

utb.

Klaus Paulitsch
Andreas Karwautz

Grundlagen der Psychiatrie

2. Auflage



**Klaus Paulitsch
Andreas Karwautz
Grundlagen der Psychiatrie**

Аннотация

Ausgehend von einer Einführung in psychiatrische Konzepte und deren historische Entwicklungen wird im allgemeinen Teil dieses Lehrbuchs auch ein Überblick zu Einrichtungen und Behandlungsmethoden für PatientInnen mit psychischen Störungen vermittelt. Im speziellen Teil werden konkrete psychiatrische Krankheitsbilder sowie deren Diagnose- und Therapiemethoden dargestellt. Dazu zählen beispielsweise Depressionen, Angsterkrankungen, Schizophrenie, Ess- oder Persönlichkeitsstörungen. Durch den praxisnahen und strukturierten Aufbau eignet sich das Buch sowohl als Lernbehelf für die Ausbildung wie auch als Nachschlagewerk. Ergänzt durch Fotografien von Ausdrucksformen psychischer Störungen, bildet dieses Werk eine anschauliche Einführung in die Psychiatrie.

Содержание

Klaus Paulitsch & Andreas Karwautz	8
Vorwort zur 2. Auflage	10
Vorwort	11
Geleitwort	14
Inhaltsverzeichnis	16
I Einführung	27
1 Begriffsbestimmung	28
2 Historische Aspekte	33
II Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie	42
1 Reformen in der Psychiatrie	43
1.2 Allgemeine Ziele von Reformen in der Psychiatrie	46
1.3 Umsetzung der Reform	47
1.3.1 Deutschland	48
1.3.2 Schweiz	49
1.3.3 Italien	50
2 Psychiatrische Einrichtungen	51
2.1.2 Spezialabteilungen	54
2.2 Teilstationäre Einrichtungen	55
2.2.2 Nachtkliniken und Wohnheime	56
2.2.3 Geschützte Werkstätten	57
2.3 Ambulante Einrichtungen	58
2.3.2 Spitals- und Institutsambulanzen	59

2.3.3Niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie	60
2.3.4Frei praktizierende PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie	61
3Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie und rechtliche Rahmenbedingungen	62
3.2Zwangmaßnahmen und Unterbringung	64
IIITherapieverfahren	69
1Psychopharmakotherapie	70
1.2Antidepressiva	73
1.2.1Wirkungsweise	74
1.2.2Klinische Anwendung und Indikationen	75
1.2.3Substanzgruppen und Nebenwirkungen	77
1.3Phasenprophylaktika	80
1.3.1Wirkungsweise	81
1.3.2Klinische Anwendung und Indikationen	83
1.3.3Substanzgruppen und Nebenwirkungen	85
1.4Tranquilizer	87
1.4.1Wirkungsweise	88
1.4.2Klinische Anwendung und Indikationen	89
1.4.3Substanzgruppen und Nebenwirkungen	90
1.5Antipsychotika (Neuroleptika)	92
1.5.1Wirkungsweise	93
1.5.2Klinische Anwendung und Indikationen	94
1.5.3Substanzgruppen und Nebenwirkungen	96
1.6Weitere Psychopharmaka	99

1.6.2Psychostimulanzien	101
2Andere biologische Therapieverfahren	102
2.2Schlafentzugstherapie	105
2.3Lichttherapie	107
3Psychotherapie in der Psychiatrie	108
3.1Definition	110
3.2Wirkungsweise, Rahmenbedingungen, Indikationen der Psychotherapie	112
3.3Psychotherapeutische Schulen und Methoden	115
3.3.1 Psychodynamische Psychotherapie	116
3.3.2Verhaltenstherapie	118
3.3.3Humanistische Psychotherapieverfahren	120
3.3.4Systemische Psychotherapie	122
3.3.5Entspannungsverfahren	124
3.3.6Sonstige Therapieverfahren	127
4Ergotherapie und Soziotherapie	128
4.2Soziotherapie	130
IVUrsachen von psychischen Störungen	132
1Begriffsdefinition	133
2Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren	136
2.2Neurobiologie	137
2.3Prä- und Perinatalfaktoren bzw. virale Infektionen	138
2.4Psychosoziale Ursachen	139
2.5Auslösende Faktoren	142
3Modelle psychischer Störungen	143

