchen Verlauf die Erkrankung nimmt, ist heute noch nicht vorhersehbar. Eine gute und auf verschiedene Strategien aufgebaute sowie frühzeitig durchgeführte Behandlung kann den Verlauf in jedem Fall günstig beeinflussen.

Wir arbeiten mit pharmakotherapeutischen und psycho-und sozialtherapeutischen Strategien. Eine solche kombinierte Therapie beeinflusst die Erkrankung am wirkungsvollsten. Betroffene werden in gesunden Denk-und Handlungsweisen sowie Interaktionen mit ihren Mitmenschen unterstützt.

Psychosomatik

*Die Psychosomatik beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen seelischen (psycho) und körperlichen (soma) Prozessen. Viele Menschen spüren Schmerzen, Missempfindungen oder Funktionsstörungen in unter- schiedlichen Körperregionen, ohne dass Ärzt*innen dafür eine befriedigende medizinische Erklärung finden können.*

Manchmal bestehen auch große Ängste, dass eine schwere Erkrankung hinter den Empfindungen stehen könnte und diese nur noch nicht entdeckt wurde. Manche Menschen leiden auch unter chronischen Schmerzen, deren Ursachen zwar benennbar sind (beispielsweise bei Arthrosen), die jedoch auch durch intensive medizinische Maßnahmen nicht gelindert werden können.

Als Folge ziehen sich Betroffene häufig sozial zurück. Sie können nicht mehr arbeiten und entwickeln zusätzliche psychische Symptome. Bei einer Depression, einer Angsterkrankung oder einer Traumafolgestörung können auch sehr belastende körperliche Begleitsymptome auftreten. Diese sich gegenseitig verstärkenden Prozesse werden diagnostisch als „somatoforme Störungen“ (ICD 10) beschrieben.

In der neueren psychosomatischen Forschung und Therapie tritt die Frage der Ursache, also ob körperliche oder seelische Gründe ein Symptom hervorrufen, immer mehr in den Hintergrund. Oftmals spielen beide eine Rolle. Wenn sich körperliche Symptome melden, muss sorgfältig untersucht werden, ob eine behandelbare oder gefährliche Erkrankung vorliegt. Und dann geht es darum, die Belastung, also den Stress und das Leid, zu sehen und zu behandeln. Die neue Diagnosebezeichnung „somatische Belastungsstörung“ (ICD 11) berücksichtigt verstärkt die Art und Weise, wie mit körperlichen Symptomen umgegangen wird.

Das Ziel der psychosomatischen Behandlung ist es, Patient*innen darin zu unterstützen, mittels unterschiedlicher körperorientierter und psychotherapeutischer Verfahren hilfreiche Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu entwickeln.

Suchterkrankungen

Suchtmittel und süchtige Verhaltensweisen sind im Alltag sowie in Medien sehr präsent. Das reicht von der enthemmenden Wirkung von Alkohol, der eskalierenden Gewalt bis hin zum steigenden illegalen Drogenkonsum. Doch auch weniger auffällige Formen wie die Medikamentenabhängigkeit durch unkontrollierte Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln, ausufernder Medienkonsum, nicht zügelbares Kaufverhalten oder der ständige Blick auf das Smartphone ge- hören in dieses Spektrum: Wenn beim Konsum von Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltensweisen aus dem Wollen ein Müssen wird und die Kontrolle im Alltag verloren geht, ist professionelle Unterstützung erforderlich.

Während früher zwischen substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen und süchtigen Verhaltensweisen wie Glücksspielsucht, Kaufsucht oder Internetsucht unterschieden wurde, ist heute belegt, dass all diesen Störungen vergleichbare neurobiologische Prozesse im Gehirn zugrunde liegen. Dabei hat der Botenstoff Dopamin eine zentrale Bedeutung im sogenannten Belohnungssystem des Gehirns: Wird Dopamin ausgeschüttet, empfinden die Betroffenen ein Wohlgefühl und das Gehirn wird quasi umprogrammiert. Um eine erneute Ausschüttung von Dopamin zu erzielen, wird das Verhalten wiederholt. Abhängigkeitserzeugende Substanzen greifen in der Regel direkt über einen Rezeptor in das Dopaminsystem ein. Bei süchtigen Verhaltensweisen erlernt das Gehirn, Lust, Freude, Anerkennung und weitere erzeugende Verhaltensweisen zu wiederholen. Andere lustbetonte Verhaltensweisen treten somit zunehmend in den Hintergrund. Auch unangenehme Gefühle wie Langeweile, Probleme bei der Arbeit oder soziale Konflikte werden verdrängt. Treten diese auf, reagiert das umprogrammierte Gehirn mit Suchtdruck, um den Problemen auszuweichen.

