

Multiaxiale Diagnosesystematik nach DSM IV

- **Achse I - Klinische Störungen u. Syndrome**
- **Achse II - Persönlichkeitsstörungen
und geistige Behinderungen**
- **Achse III - Körperliche Störungen u. Zustände**
- **Achse IV - Psychosoziale und kontextuelle
Belastungsfaktoren**
- **Achse V- Globalbeurteilung des psycho-
sozialen Funktionsniveaus**

Psychische Erkrankungen

gem. ICD 10

Süchte

- Nikotin
- Alkohol
- ill. Drogen
(Heroin, Kokain, Amphetamine/ Speed/ Crystal Meths, THC, Halluzinogene, XTC/ Designerdrogen, ...)
- Medikamente
(Schmerzmittel, Beruhigungsmittel/ Schlafmittel)
- Spielen
→ path. Glücksspiel
→ Online- Spiele

Neurosen

- Zwangserkrankungen
- reakt. Depression
(auch Burn-out)
- Angststörungen
→ Soziale Phobie
→ spezielle Phobien
→ generalisierte Angstst.
- PTBS
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
(Anorexie, Bulimie, BED)

Persönlichkeitsstörungen

- Paranoide Ps (misstrauische)
- Schizoide Ps (ungesellig)
- Schizotype Ps (ahnungsvoll- eigenwillig)
- Borderline Ps (sprunghaft)
- Antisoziale Ps (abenteuerlich/ Selbstbehauptend)
- Narzisstische Ps (besonders ehrgeizig/ überheblich)
- Histrionische Ps (liebenswertig/ dramatisierend)
- Selbstunsicher vermeidende Ps (sensibel / selbstkritisch)
- Abhängige Ps (anhänglich/ loyal)
- Zwanghafte Ps (gewissenhaft)
- Depressive Ps (still- melancholisch)
- Negativistische Ps (Kritisch- pessimistisch)
(passiv- aggressive Ps) (lässig- widerständig)
- Optimistisch- Rhapsodische Ps
- Masochistische Ps (aufopfernd)
- Sadistische Ps

Psychosen

exogene Psychosen (von außen)

- Drogeninduzierte Psychose
- HOPS
(Hirnorganisches psychosyndrom)
- Delir
- Schwangerschaftspsychose / Wochenbettdepression

endogene Psychosen (von innen)

affektive Psychosen

- Manie
- Depression
- Bipolare Störung
(manische- depressiv)

schizophrene Psychosen

Plussymptomatik:

- Halluzinationen (akut., opt., taktil., gustatorisch, olfaktorisch)
- Wahn (-stimmung, -ideen, -systeme)
- Beziehungsideen
- Ich- Störungen

Minussymptomatik:

- Formale Denkstörungen
- Reduzierte kognitive Fähigkeiten
- Antriebslosigkeit, Rückzug, Interessenlosigkeit, Stimmungsschwankungen, Reizdurchlässigkeit, Depressivität, Vernachlässigung

schizoaffektive Psychosen

Süchte

Stoffgebundene Süchte / Abhängigkeiten

Legale Drogen

Nikotin
Alkohol
Schnüffelstoffe

Illegale Drogen

Cannabis
Amphetamine
Heroin
Kokain
LSD
Designer-drogen

Medikamente (Beruhigungs- und Schmerzmittel)
„Legal Highs“ (Badesalze, Pillen, Räuchermischungen)
„Naturdrogen“ (Pilze, Engelstropfpete, Stechapfel ...)

Verhaltenssüchte

Alltagsüchte

kaufen
fernsehen
arbeiten

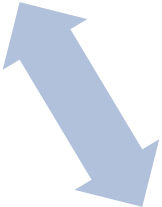
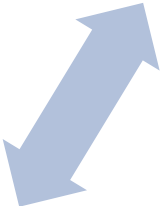
Derzeit anerkannte Verhaltenssüchte

Essstörungen
(Anorexie, Bulimie, BED)
Spielsucht
(path. Glücksspiel, Onlinespiele, Internet)

Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ Leitsymptome nach ICD 10

- 1. Unbezwingbares Verlangen / Suchtdruck**
- 2. Verminderte Kontrolle / Kontrollverlust**
- 3. Dosissteigerung / Toleranzentwicklung**
- 4. Entzugerscheinungen**
- 5. Einbußen in der Lebensqualität,
Vernachlässigung anderer Lebensbereiche,
zeitlicher und finanzieller Aufwand**
- 6. Fortgesetzter Konsum trotz sozialer,
körperlicher, seelischer, geistiger Folgeschäden**

bio
Drogenwirkung
Hirnstoffwechsel
Bahnungen



psycho
Gedanken >
Gefühle



sozial
Setting /
Umwelteinflüsse
Verhalten

Sucht = missglückter Selbsthilfeversuch

Jemand, der wider besseres Wissen weiter konsumiert, versucht i. d. R. sich selbst zu helfen.

Das Suchtmittel ist eine Krücke, die das von ihm wahrgenommene Defizit ausgleichen soll:

Stimmung verbessern, Stimmen wegmachen, Reizabschirmung, Stressabbau, ausweichen und vermeiden, Ängste mindern, Flashbacks aushalten, Erinnerungen ausschalten, Schmerzen lindern, Selbstwert erhöhen usw. usf.

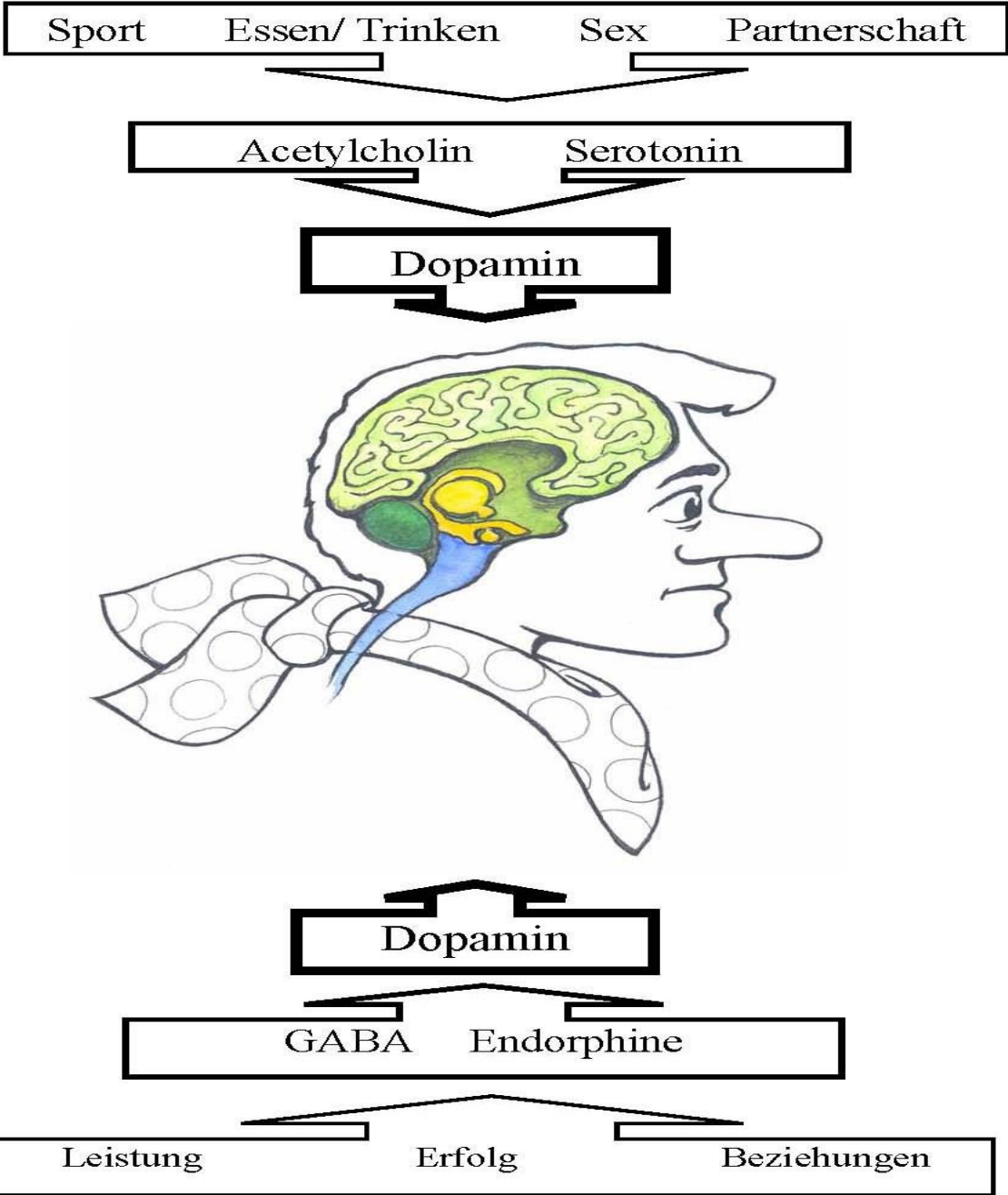
Suchtmittel sind sehr universell einsetzbar, je nach Bedarf und Wirkungsweise.

Sucht ist erlernt

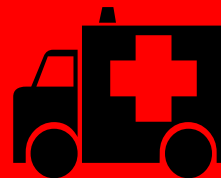
**Alles was wir tun,
so auch jeder Suchtmittelkonsum,
hinterlässt Spuren im Gehirn
(Verknüpfungen, Bahnungen).**