3.1 Medizinisches Krankheitsmodell	145
3.2 Psychodynamisches Modell	147
3.3 Verhaltenstheoretisches Modell	149
3.4 Kognitives Modell	150
3.5 Sozialpsychiatrisches bzw. systemisches Modell	151
3.6 Integratives Modell	153
3.7 Zusammenfassung	158
Конец ознакомительного фрагмента.	159



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag • Wien • Köln • Weimar

Verlag Barbara Budrich • Opladen • Toronto

facultas • Wien

Wilhelm Fink • Paderborn

Narr Francke Attempto Verlag • Tübingen

Haupt Verlag • Bern

Verlag Julius Klinkhardt • Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck • Tübingen

Ernst Reinhardt Verlag • München

Ferdinand Schöningh • Paderborn

Eugen Ulmer Verlag • Stuttgart

UVK Verlag • München

Vandenhoeck & Ruprecht • Göttingen

Waxmann • Münster • New York

wbv Publikation • Bielefeld

Klaus Paulitsch & Andreas Karwautz
Grundlagen der Psychiatrie
2., aktualisierte und
überarbeitete Auflage

facultas

Klaus Paulitsch,

Dr., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin; Oberarzt an der psychiatrischen Abteilung im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien; Psychiater und Psychotherapeut in freier Praxis; Lehr- und Vortragstätigkeit im Gesundheits- und Sozialbereich.

Andreas Karwautz,

Univ.-Prof. Dr., ist Oberarzt an der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychotherapeut in freier Praxis; Forschungstätigkeit im Bereich von Essstörungen bei Jugendlichen, Epidemiologie, Ätiologie, Prävention und Therapie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen.

Bibliografische Information der Deutschen

Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Autoren oder des Verlages ist ausgeschlossen.

2. Auflage 2019

Copyright © 2019 Facultas Verlags- und Buchhandels AG
facultas Universitätsverlag, Stolberggasse 26, 1050 Wien,
Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie das der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagfoto: agsandrew / iStock by Getty Images

Fotografien im Innenteil: Daniel Berg, Wien

Lektorat: Marietta Böning, Wien

Satz: Wandl Multimedia-Agentur

Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-8252-5247-2

UTB-Nummer: 3080

ISBN Online-Leserecht 978-3-8385-5247-7

eISBN 978-3-8463-5247-2

Vorwort zur 2. Auflage

Die Nachfrage und der Erfolg des Lehrbuches machten nun eine Neuauflage notwendig. Die meisten Kapitel wurden überarbeitet, aktualisiert und mit neuen epidemiologischen Daten ergänzt. Die Grundstruktur des Buches konnte allerdings erhalten bleiben und die Störungen wurden nach dem auch in den nächsten Jahren gültigen Diagnosesystem ICD-10 gruppiert. Der biopsychosoziale Aspekt ist wesentlich in der Psychiatrie und erfordert weiterhin eine gute Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.

Wichtig war uns, auf neue Begrifflichkeiten und Diagnosen, wie Transgender, Burnout oder ADHS, einzugehen. Unverändert elementar scheint uns eine differenzierte Sichtweise auf psychische Störungen im Hinblick auf biologische, psychodynamische und soziale Faktoren.