In der qualifizierten Entgiftungsbehandlung geht es bei substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen zunächst um einen ärztlich begleiteten körperlichen Entzug, der gegebenenfalls medikamentös unterstützt werden muss. Es folgt ein multiprofessionell durchgeführtes Therapiekonzept mit Gesprächsangebo- ten einzeln und in der Gruppe, Ergo-, Sport-und Bewegungstherapie, Entspan- nung, Akupunktur und umfangreichen Informationen. In der Regel dauert ein Aufenthalt in der Klinik drei Wochen. Zugrunde liegende Störungen wie Angst, Depression oder eine Persönlichkeitsstörung werden in dieser Zeit mitberücksichtigt. Zudem lernen die Patient*innen auch, haltgebende und unterstützende Möglichkeiten für die Zeit nach der Entgiftung in den Alltag einzuplanen.

Zwangsstörungen

Vielen Menschen sind Zwangsphänomene in der einen oder anderen Form bekannt. Manche von uns erledigen Dinge immer in derselben Reihenfolge. Andere hüten sich vor Unglückszahlen, durchdenken Telefonate mehrfach vorher und nachher oder verlassen kaum die Wohnung, ohne noch einmal zu überprüfen, ob der Herd ausgeschaltet ist. Dies muss keine psychische Erkrankung sein. Der Übergang vom normalem zu einem als zwanghaft zu bezeichnenden Verhalten ist fließend und auch von kulturellen Normen abhängig.

Wenn Gedanken nicht mehr kontrollierbar sind und hundertmal am Tag gedacht oder Handlungsabläufe wie Händewaschen stetig wiederholt werden müssen, entsteht häufig ein hoher Leidensdruck für die Betroffenen. Vielfach können sie ihr Verhalten nicht mehr unterdrücken, ohne dabei massiv ängstlich oder unruhig zu werden. Der Alltag kann dadurch stark beeinträchtigt werden. Zudem kann sich dies auf das familiäre und berufliche Umfeld sowie soziale Aktivitäten auswirken.

Die Patient*innen empfinden ihr Verhalten selbst oft als merkwürdig. Sie sind sich der Unsinnigkeit ihrer Gedanken und Handlungen bewusst. Dies führt zumeist dazu, dass sie sich ihrer Symptomatik schämen und diese als peinlich empfinden. Anstelle der Suche nach Hilfe, verstecken sich die Menschen.

Eine spezielle Psychotherapie kann Betroffenen helfen, eine innere Distanz zu ihrem Zwangverhalten und dadurch auch wieder mehr Kontrolle über ihre Gedanken zu gewinnen. Ähnlich wie bei den Angsterkrankungen spielt die Konfrontation mit den auslösenden Faktoren eine wichtige Rolle. Neben einer ergänzenden Psychopharmakotherapie ist dies eine Behandlungsmöglichkeit mit guten Therapieerfolgen, die den Betroffenen empfohlen werden sollte.

BRÜCKEN FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT

Psychiatrische Klinik Uelzen

Die Brücke Uelzen

Psychiatrische Klinik Uelzen
gemeinnützige GmbH
An den Zehn Eichen 50
29525 Uelzen

T 0581 3895-0
F 0581 3895-319
info@pk-uelzen.de
www.pk -uelzen.de

Stiftung Die Brücke

An den Zehn Eichen 50
29525 Uelzen

T 0581 3895-0
F 0581 3895-319
info@bruecke-uelzen.de
www.bruecke-uelzen.de