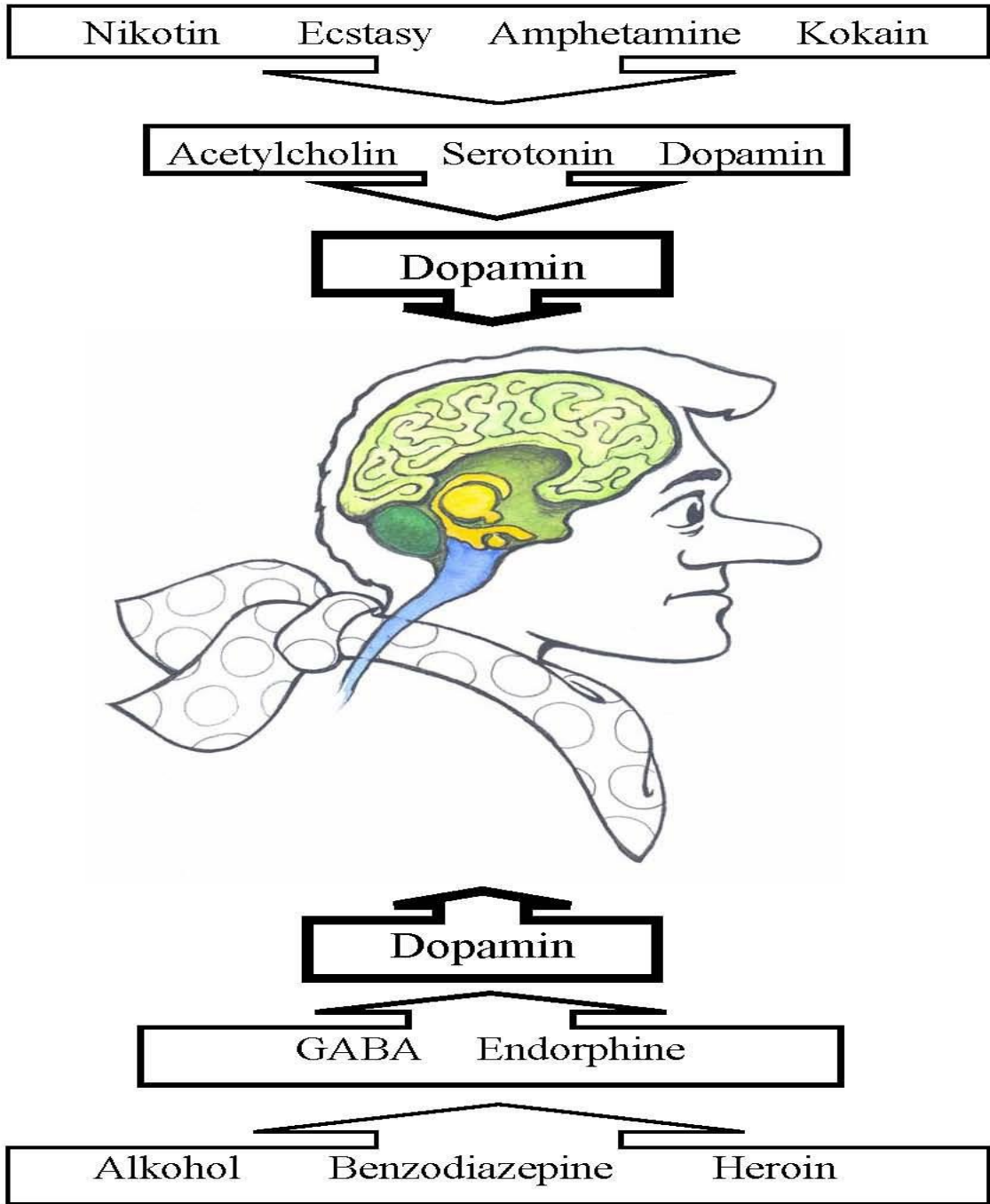
**Der Mensch lernt am besten durch Belohnung.
Jeder Suchtmittelkonsum ist eine starke
Belohnung und führt zur Verfestigung des
Verhaltensmusters.**





**Suchtmittel sind
Trittbrettfahrer
unserer Botenstoffe
im Belohnungssystem
unseres Gehirns**





Behandlung

Entgiftung



Psycho-
therapie



Sozio-
therapie

Trainingsprogramme

- **TEK:**

Training emotionaler Kompetenzen

Kombination von
Entspannung,
Selbstwahrnehmung,
Selbstfürsorge,
Kognitiver Umstrukturierung
und Verhaltensänderung

- **TSK:**

Training sozialer Kompetenzen

Kombination von
Entspannung,
Rollenspielen und
In vivo-Übungen
In den Bereichen
Recht durchsetzen,
um Sympathie werben,
Beziehungen gestalten
(Kritik geben und annehmen)

Trainingsprogramme

- **Ablehnungstrainings**

In Situationen,
in denen Patient zum
Konsum aufgefordert
wird, „Nein“ sagen

Triggerreize am PC
„wegschieben“

- **Skillstrainings**

Techniken zur
Spannungsregulation
(Hochspannungsskills)
und

Alternativen zum
Suchtmittelkonsum
bezogen auf Bedürfnisse

Soziotherapie

Tagesstruktur / Arbeit

Freunde / Familie / Kontakte / SHG

Umgang mit Risikosituationen

Problemlösung, Konfliktlösung

**Alltagsbewältigung (Behörden, Finanzen,
Post, Arzttermine, Haushalt ...)**

Krisenplan

Triggerreize und Risikosituationen

„Stopp“, innehalten, Reflexion

sicherer Ort

Angemessene Selbstfürsorge

Kontaktaufnahme

„soziale Kontrolle“ / ggf. Entgiftung

einleiten

Suchthilfe-App nutzen !

Hirntraining

PC-Programme (Triggerreize „wegdrücken“)

Meditation (bessere Wahrnehmung von dem, was gedanklich läuft, Suchtgedanken nicht folgen / nicht „anhaften“, bessere Konzentrations- und Steuerungsfähigkeit)

Üben üben üben auf anderen Wegen, das zu bekommen, was man braucht

„neurotische“ Störungen:

psychische Erkrankungen, die sich
aus der Biografie heraus erklären
lassen

Bei diesen Störungen liegt der
Schwerpunkt auf der
**psychotherapeutischen
Behandlung,**
insbesondere
verhaltenstherapeutische Ansätze

„Neurotische“ Störungen

Angststörungen

Zwangserkrankungen

Somatisierungsstörungen

reaktive Depression /

Anpassungsstörungen

PTBS

Essstörungen

Formen von Angststörungen:

Panikstörungen

Agoraphobie

spezielle Phobien

soziale Phobie

generalisierte Angststörung

Panikstörung:

Angst, Herzinfarkt zu bekommen,
Todesangst,
starke körperliche Symptome

Agoraphobie:

Angst, nicht gerettet werden
zu können

Spezielle Phobien:

Klaustrophobie (Enge)

Tierphobien

Blut-Spritzen-Phobie

Höhenangst

Flugangst

usw.

Soziale Phobie:

Angst vor der Bewertung durch
andere,

Angst, sich lächerlich zu machen,
Peinlichkeit, Scham,

oft nur auf bestimmte Situationen
bezogen,

oft ausgelöst durch ungünstige
Erfahrungen in der Schulzeit

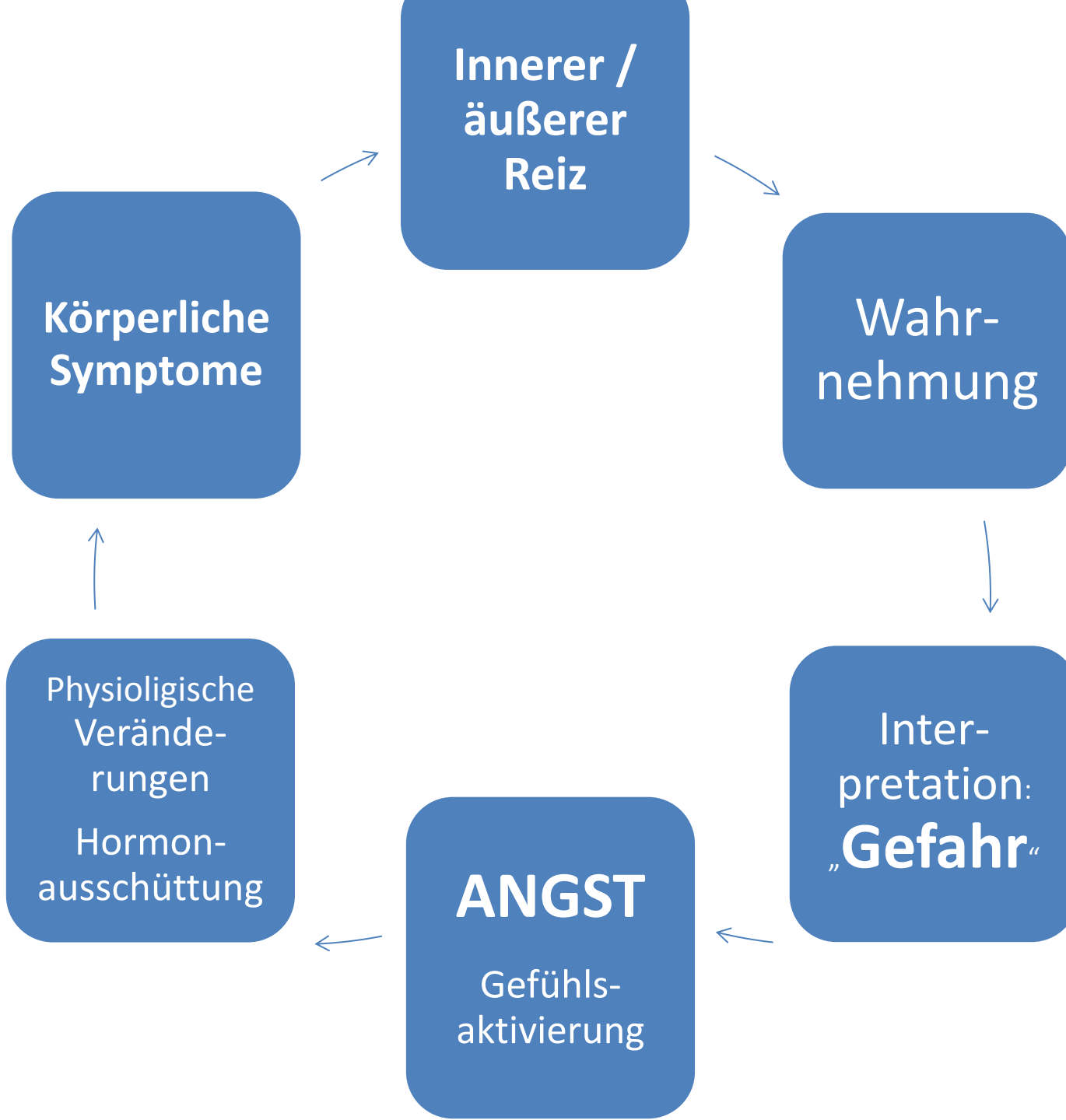
Generalisierte Angststörung:

permanente Sorgenkreise darum,
dass etwas passieren könnte,
insbesondere bezogen auf
Angehörige, Freunde usw.