Wien, im März 2019

Klaus Paulitsch & Andreas
Karwautz

Vorwort

Das vorliegende Buch soll allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen eine Grundlage, einen Lernbehelf für die Ausbildung bieten und ein Nachschlagewerk für psychische Störungen sein. Lange Zeit waren in psychiatrischen Anstalten zum überwiegenden Teil ÄrztInnen und Pflegepersonen beschäftigt. Die Institutionen und mit ihnen die Berufsgruppen und deren Konzepte haben sich in den letzten Jahren jedoch deutlich verändert und inhaltlich eine Erweiterung erfahren. So findet die psychiatrische Behandlung mittlerweile nur mehr in geringem Ausmaß im Krankenhaus statt und wird von neu hinzugezogenen Berufsgruppen wie PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen oder PhysiotherapeutInnen dem Teamgedanken folgend fachgerecht betrieben. Für professionelle HelferInnen ist es wichtig, die Sprache der PsychiaterInnen zu verstehen, um in der Kooperation eine gleichwertige Stellung zu erlangen. Die Reduktion von Verständnisschwierigkeiten zwischen den Berufsgruppen ist ein wesentliches Anliegen dieses Buches.

Einleitend werden psychiatrische Begriffe, historische Aspekte, Versorgungsstrukturen, pharmakologische und psychotherapeutische Therapieverfahren, Ursachen von psychischen Störungen sowie Grundlagen der psychiatrischen Gesprächsführung und Diagnostik dargestellt. Anschließend

erfolgt die Beschreibung von allen relevanten psychischen Störungen, wobei auf die häufigen Krankheitsbilder wie Depression, Schizophrenie, Panikstörung, Demenz, Abhängigkeitssyndrom oder Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenso eingegangen wird wie auf Essstörungen und psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters. Wichtig war uns, die einzelnen Störbilder anschaulich zu beschreiben und im Sinne der deskriptiven Psychopathologie und Klassifikation nach der ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) zu ordnen. Da die Arbeitsinstrumente in der Psychiatrie neben der Gesprächsführung auch die Verhaltensbeobachtung und das Betrachten eines Menschen sind, haben wir zur Veranschaulichung von psychischen Störungen Fotos von Schauspielern, die psychisch leidende Personen darstellen, beigefügt. Damit wollen wir zeigen, dass die Beurteilung von menschlichen Ausdrucksformen wie Lachen, Weinen, Wut oder Trauer einen besonderen Stellenwert in der Psychiatrie hat und für das tiefgreifende Verstehen eines Menschen in seiner lebensgeschichtlichen Situation unerlässlich ist und die Grundlage für die richtige Diagnose und Therapie bildet.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in fast allen psychiatrischen Professionen mittlerweile Frauen überwiegen, haben wir uns bemüht, wo immer möglich den geschlechtsneutralen Plural unter Verwendung des Binnen-I zu benutzen. Wo die Formulierung dies nicht zuließ, haben wir uns im Sinne einer guten Lesbarkeit für den geschlechtsspezifischen

Singular entschieden und dabei die männliche Form gewählt.

Wie immer sind an der Entstehung eines Buches mehr Personen als die Autoren beteiligt: Unserer Dank gilt zunächst Gerhard Lenz, der uns durch seine Idee, mit SchauspielerInnen in der psychiatrischen Ausbildung zu arbeiten, die Anregung gab, Fotos zur Veranschaulichung von psychiatrischen Zustandsbildern für das Buch herstellen zu lassen. Jene SchauspielerInnen, die im Rahmen eines Praktikums von Professor Lenz an der Universitätsklinik in Wien psychiatrische PatientInnen darstellten, konnten für diesen Band als „Models“ gewonnen werden: Eva Linder, Gabriela Hütter und Hagnot Elischka gilt unser besonderer Dank dafür, dass sie sich der ungewöhnlichen Aufgabe gestellt und sie bravourös gemeistert haben. Die eindrucksvollen Aufnahmen stammen von Daniel Berg, der für diese Arbeit ideale Voraussetzungen mitbrachte, nämlich sowohl Fotograf als auch Facharzt für Psychiatrie zu sein.

Dem Facultas Universitätsverlag/UTB danken wir für die Produktion des Buches, vor allem Sigrid Mannsberger-Nindl, die uns mit viel Engagement und Vertrauen zu vielen Verbesserungen anregte und uns während der gesamten Arbeitsphase hervorragend betreute.