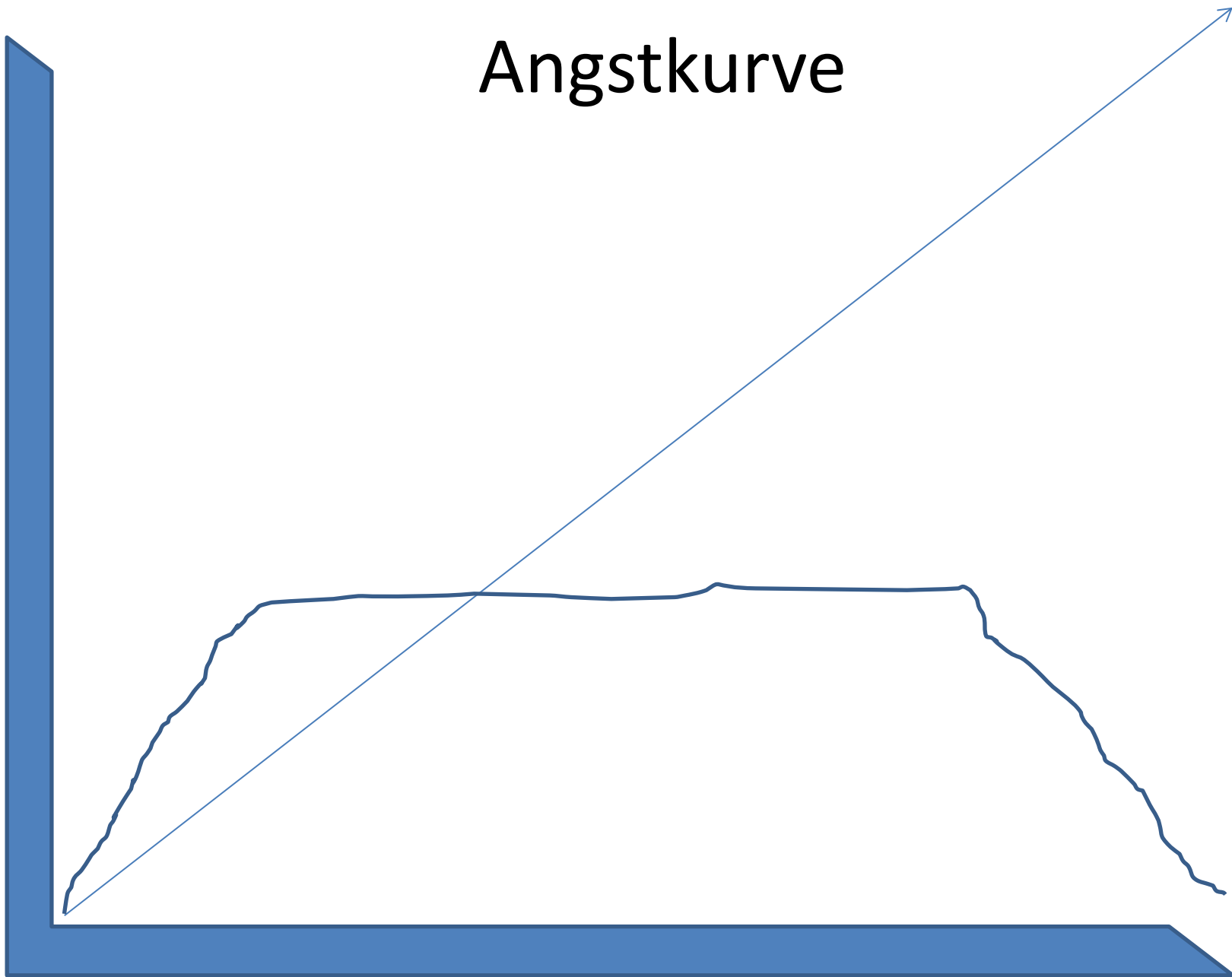
Angst ist eine sinnhafte Reaktion um bei Bedrohung durch „fight or flight“ reagieren zu können.

Realangst versus übersteigerte (phobische) Angst

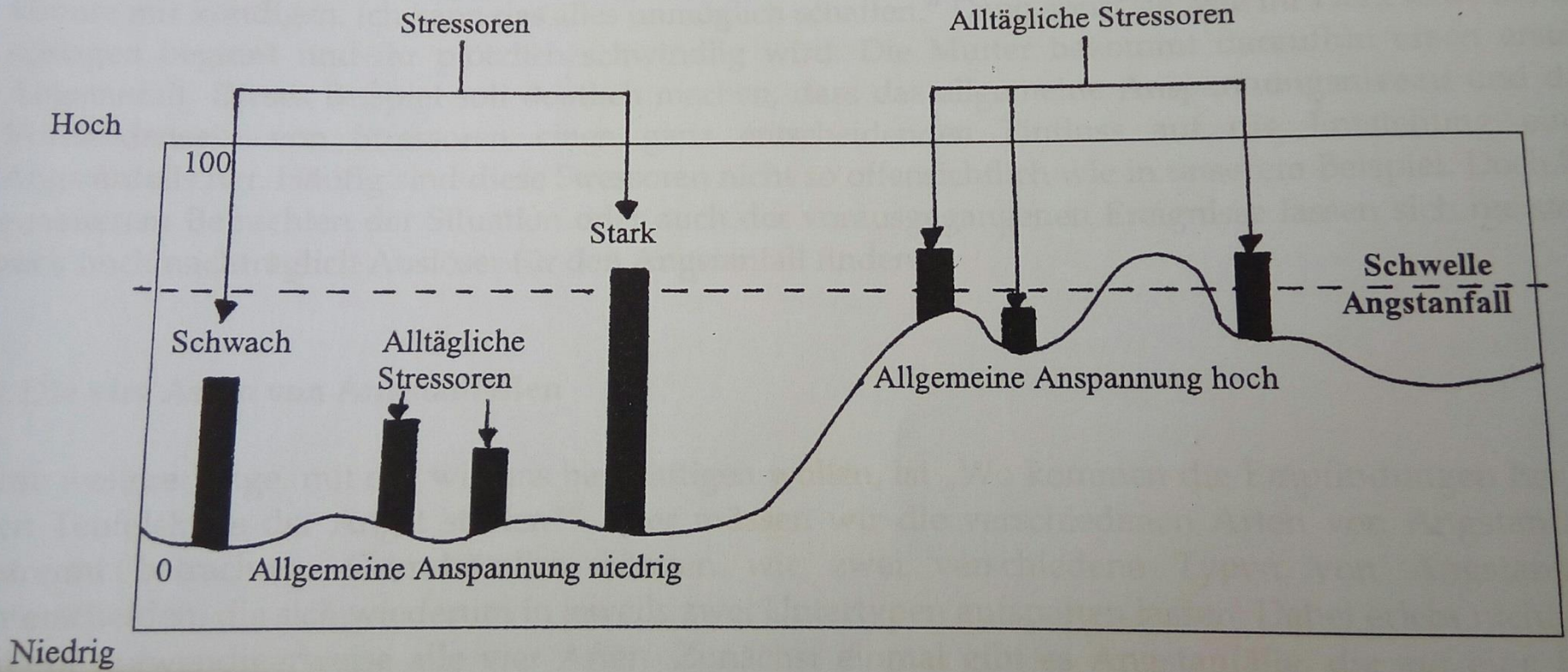
Es gibt angeborene Ängste (Höhe, Weite, Dunkelheit, Gedränge, Schlangen / Skorpione ...)



Angstkurve



Stressmodell



Behandlung von Angststörungen

Entspannungstechniken lernen (PMR), da Angst und Entspannung sich ausschließen

Psychoedukation (Angstkreislauf erklären)

Exposition in sensu (in entspanntem Zustand die Angstsituation mit erfolgreichem Ende durchspielen)

Exposition in vivo (zunächst in Begleitung, später alleine, sich der Angstsituation aussetzen, gutes Ende !!!)

**Die Angst vor der Angst ist das,
was es den Patienten
unmöglich scheinen lässt,
dagegen an zu gehen.**

**Der Weg geht dahin,
wo die Angst ist.**

**Keine Vermeidung,
sondern Exposition.**

Suchtmittel sind Vermeidung!!!

Medikamente bei Angststörungen

Benzodiazepine:

*Valium / Diazepam, Tavor /
Lorazepam*

helfen prima,

aber machen schwerst abhängig!

BZD-Konsum fördert die Entstehung
von Angststörungen!

Antidepressiva mit „Nebenwirkungen“

SSRI's: *Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Sertralin* gegen

Panikstörungen und **soziale Phobie**

SSRI mit Noradrenalinhemmer:

Venlafaxin gegen soziale **Phobien** und **Zwangsstörungen**

SSRI's verursachen oft sexuelle Funktionsstörungen

MAO-Hemmer: ***Moclobemid***
wirkt **antidepressiv** und gegen
soziale Phobie,
senkt nicht die Krampfschwelle,
kardial gut verträglich

Beta-Blocker senken die
Pulsfrequenz und den Blutdruck,
sollen damit gegen Nervosität
helfen, kontraindiziert bei COPD
und Asthma

ACE-Hemmer sind ebenfalls
Blutdrucksenker und sollen so
allgemein beruhigend wirken

Lyrica / Pregabalin

eigentlich gedacht gegen
neuropathische Schmerzen (z. B.
Gürtelrose, PNP ...) zugelassen bei
Generalisierter Angststörung

wirkt ähnlich wie BZD,
daher hohes Suchtpotenzial

**Eine
Post-
Traumatische-
Belastungs-
Störung-
ist eine **NORMALE** Reaktion
auf ein
UNNORMALES Ereignis**

Die **Amygdala** (zuständig für Aufnahme und Weiterleitung von emotionalen Informationen) gibt diese nicht weiter an das Ordnungssystem, den **Hippocampus**, der für Raum- und Zeiteinordnung zuständig ist.

Der **Neocortex**, der zuständig ist für die Selbstreflexion und Versprachlichung, wird nicht erreicht.

Die Traumaerfahrung „kreist“ sozusagen „weiter im **Limbischen System**“, dadurch werden Traumainhalte zusammenhanglos, überfallartig und ungewollt immer wieder als gegenwärtig erlebt (Intrusionen, Flashbacks, Alpträume, Körpersensationen, starke Emotionen)

Triggerreize,

(Bilder, Worte, Geräusche, Gerüche,
Geschmäcker, Empfindungen,
Berührungen usw.)

die u. U. nur sehr entfernt mit dem
Trauma verknüpft sind
führen zu erneutem Erleben des nicht
verarbeiteten Traumas

Behandlung:

Erst **Stabilisierung**, bis der Patient sich selbst bei Flashbacks und Dissoziationen helfen kann.

Dann **Verbalisierung** des Erlebten, so dass eine biografische Einordnung auf Großhirnebene stattfinden kann

Zwangserkrankungen

Ziel: Abwehr von Angst

Unterschied zur Sucht: kein „Kick“
Belohnung nur durch negative
Verstärkung,
nicht durch direkte Belohnung

**Die Behandlung von
Zwangserkrankungen erfolgt
ähnlich wie bei Angststörungen:
kognitive Verhaltenstherapie
und Exposition, d. h. der Patient
muss sein Zwangsverhalten
unterlassen und ERLEBEN, dass
dadurch keine Katastrophe
erfolgt.**

Haupt- und Zusatzsymptome der Depression

Hauptsymptome:

- 1. Niedergeschlagenheit**
- 2. Freud- und Interesselosigkeit**
- 3. Antriebslosigkeit**

Zusatzsymptome:

- 1. verminderte Konzentration u. Aufmerksamkeit**
- 2. vermindertes Selbstwertgefühl
vermindertes Selbstvertrauen**
- 3. Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit**
- 4. negative / pessimistische Sicht der Zukunft**
- 5. Suizidgedanken / Suizidhandlungen**
- 6. Schlafstörungen**
- 7. verminderter Appetit**

Schweregrad der Depression

leichte Depression: 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome

mittlere Depression: 2 Haupt- und 3-4 Zusatzsymptome

schwere Depression: 3 Haupt- und
mehr als 4 Zusatzsymptome

verändertes Denken in der Depression

negative Triade:

negative Sicht

das **Selbst** betreffend

die **Welt** betreffend

die **Zukunft** betreffend

negative Zuschreibung:

internal = es liegt an mir

stabil = es wird immer so sein

global = es betrifft alles

es gibt wenige Verstärker die den Betroffenen erreichen (es kommt nix an)



dadurch insgesamt nur noch wenig positive Verstärkung



als Folge Depression



soziale Verstärkung der Depression dadurch, dass die Umwelt dem Betroffenen alles abnimmt (positive Verstärkung für Depression) und ihn gleichzeitig ablehnt (Verlust pos. Verstärkung)

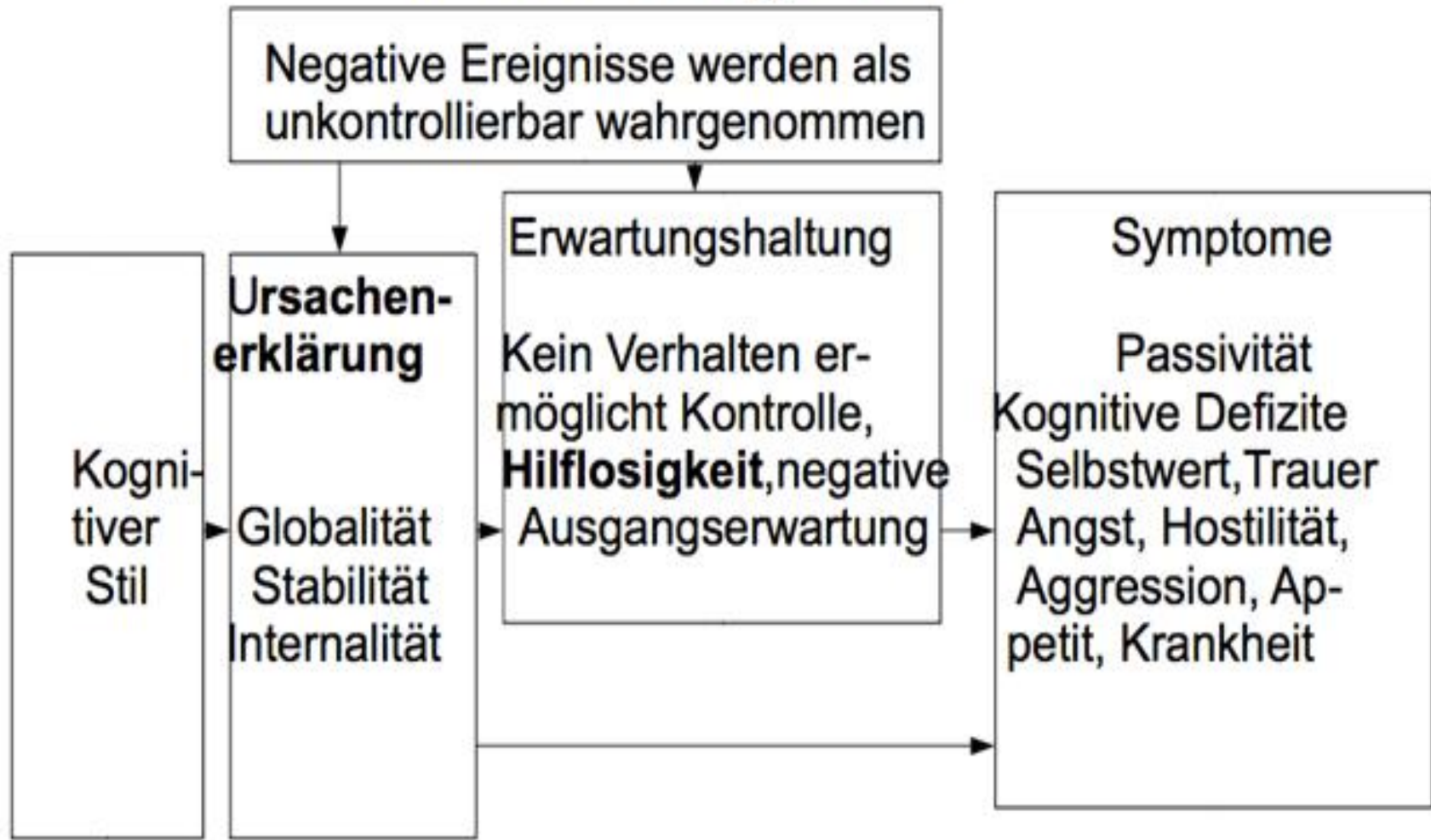
wenige Verstärker verfügbar (mangelnde soziale Teilhabe)

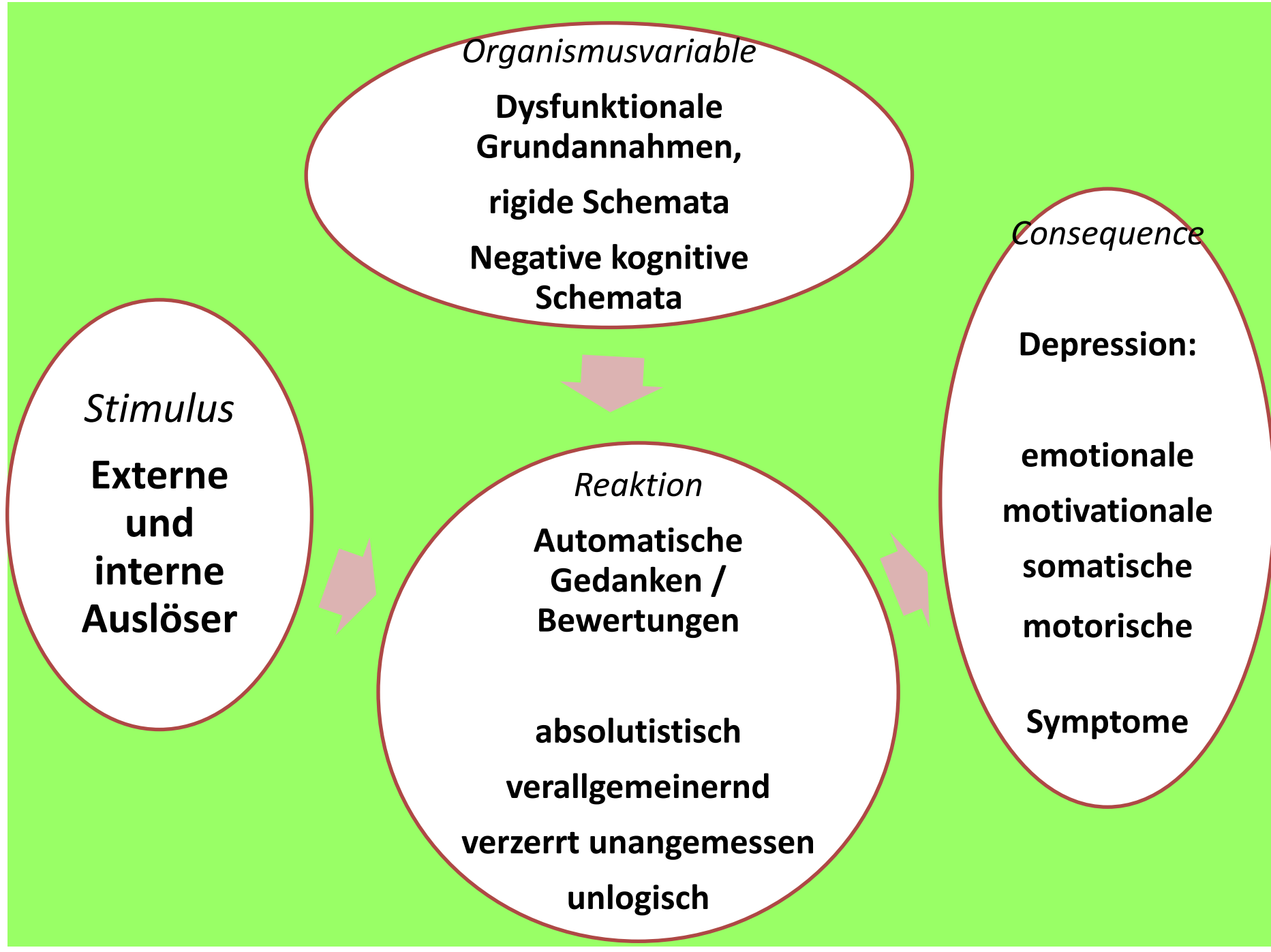


Betroffener bleibt passiv



Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman





Organismusvariable

**Dysfunktionale
Grundannahmen,
rigide Schemata
Negative kognitive
Schemata**

Consequence

Depression:

**emotionale
motivationale
somatische
motorische**

Symptome

Stimulus

**Externe
und
interne
Auslöser**

Reaktion

**Automatische
Gedanken /
Bewertungen**

**absolutistisch
verallgemeinernd
verzerrt unangemessen
unlogisch**

11 dysfunktionale Kognitionen nach Ellis

1. Liebe (Beziehung)

Ich muss unbedingt von jeder wichtigen Person meiner Umgebung geliebt und geschätzt werden.

(Bei Kritik entsteht das Gefühl von Wertlosigkeit; Anpassung, Zurückstellen eigener Bedürfnisse, Unterordnung, ständig eigene Existenz rechtfertigen, Aktionismus, vermeintliche Fehler wiedergutmachen, Depression, burn-out)

2. Kompetenz (Selbstsicherheit)

Ich muss durchgängig kompetent sein, an jedem Platz meinen Mann stehen und in jeder Hinsicht tüchtig sein, wenn ich vor mir selbst bestehen möchte.

(Unsicherheit, sich selbst infrage stellen, Zwanghaftigkeit, Perfektionismus, Stress, burn-out)

3. Katastrophisierung (Frustration)

Es ist eine Katastrophe wenn etwas nicht so läuft, wie ich es gerne hätte.

(Anspruchshaltung an andere, Angst vor Kontrollverlust, ständige Frustrierung, Enttäuschung, hoher Druck, burn-out)

4. Ausgleichende Gerechtigkeit (Kontakt)

Manche Menschen sind schlecht, boshaft oder kriminell, dafür sollten sie hart angefasst und bestraft werden. Ich muss sie jedenfalls unbedingt auf ihre Fehler hinweisen,

(Überhöhtes Gerechtigkeitsempfinden, Bestrafungsimpulse, Zwanghaftigkeit, Kontaktprobleme, Unbeliebtheit, gemobbt-werden, Zurückweisung durch andere, nicht dazu gehören, Frust, Leiden an der Ungerechtigkeit der Welt, Überheblichkeit, Verbitterung, nicht großzügig und entspannt sein können)

(„Seit ich die Menschen kenne liebe ich die Tiere“)

5. Des anderen Schuld (Hilflosigkeit)

Ein Unglück kommt immer von außen und ich kann wenig oder gar nichts gegen meine Sorgen und Nöte tun.

(Klagen, Jammern, Opfer sein, Hilflosigkeit, Verbitterung, Fatalismus, Passivität, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Depression, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Sucht. „Andere sind schuld daran, dass ich trinke“ „Das kann doch niemand anders ertragen“)

6. Panik (Ausgeliefertsein)

Wenn etwas gefährlich oder beängstigend ist muss man es schrecklich ernst nehmen und immer daran denken, dass es prompt eintreten könnte.

(immer auf das Schlimmste vorbereitet sein, Angststörungen, Generalisierte Angststörung, Panikstörung, Übervorsichtigkeit / Rückzug, sich ständig sorgen, immer kontrollieren müssen, sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlen, Kontrollversuche / Zwang)

7. Vermeidung (Rückzug)

Es ist leichter, sich gewissen Schwierigkeiten und Verpflichtungen zu entziehen, als ihnen ins Auge zu sehen.

(ängstlich-vermeidend, Rückzug, Vermeidung von Risiko / nichts probieren, Passivität, keine Eigenverantwortlichkeit, Minderwertigkeitsgefühl, Depression)

8. Hilflosigkeit (Abhängigkeit - Dependenz)

Ich bin von anderen abhängig und brauche jemanden starkes, auf den ich mich verlassen kann.