Wien, im Jänner 2008

Klaus Paulitsch & Andreas
Karwautz

Geleitwort

Ein einführendes Buch über Psychiatrie soll einerseits fachliche Informationen in gut verständlicher Form vermitteln und andererseits auch auf einer „Beziehungsebene“ Akzeptanz und Verständnis von Menschen mit solchen Problemen fördern. Dabei sollte nicht verloren gehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur in bestimmten Bereichen krank sind, sondern mit unterschiedlicher Gewichtung auch sehr viele gesunde Anteile haben, die für die Prognose und Behandlung von hoher Relevanz sind.

Mögliche Stigmatisierungen wirken sich aber nicht nur auf die Betroffenen, sondern auch auf die Behandelnden aus: „Psycho-Berufe“ wie der des Psychiaters, Psychologen oder Psychotherapeuten bzw. die Menschen, die diese Berufe ausüben, scheinen in der Öffentlichkeit starke und oft widersprüchliche Gefühle auszulösen.

Während die Psychotherapie nach verschiedenen Umfragen in der Allgemeinbevölkerung als die weitaus beliebteste Behandlungsmethode für psychische Erkrankungen gilt, wird eine psychopharmakologische Behandlung sogar da, wo sie klar indiziert ist – wie z. B. bei einer Schizophrenie oder einer schweren Depression – in der Öffentlichkeit oftmals als nicht nur nicht nützlich, sondern sogar als schädlich angesehen. Diese Public-Image-Probleme der Psychiatrie

können nur durch kompetente und verständliche Aufklärung und Information verbessert werden. Die letzten 15 Jahre haben einen umwälzenden Erkenntnisprozess über die neuronalen Grundlagen unseres Erlebens und Verhaltens eingeleitet, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen wurden weiterentwickelt und verfeinert und soziotherapeutische Strategien sind eine wichtige Grundlage vor allem im stationären und teilstationären Setting geworden. Durch das vorliegende Buch wird klar, dass in der Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen biologische, psychologische und soziale Faktoren mit individuell unterschiedlicher Gewichtung Berücksichtigung finden müssen. Ich möchte den Autoren gratulieren, dass sie mit dieser Publikation zum besseren Verständnis und damit auch zur besseren Akzeptanz von psychisch kranken Menschen beitragen.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz

Oberarzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien,
Leiter der Station für Kognitive Verhaltenstherapie