(selbstunsicher, Depression, Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit, Passivität, keine Eigenverantwortlichkeit, Anpassungsdruck (sich dem vermeintlich Starken mit dessen Macken anpassen müssen))

9. Schicksal (Ergebenheit)

Meine Vergangenheit bestimmt entscheidend mein gegenwärtiges Leben, weil etwas, was mich einmal sehr betroffen hat, unauslöschlich ist.

(Fatalismus, Depression, Determinismus, Schicksalsergebenheit, Passivität, keine Eigenverantwortlichkeit, Oberplan lässt keine Chance, Selbstbehinderung, Starre, Resignation)

10. Bestürzung (Grenzen)

Wenn jemand anderes Probleme oder Krisen hat, so betrifft mich das sehr stark und ich muss bestürzt sein.

(kann sich nicht abgrenzen, zu starkes mitschwingen, will dauernd helfen, immer in Alarmbereitschaft, Erschöpfung, burn-out, Ablenkung von eigenen Problemen, oder Stellvertreterleben, Pseudogefühle, lebt emotional-parasitär durch die Gefühle anderer)

11. Eindeutige Lösungen (Festlegung)

Es gibt für alle menschlichen Probleme eine ein und für alle Mal genaue und richtige und perfekte Lösung und es bedeutet eine Katastrophe, wenn diese Lösung nicht gefunden wird.

(Rigidität, dominant, despotisch, Abwertung anderer Sichtweisen, kompromisslos, zwanghaft, schwarz-weiß-Denken / entweder-oder, Ängste, Dysthymie: besondere Form der Depression: ständig bedrückte Stimmung aber noch handlungs- und arbeitsfähig, Verbitterung)

Typische systematische Denkfehler nach Beck

(diese Denkfehler würden sich auch den 11 falschen Grundannahmen von Ellis zuordnen lassen)

1. willkürliches Schlussfolgern

(Ursache und Wirkung verwechseln, magisches Denken, Deduktion (der guckt so komisch, der mag mich nicht; alle Hunde sind Pudel))

2. selektives Verallgemeinern

von einem einmaligen Vorkommnis auf Immer schließen (Steigerung von 1.), aus einmal ein Gesetz der Regel machen (einmal versagt, immer versagen)

3. Übergeneralisieren immer, nie, alle, jedes Mal, nur

4. Maximieren und Minimieren

Negatives dramatisieren, Positives schmälern und negativ hinterfragen (Komplimente und Lob klein machen, neg. Kritik sehr viel Gewicht geben)

5. Personalisieren

alles (negative) auf sich beziehen (sowas passiert immer nur mir)

6. Dichotomes Denken

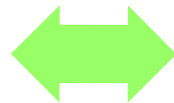
schwarz-weiß-Denken, es gibt nur ganz oder gar nicht, nur 0 oder 100, nur gut oder böse, keine Abstufungen, Grautöne und keine gleichzeitig bestehenden Gegensätzlichkeiten.

(ich hab ein Bier getrunken, jetzt ist alle egal)

bio
**Hirnstoff-
wechsel**



psycho
**Gedanken /
Emotionen**



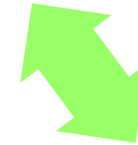
sozial
**belastende
Lebensereignisse
Setting / Verhalten /
Strukturen**

Hirnstoffwechsel: Serotoninmangel

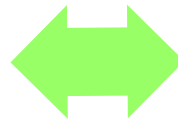
Psycho: dysfunktionale Gedanken
führen zu dauerhaft negativer
Stimmung

Setting / Verhalten / Strukturen:
Belastungen / Stress / Verluste
Passivität und sozialer Rückzug

Antidepressiva
Licht
Bewegung



**Kognitive
Psychotherapie:**
**Veränderung der
Denk- und
Bewertungs-
muster**



Sozialkontakte
**Erfolg und
Vergnügen**
**Aktion gegen
Depression**

Behandlung von Depressionen:

Stoffwechsel: Antidepressiva, Licht,

Bewegung, ggf.EKT

Psyche: kognitive VT

(Veränderung dysfunktionaler

Denkschemata und

Grundüberzeugungen)

Sozial: Aktion gegen Depression,

Erfolg und Vergnügen,

Stressmanagement

Antidepressiva

alte, trizyclische AD, z.B. Saroten / Amitriptylin

neue, SSRI's z. B. Citalopram, Venlafaxin

erst kommen Nebenwirkungen/
Eindosierungsphänomene (die später i. d.

R. verschwinden),
die stimmungsaufhellende Wirkung setzt
erst nach 2-4 Wochen ein.

Keine antriebssteigernden AD bei akut
suizidalen Patienten!!!

Antidepressiva

klassische AD: ***Amitriptylin***

SSRI'S (auch gegen Angst): ***Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin***

MAO-Hemmer: ***Moclobemid***

Duale AD: ***Venlafaxin*** (auch gegen Angst und Zwang)

Duloxetin (auch gegen Angst und Zwang und schmerzdistanzierend)

SRI: ***Fluoxetin*** (auch gegen Bulimie)

Bupropion (wirkt
auch auf Dopamin-Haushalt, daher
auch gegen ADHS)

Alpha-2-Blocker: ***Mirtazapin*** (stark
beruhigend und
schmerzdistanzierend)

Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM IV

- **Überdauernde Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der kulturellen Umgebung abweicht**
- **Das Muster ist unflexibel, tiefgreifend in der Persönlichkeit verankert**
- **Führt zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.**
- **Das Muster ist stabil, lang andauernd und bis in die Adoleszenz oder frühem Erwachsenenalter zurück zu verfolgen.**
- **Lässt sich durch andere psychische Störungen nicht besser erklären.**
- **Geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (Droge) oder eines Krankheitsfaktors (Hirnverletzung) zurück.**

Systematik der Persönlichkeitsstörungen nach DSM

CLUSTER A

Sonderbar, exzentrisch, auffällig, distanziert

paranoid - schizoid - schizotyp

CLUSTER B

Dramatisch, emotional, sprunghaft, impulsiv, wenig empathisch

antisozial - Borderline - histrionisch – narzisstisch

CLUSTER C

Ängstlich, furchtsam, unsicher

depressiv - negativistisch (passiv-aggressiv)

selbstunsicher - dependent - zwanghaft

PS als Lösungen für schwierige und frustrierende Interaktionen in der Kindheit

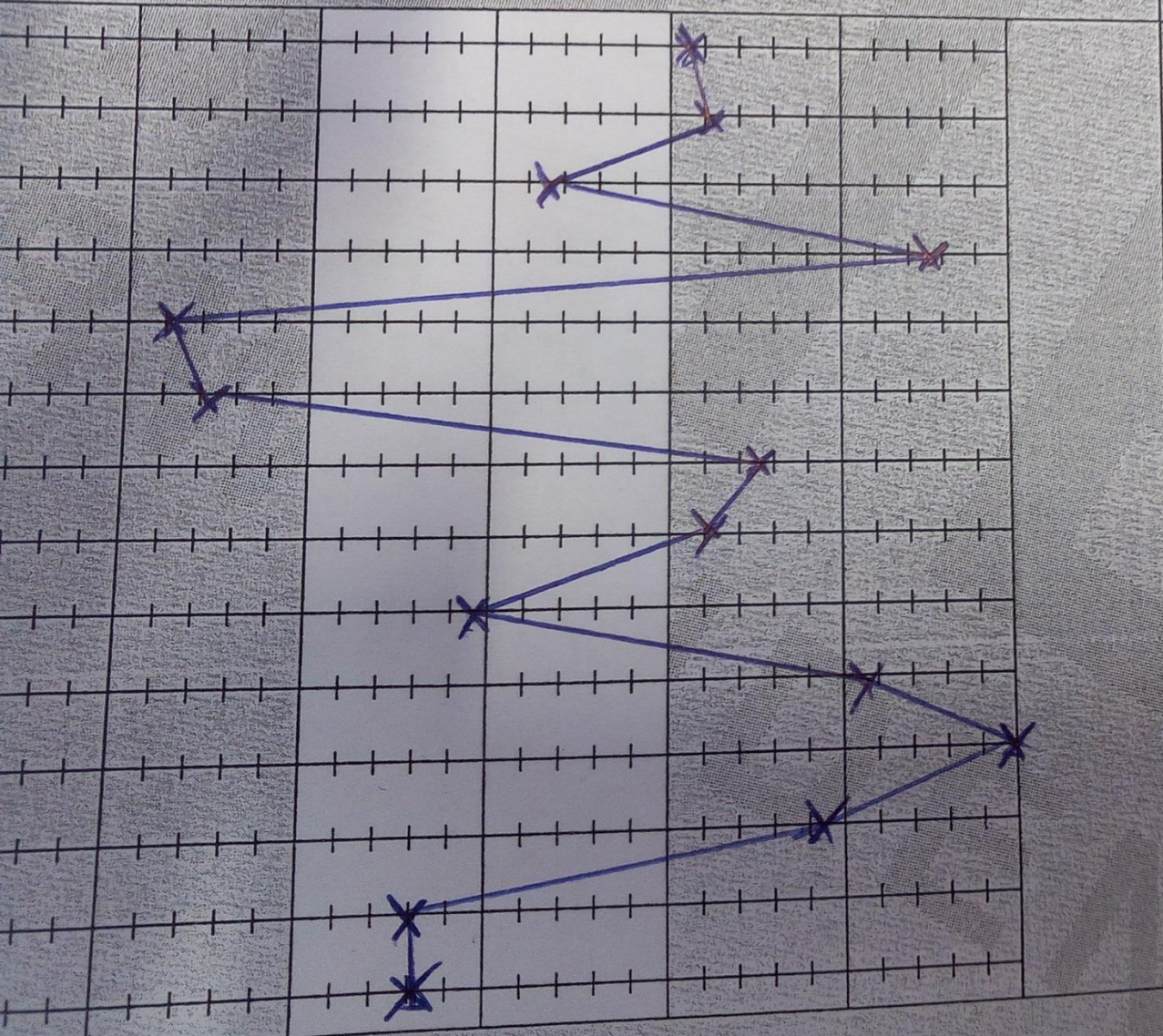
- unzureichende Befriedigung zentraler Bedürfnisse (u.a. Zuwendung, Anerkennung)**
- Entwicklung von dysfunktionalen Schemata, negativen Annahmen und Erwartungen**
- Entwicklung von „Überlebensstrategien“ auf der Grundlage dysfunktionaler Annahmen, die das Schema aufrechterhalten**
- Wahl der Strategien von den Kompetenzen und Veranlagungen der Person und der sozialen Umwelt abhängig**

ge 56- bis 82-jährige

Männer Frauen

T-Werte

30 40 50 60 70 80



- Stil-Störung
- eigenwillig-paranoid
- zurückhaltend-schizoid
- ahnungsvoll-schizotypisch
- spontan-borderline
- liebenswürdig-histrionisch
- ehrgeizig-narzisstisch
- selbstkritisch-selbstunsicher
- loyal-abhängig
- sorgfältig-zwanghaft
- kritisch-negativistisch
- still-depressiv
- hilfsbereit-selbstlos
- optimistisch-rhapsodisch
- selbstbehauptend-antisozial

Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten: Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Selbstschema

Ich bin ein
Versager, ich
genüge nicht,
blamiere andere,
Ich bin allein

Kernmotive

Ich brauche
Anerkennung
und Bestätigung,
vermeide Kritik

Selbstbild
Nach Aussen

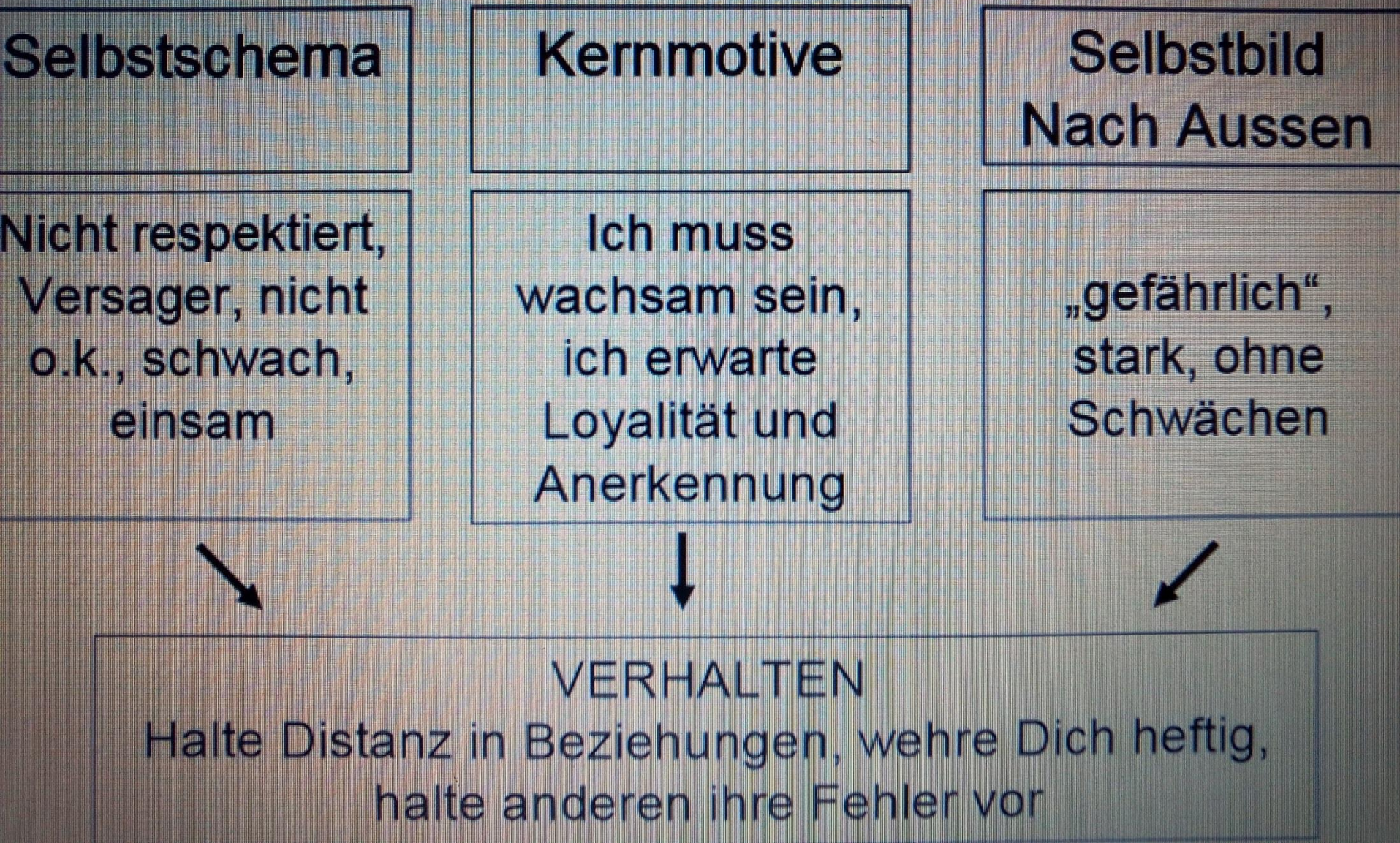
Ich bin toll, ich
bin erfolgreich,
ich bin
kompetent



VERHALTEN

Fordern besondere Behandlung ein, setzen
Regeln, nutzen andere für ihre Ziele

Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten: Paranoide Persönlichkeitsstörung



Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Selbstschema

Ich bin nicht wichtig, ich habe nichts zu bieten, Ich gehöre nicht dazu

Kernmotive

Ich muss wichtig sein,
Aufmerksamkeit bekommen

Selbstbild Nach Aussen

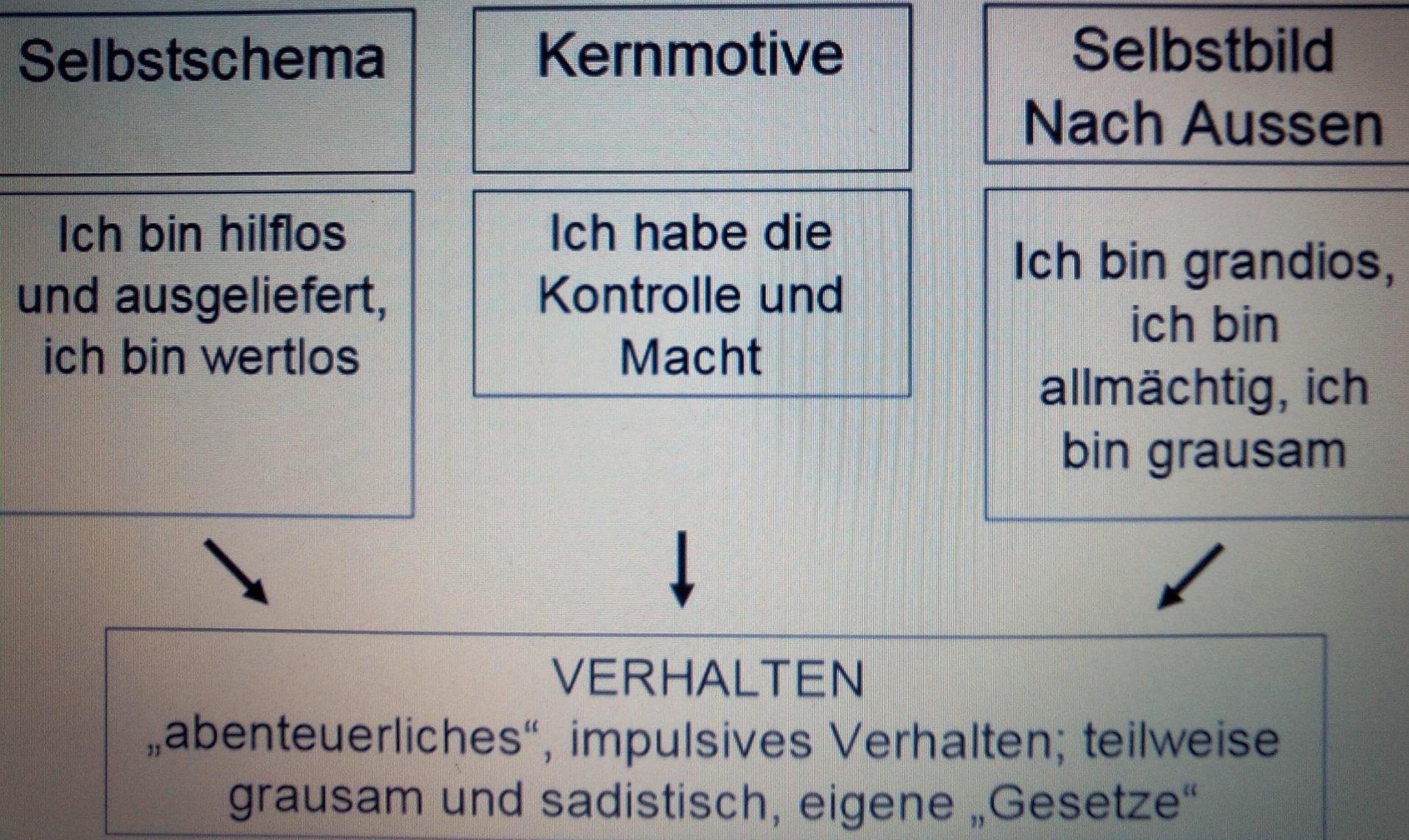
Ich bin attraktiv,
ich bin
begehrtest, ich bin
unterhaltsam



VERHALTEN

Kleiden sich auffallend, sind unterhaltsam, „leiden“
dramatisch, fordern Aufmerksamkeit

Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten: Dissoziale Persönlichkeitsstörung



Schemata, Motive und interpersonelles Verhalten: Zwanghafter Persönlichkeitsstil

Selbstschema

Inkompetent
Nicht wichtig
Nichts zu bieten
Keine Kontrolle

Kernmotive

Ich muss
perfekt sein,
Kontrolle
behalten

**Selbstbild
Nach Aussen**

kompetent
Pflichtbewusst
Moral. überlegen
distanziert



VERHALTEN

Regeln genau beachten, kontrollieren, bewerten,
kritisieren, alles selbst machen

Borderline - Persönlichkeitsstörung - Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (1) -

(1) Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern

(2) Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet.

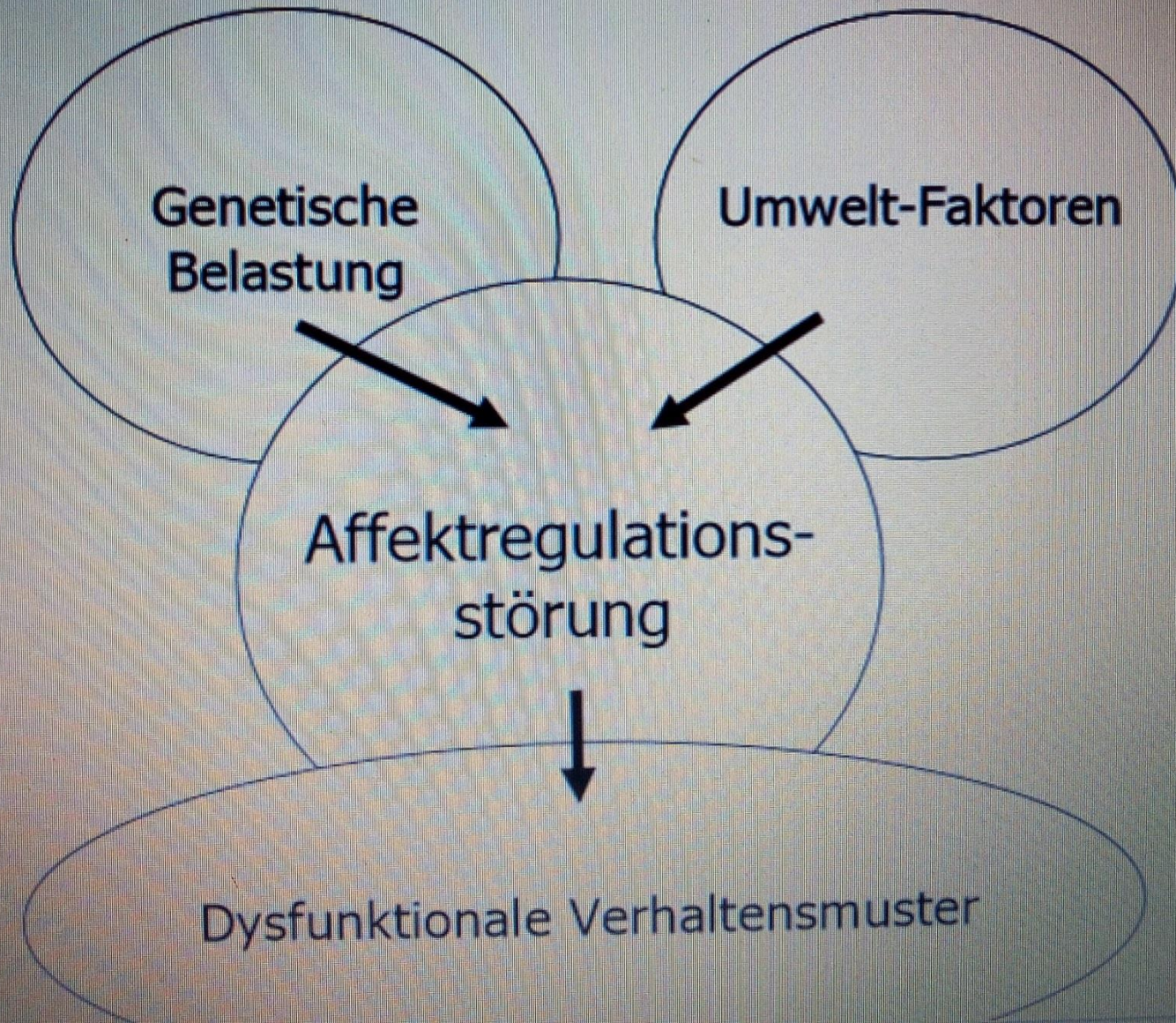
(3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.