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 2. Auflage

Vorwort

Geleitwort

IEinführung

1Begriffsbestimmung

2Historische Aspekte

IIVersorgungsstrukturen in der Psychiatrie

1Reformen in der Psychiatrie

1.1 Voraussetzungen

1.2 Allgemeine Ziele von Reformen in der Psychiatrie

1.3 Umsetzung der Reform

2Psychiatrische Einrichtungen

2.1 Vollstationäre Einrichtungen

2.2 Teilstationäre Einrichtungen

2.3 Ambulante Einrichtungen

3Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und rechtliche

Rahmenbedingungen

3.1 Vorbemerkung

3.2 Zwangsmaßnahmen und Unterbringung

III Therapieverfahren

1Psychopharmakotherapie

1.1 Einleitung

1.2 Antidepressiva

1.3 Phasenprophylaktika

1.4 Tranquilizer

1.5 Antipsychotika (Neuroleptika)

1.6 Weitere Psychopharmaka

2 Andere biologische Therapieverfahren

2.1 Elektrokrampftherapie (EKT)

2.2 Schlafentzugstherapie

2.3 Lichttherapie

3 Psychotherapie in der Psychiatrie

3.1 Definition

3.2 Wirkungsweise, Rahmenbedingungen, Indikationen der

Psychotherapie

3.3 Psychotherapeutische Schulen und Methoden

4 Ergotherapie und Soziotherapie

4.1 Ergotherapie

4.2 Soziotherapie

IV Ursachen von psychischen Störungen

1 Begriffsdefinition

2 Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren

2.1 Genetik

2.2 Neurobiologie

2.3 Prä- und Perinatalfaktoren bzw. virale Infektionen

2.4 Psychosoziale Ursachen

2.5 Auslösende Faktoren

3 Modelle psychischer Störungen

3.1 Medizinisches Krankheitsmodell

3.2Psychodynamisches Modell

3.3Verhaltenstheoretisches Modell

3.4Kognitives Modell

3.5Sozialpsychiatrisches bzw. systemisches Modell

3.6Integratives Modell

3.7Zusammenfassung

VGrundlagen der psychiatrischen Diagnostik

1Einleitung

1.1Bedeutung der Diagnose in der Psychiatrie

1.2Diagnostische Ansätze

2Psychopathologie

2.1Symptom, Syndrom, Störung und Krankheit

2.2Der psychopathologische Status

2.3Syndrome

3Grundlagen von modernen Diagnosesystemen (ICD-10,

DSM-5)

3.1Einleitung

3.2Deskriptiver diagnostischer Ansatz

3.3Komorbidität

3.4Multiaxiale Diagnostik

3.5Diagnosekategorien in der ICD-10

4Krankheitsanamnese und Exploration

4.1Hauptbeschwerden

4.2Aktuelle Vorgeschichte

4.3Psychiatrische Anamnese

4.4Somatische Anamnese

4.5 Familienanamnese

4.6 Biografie

4.7 Beurteilung der prämorbidem Persönlichkeit

4.8 Abschluss der Exploration und Zusammenfassung

5 Zusatzbefunde in der Psychiatrie

5.1 Elektroenzephalografie (EEG)

5.2 Bildgebende Verfahren

5.3 Blut- und Harnanalyse, Liquordiagnostik

5.4 Psychologische Testverfahren

VI Schizophrenie und sonstige psychotische Störungen

1 Schizophrenie

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit der Schizophrenie

1.3 Ursachen der Schizophrenie

1.4 Symptome der Schizophrenie

1.5 Verlaufsformen, Klassifikation und Typen der

Schizophrenie

1.6 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

1.7 Therapie der Schizophrenie

2 Schizoaffektive Störung

3 Akute psychotische (schizophreniforme) Störung

4 Schizotype Störung

5 Wahnhafte Störung

6 Puerperalpsychose (früher „Stillpsychose“)

VII Affektive Störungen

1 Depressionen

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit und Ursachen von Depressionen

1.3 Klinik der Depression

1.4 Abgrenzung zu anderen Störungen

1.5 Therapie der Depression

2 Bipolare affektive Störungen

2.1 Einleitung

2.2 Häufigkeit und Ursachen der bipolaren affektiven Störung

2.3 Klinik der bipolaren affektiven Störung

2.4 Abgrenzung zu anderen Störungen

2.5 Therapie der bipolaren affektiven Störung

VIII Neurotische, Belastungs- und somatoforme

Störungen

1 Angststörungen

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit und Ursachen von Angststörungen

1.3 Klinik der Angststörungen

1.4 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

1.5 Therapie von Angststörungen

2 Zwangsstörung

2.1 Einleitung

2.2 Häufigkeit und Ursachen der Zwangsstörung

2.3 Klinik der Zwangsstörung

2.4 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

2.5 Therapie der Zwangsstörung

3 Psychische Reaktionen auf Belastungen

3.1 Einleitung

3.2 Häufigkeit und Ursachen von Belastungsreaktionen

3.3 Klinik der Belastungsstörungen

3.4 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

3.5 Therapie der Belastungsstörungen

3.6 Burnout-Syndrom

4 Dissoziative Störungen

4.1 Einleitung

4.2 Häufigkeit und Ursachen von dissoziativen Störungen

4.3 Klinik der dissoziativen Störungen

4.4 Abgrenzung zu anderen Störungen

4.5 Therapie der dissoziativen Störungen

5 Somatoforme Störungen

5.1 Einleitung

5.2 Häufigkeit und Ursachen von somatoformen Störungen

5.3 Klinik der somatoformen Störungen

5.4 Abgrenzung zu anderen Störungen

5.5 Therapie der somatoformen Störungen

IX Essstörungen

1 Einleitung

2 Häufigkeit und Ursachen von Essstörungen

3 Klinik und Klassifikation

3.1 Anorexia nervosa

3.2 Bulimia nervosa (Bulimie)

4 Früherkennung und Warnsignale

5 Therapie

5.1 Therapie der Anorexia nervosa

5.2 Therapie der Bulimia nervosa

6 Prävention

X Schlafstörungen und sexuelle Störungen

1 Schlafstörungen

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit und Ursachen von Schlafstörungen