(4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geld ausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle).

5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, Suizidandeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

6) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist: z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst. (Üblicherweise wenige Stunden und nur selten länger als einige Tage andauernd).

Neurobehaviorales Konzept der Borderline-Störung



Psychische Grundbedürfnisse

Bindung

Autonomie

Sicherheit / Orientierung / Kontrolle

Selbstwert

Lustgewinn / Unlustvermeidung

Grenzen / Selbstkontrolle

Wenn Grundbedürfnisse dauerhaft frustriert sind, führt das zu Stress / Krankheit

Das Modusmodell

Der gesunde Erwachsene

trifft bewusste, selbstfürsorgliche, zielführende, realisierbare Entscheidungen

Das glückliche Kind

ist in einer zufriedenen, selbstvergessenen Beschäftigung, eins mit sich und der Welt

gedankliche Ebene

(meist unbewusst, vollautomatisch, im Autopilot)
Introjekte der Bezugspersonen der frühen Kindheit

Strafende Innere Eltern

Selbstabwertung
Selbstbeschimpfung
„da kannst nichts, bist nicht, wirst nie ... , nicht gut genug, zu doof, klein hässlich ...“

Fordernde Innere Eltern

Unerbittliche Ansprüche
Absolute Forderungen
„du musst ...“
„du darfst nie ...“
„... immer ...“



Das verletzte Kind

Angst, Trauer, Scham,
Schuldgefühle, Hilflosigkeit,
Ohnmacht, Verzweiflung,
Hoffnungslosigkeit ...

Das wütende Kind

Ärger, Wut, Hass ...



Handlungsebene

(meist unbewusst, vollautomatisch, reflexhaft, im Autopilot)
dysfunktionale Selbstschutzstrategien

Innere Beschützer

Erstarren

sich so verhalten, als ob die Bewertung der Inneren Eltern wahr wäre,
Unterwerfung, Akzeptanz, Anpassung, Gehorsam

Flucht

vermeiden, verdrängen, flüchten
exzessiver Konsum (Abhängigkeit),
exzessives Verhalten (Sucht),
Depression,
Tagträumen

Kampf

Angriff / Gegenangriff
verbale Aggression
körperliche Aggression
andere herabsetzen

Die Behandlung von P-Störungen ist komplex, schwierig und langwierig.

Manche Störungen sind kaum therapeutisch behandelbar, da den Patienten das Empathievermögen fehlt (narzisstisch, antisozial, histrionisch) und sie daher emotional nicht erreichbar sind **und / oder wenig Leidensdruck besteht** (narzisstisch, antisozial, paranoid, schizoid, schizotyp).

Manche P-Störungen sind mit mangelnder Impulskontrolle verbunden (borderline, histrionisch, narzisstisch, antisozial) und / oder fördern Vermeidungsverhalten (unsicher-vermeidend, abhängig, borderline)

Medikamente bei P-Störungen:

es wird symptomatisch behandelt,

d.h. es kommen verschiedene

Medikamente zum Einsatz:

Antidepressiva (bei Depression und Angst
und Stimmungslabilität)

niederpotente Neuroleptika (bei
Impulskontrollstörungen und Aggressivität
und agitierter Angst) und ***Mood Stabilizer***
(bei starken Stimmungsschwankungen)

Empfehlenswerte Therapieansätze:

Schematherapie nach Young / Rödiger

TEK-Manual nach Berking

**„Das Kind in dir muss Heimat finden“
nach Stefanie Stahl**

Es gibt ein Manual, welches alle hilfreichen Techniken zur Emotionsregulation zusammenfasst und benutzerfreundlich aufbereitet hat:

TEK
TRAINING EMOTIONALER
KOMPETENZEN

von Berking

Basiskompetenzen und 'TEK-Sequenz'



Endogene Psychosen

affektive Psychosen

schizophrene Psychosen

schizoaffektive Psychosen

Affektive Psychosen:

Manie

Depression

bipolare Störung

**teilweise auch mit wahnhaften
Anteilen**

Schwere Depression

Antidepressiva

**bei Depression mit Wahn auch
Aripiprazol (Neuroleptikum)**

**Bei Manie, bipolarer Störung und
schizomanischer Psychose auch
atypische Neuroleptika**

Aripiprazol

Olanzapin

Quetiapin

**Bei schwerer Depression und
katatonen Schizophrenie auch**

EKT

Elektro-Krampf-Therapie

**künstlich und gezielt ausgelöste
Krampfanfälle unter Vollnarkose**

Bei bipolarer Störung auch Phasenprophylaktika

Lithium

Antikonvulsiva / Antiepileptika:

Lamotrigin

Valproat

Carbamazepin

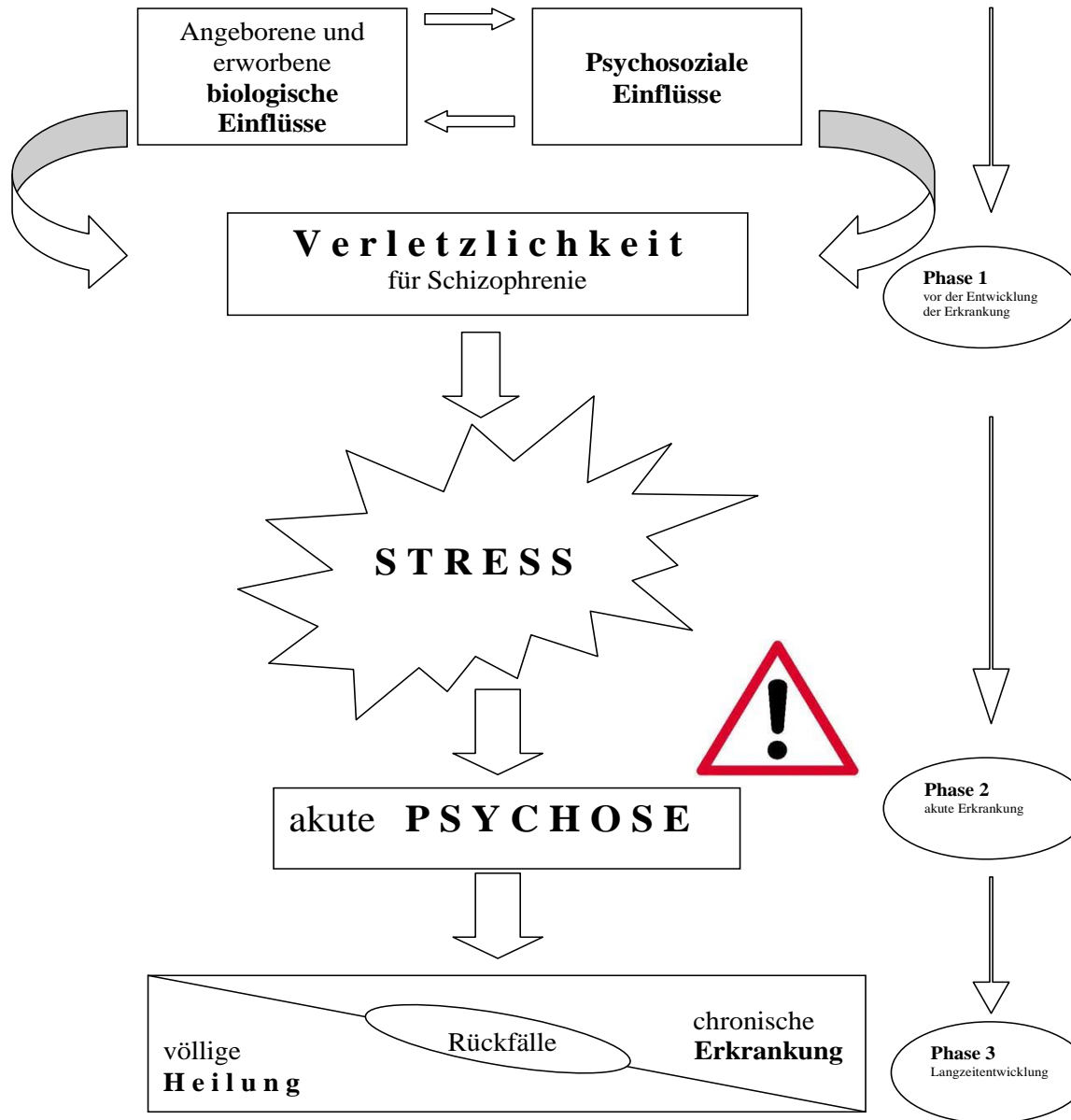
Schizophrenie

Entstehung

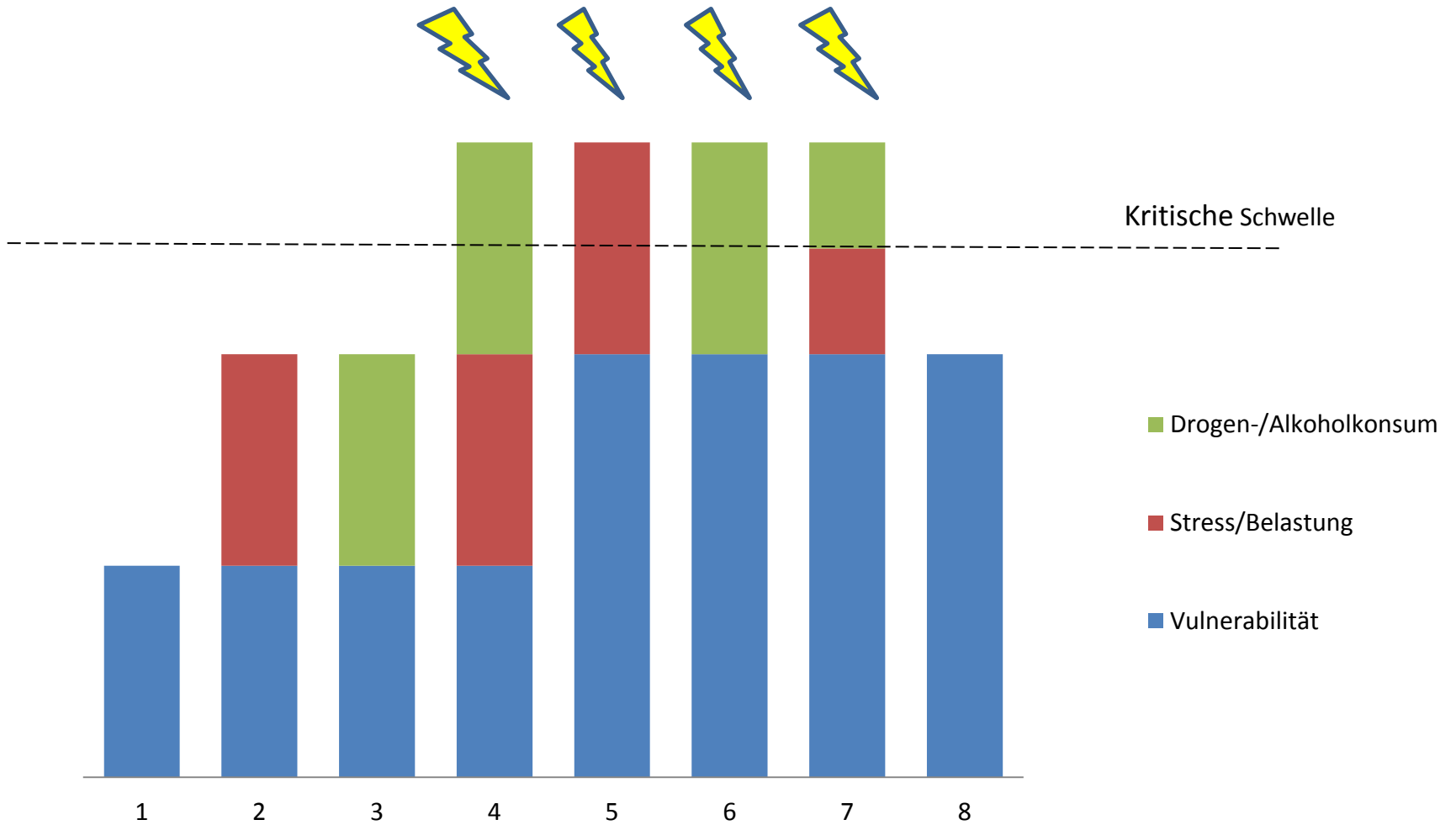
Vulnerabilitäts-Stress-Modell

**Stoffwechselstörung: durch
Dopaminüberschuss gestörte
Reizweiterleitung**

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Psychose und Sucht



Stress als Auslöser
für psychotische Schübe
**Drogen sind Stress für den
Hirnstoffwechsel
(Dopaminbombe)**

insbesondere alle halluzinogen
wirkenden Stoffe (THC, XTC, LSD, Pilze
und andere „Naturdrogen“, Legal
Highs, Amphetamine, Alkohol)

Krankheitsmerkmale aus dem schizophrenen Formenkreis:

Positiv/Plus-Symptome

- **Wahn** (falscher Realitätsbezug auf sich selber, unkorrigierbar)
 - **Beziehungswahn** (Mittelpunkt der gezielten Aufmerksamkeit seiner Umwelt)
 - **Verfolgungswahn** (Kameras, Abhörgeräte)
 - **Beeinträchtigungswahn** („Es wird etwas in mein Essen gemischt“, „man will mir Böses“)
 - **Größenwahn** („Ich verfüge über eine besondere Macht“)
 - **Hypochondrischer Wahn** („Ich bin sicher, dass ich Krebs habe“)

Krankheitsmerkmale aus dem schizophrenen Formenkreis:

Positiv/Plus-Symptome

- **Halluzinationen** (Sinnestäuschungen)
 - Akustisch (z.B. kommentierende, beschimpfende, befehlende Stimmen,...)
 - Optisch (z.B. Geister, Schatten, Gesichter,...)
 - Gustatorisch (Geschmack)
 - Olfaktorisch (Geruch)
 - Taktil, Zönästhesien (Körperempfindungen)

Krankheitsmerkmale aus dem schizophrenen Formenkreis:

Positiv/Plus-Symptome

Ich-Störungen

- **Gedankenausbreitung** („Die Leute merken, was ich denke“)
- **Gedankenentzug** („Da, wo meine Gedanken waren, ist jetzt ein schwarzes Loch“)
- **Gedankeneingebung** („Sie machen, dass ich ständig sexuelle Dinge denken muss, obwohl ich das gar nicht will“)
- **Beeinflussung von Außen** („Die steuern meine Gedanken“)

Krankheitsmerkmale aus dem schizophrenen Formenkreis:
Positiv/Plus-Symptome

Formale Denkstörungen

- Gedanken...
 - sind beschleunigt
 - laufen durcheinander
 - drängen sich auf
 - reißen ab

Krankheitsmerkmale aus dem schizophrenen Formenkreis:
Negativ/Minus-Symptome

- **Sozialer Rückzug**
- **Antriebsarmut**
- **Interessenverlust, Lustlosigkeit**
- **Gefühlsarmut, flachere Gefühle**
- **Vernachlässigung von Körperpflege**
- **Konzentrations-, Gedächtnisprobleme**
- **Verlust von Tagesstruktur**

Klassische Neuroleptika

„Typika“

Klassische Neuroleptika werden nach ihrer Potenz (= antipsychotische Wirkungsstärke) unterschieden .

Folie 16

Man teilt sie ein in: nieder-, mittel- und hochpotente Neuroleptika.

Von vielen klassischen Neuroleptika gibt es eine Depot-Form, die im Anschluß an die Akutbehandlung als Dauerbehandlung zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden kann. Depot-Neuroleptika können niedriger dosiert werden, weil sie in 2, 3 oder 4-wöchigem Abstand als „Speicher“ in den Muskel injiziert (gespritzt) werden.

Firmenname *Substanzbezeichnung*

Hochpotente Neuroleptika

Glianimon® *Benperidol*
Haldol® *Haloperidol*
Fluanxol® *Flupentixol*
Lyogen®/
Dapotum® *Fluphenazin*
Decentan® *Perphenazin*

Mittelpotente Neuroleptika

Taxilan® *Perazin*
Dogmatil® *Sulpirid*
Ciatyl® *Ciopenthixol*

Niederpotente Neuroleptika

Truxal® *Chlorprothixen*
Neurocil® *Levomepromazin*
Dipiperon® *Pipamperon*
Atosil® *Promethazin*
Eunerpan® *Melperon*

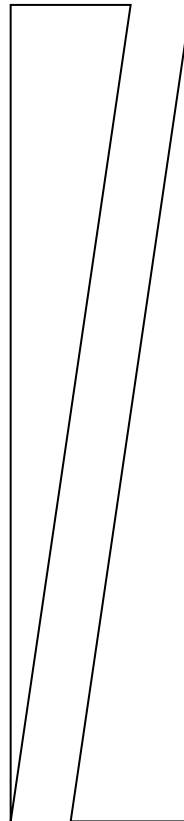
Depot-Neuroleptika

Ciatyl-Z®-Depot
Fluanxol®-Depot
Lyogen®-/Dapotum®-Depot
Decentan®-Depot
Haldol®-Depot

Beruhigende
Wirkung

Antipsychotische
Wirkung

Häufig verordnete Neuroleptika



Neue(re) Neuroleptika

„Atypika“

Die neueren Neuroleptika zeichnen sich durch ihre hohe Wirksamkeit und insbesondere durch die bessere Verträglichkeit aus.

Es kommt im Gegensatz zu den klassischen Neuroleptika seltener zu den beeinträchtigenden Nebenwirkungen, vor allem im motorischen Bereich.

Je nach Medikament und Dosierung können sie eine beruhigende, antipsychotische, antriebssteigernde und/oder antidepressive Wirkung entfalten.

Firmenname *Substanzbezeichnung*

Risperdal® *Risperidon*
Invega® *Paliperidon*
Solian® *Amisulprid*
Abilify® *Aripiprazol*

Zyprexa® *Olanzapin*

Leponex® *Clozapin*
Nipolept® *Zotepin*
Zeldox® *Ziprasidon*
Seroquel® *Quetiapin*
Serdolect® *Sertindol*

Depot-Neuroleptika

Risperdal-consta®-Depot
Xeplion®-Depot

„besondere“ Neuroleptika:

gegen Negativsymptome: **Aripiprazol**

„Reservemedikamente“: **Clozapin,
Serdolect**

„Allrounder“ **Quetiapin**

Die Eindosierung eines
Neuroleptikums dauert mehrere
Wochen bis Monate,
am Anfang nur Nebenwirkungen /
Müdigkeit,
antipsychotische Wirkung erst nach
2-4 Wochen.

Antipsychotikaeinnahme

Nach erstem Schub ca. 1-3 Jahre
(bei rein drogeninduzierter Psychose
½ bis 1 Jahr)

nach zweitem Schub ca. 3-5 Jahre

**nach drittem Schub voraussichtlich
lebenslang**

Parallel zur medikamentösen

Therapie:

Soziotherapie:

**Tagesstruktur,
Alltagsbewältigung,
Freizeitaktivitäten,
Kontakte**

um der Negativsymptomatik entgegen zu
wirken

Hohe Chronifizierungsrate bei Psychosen!

**Bei Schizophrenie und
schizoaffektiven Psychosen:**

**1/3 einmaliger Schub und völlige
Remission**

**1/3 mehrere Schübe mit kleinen
Resten**

**1/3 Chronifizierung, teilw. mit
Residuum**

Bei Depressionen

nach erster Episode 50 % Risiko,
erneuten Schub zu bekommen,
nach zweiter Episode 80% Risiko,
erneuten Schub zu bekommen,
danach „rezidivierende depressive
Störung“

Literaturempfehlungen

Stefanie Stahl, Das Kind in dir muss Heimat finden, Buch und Arbeitsbuch
(Selbsthilfebuch, Einzelarbeit)

Borwin Bandelow, Das Angstbuch (über Angststörungen, für Betroffene und Interessierte, leicht zu lesen)

Oldham / Morris, Ihr Persönlichkeitsportrait (über P-Störungen, für Betroffene und Interessierte, leicht zu lesen)

Eckhard Rödiger, Was ist Schematherapie (für Interessierte, Rödiger hat auch gute Selbsthilfebücher geschrieben)

Berking, Training emotionaler Kompetenzen / TEK (Manual für Gruppenarbeit, basierend auf neurobiologischen und verhaltenstherapeutischen Grundlagen)

Bowen / Chawla / Marlatt, Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit (Manual für Gruppenarbeit)

Najavits, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch (Manual für Gruppenarbeit)