1.3 Klinik der Schlafstörungen

1.4 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

1.5 Therapie von Schlafstörungen

2 Sexuelle Störungen

2.1 Einleitung

2.2 Häufigkeit und Ursachen von sexuellen Störungen

2.3 Klinik und Formen von sexuellen Störungen

2.4 Diagnostik und Abgrenzung von sexuellen Störungen

2.5 Therapie von sexuellen Störungen

XI Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

1 Spezifische Persönlichkeitsstörungen

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit und Ursachen von Persönlichkeitsstörungen

1.3 Klinik von spezifischen Persönlichkeitsstörungen

1.4 Klinik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.5 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

1.6 Therapie von Persönlichkeitsstörungen

2 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

2.1 Andauernde

Persönlichkeitsveränderung

nach

Extrembelastung

2.2 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer

Erkrankung

2.3 Störung der Impulskontrolle

2.4 Münchhausen-Syndrom

3 ADHS bei Erwachsenen

XII Suizidalität

1 Begriffsbestimmung

2 Häufigkeit

3 Ursächliche Faktoren von Suizidalität

3.1 Neurobiologische Faktoren

3.2 Psychische Störungen

3.3 Risikogruppen und -merkmale

3.4 Psychosoziale und psychodynamische Modelle von

Suizidalität

4 Beurteilung der Suizidalität

4.1 Beurteilung nach Schemen

4.2 Gesprächsführung zur Einschätzung der Suizidalität

5 Therapie

5.1 Psychosoziale Interventionen

5.2 Pharmakotherapie

XIII Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

1 Begriffe und Klassifikation

2 Alkoholabhängigkeit

2.1 Einleitung

2.2 Häufigkeit und Ursachen von Alkoholabhängigkeit

2.3 Charakteristikum von Alkohol

2.4 Klinik und Verlauf der Alkoholabhängigkeit

2.5 Folgekrankheiten

2.6 Therapie

3 Drogenabhängigkeit

3.1 Opiatabhängigkeit

3.2 Cannabisabhängigkeit

3.3 Kokainabhängigkeit

3.4 Halluzinogenabhängigkeit

3.5 Amphetaminabhängigkeit

4 Benzodiazepinabhängigkeit

4.1 Einleitung

4.2 Pharmakologie und klinische Wirkung

4.3 Therapie

5 Nikotinabhängigkeit

5.1 Einleitung

5.2 Häufigkeit und Ursache von Nikotinabhängigkeit

5.3 Klinische Wirkung

5.4 Therapie

XIV Organische psychische Störungen

1 Demenz

1.1 Einleitung

1.2 Häufigkeit und Ursachen der Demenz

1.3 Klinik und Typen der Demenz

1.4 Diagnose und Abgrenzung zu anderen Störungen

1.5 Therapie der Demenz

2Delir (Akute organische Störung)

2.1Einleitung

2.2Häufigkeit und Ursache des Delirs

2.3Klinik des Delirs

2.4Abgrenzung zu anderen Störungen

2.5Therapie des Delirs

3Organisches Psychosyndrom (OPS)

3.1Ursachen von organischen Psychosyndromen

3.2Klinik der organischen Psychosyndrome

3.3Therapie der organischen Psychosyndrome

XVIntelligenzminderung

1Einleitung

2Häufigkeit und Ursachen von Intelligenzminderung

3Klassifikation und Klinik

3.1Einteilung nach dem Intelligenzquotienten (IQ) (ICD-10)

3.2Diagnostik

4Abgrenzung zu anderen Störungen

5Therapie

5.1Psychosoziale Maßnahmen

5.2Psychopharmaka

XVIKinder- und Jugendpsychiatrie

1Einleitung

2Ursachen kinderpsychiatrischer Störungen

2.1Grundlagen

2.2Entwicklungsaufgaben

3Diagnostik und Klassifikation von Störungen in der Kinder-

und Jugendpsychiatrie

3.1Entwicklungsaspekte in der Diagnostik

3.2Multiaxiale Diagnostik

3.3Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10

4Therapeutische Prinzipien

5Psychische Krankheiten und Störungen des Kindes- und

Jugendalters

5.1Unspezifische psychische Störungen des Kindes- und

Jugendalters

5.2Spezifische psychische Störungen des Kindes- und

Jugendalters

Literatur

Sach- und Personenregister

IEinführung

K. Paulitsch

1Begriffsbestimmung

Als **Psychiatrie**, abstammend von Seele (griech. *psyche*) und ärztliche Heilkunde (griech. *iatreia*), bezeichnet man die Lehre vom Erforschen, Diagnostizieren und Behandeln psychischer Störungen und Erkrankungen. Das früher auch als Seelenheilkunde bezeichnete medizinische Fach wird von ÄrztInnen praktiziert und steht in Beziehung zu anderen Disziplinen, wie Neurologie, Biologie, Genetik, Psychologie, Soziologie, Verhaltensforschung, Psychotherapie, Pflegewissenschaften etc. Die Berücksichtigung sowohl von biologischen als auch von psychosozialen Faktoren ist für das Wesen der Psychiatrie kennzeichnend. Dieser Ansatz wird u. a. als „mehrdimensional“, „biopsychosozial“ oder „pluridimensional“ bezeichnet. Jede „unidimensionale“ Arbeitsweise hat dennoch ihre Berechtigung und dient dazu, die verschiedenen Dimensionen und deren Beziehungen zueinander zu erfassen, statt sie zu verleugnen.

Folgende methodische Ansätze, Teilbereiche und Forschungsgegenstände können differenziert werden:

Die **Psychopathologie** ist die Lehre von der Beschreibung des gestörten Erlebens, Befindens und Verhaltens. Ihre Aufgaben sind das Erkennen, Ordnen und Beschreiben von psychischen Erkrankungen (deskriptive Psychopathologie), bezogen auf die inneren Zusammenhänge und zwischenmenschlichen Vorgänge

(verstehende, dynamische Psychopathologie). Methoden der Psychopathologie sind das fachliche Gespräch und die genaue Verhaltensbeobachtung von Personen mit psychischen Störungen.

Die **biologische Psychiatrie** beschäftigt sich mit den biologischen Grundlagen von psychischen Störungen und bedient sich u. a. biochemischer, anatomischer, neurophysiologischer, psychophysiologischer, genetischer und chronobiologischer Ansätze. Dieser Teilbereich der Psychiatrie hat durch die Entdeckung der Neurotransmitter, die Entwicklung von Psychopharmaka und durch neue radiologische Darstellungen des Zentralnervensystems außerordentliche Fortschritte erzielt und gilt derzeit als größter psychiatrischer Forschungsbereich.

Die **Sozialpsychiatrie** befasst sich mit der Häufigkeit psychischer Störungen sowie deren soziokulturellen Bedingungen und richtet ihr Augenmerk auf die Beziehung zwischen Krankheit und Gesellschaft. Im besonderen Blickfeld des Interesses stehen die Auswirkungen von Familienstrukturen, Gewalt oder sozioökonomischen Verhältnissen auf die seelische Entwicklung.

Die **Kinder- und Jugendpsychiatrie** ist mit der Erforschung und Therapie von psychischen Störungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen befasst und unterscheidet sich in deren Ansätzen nicht von jenen der übrigen Psychiatrie. Als mittlerweile selbstständiges medizinisches Fachgebiet wird sie in

einem eigenen Kapitel dargestellt (siehe [Kapitel XVI](#)).

Die **Gerontopsychiatrie** (Alterspsychiatrie) ist die ärztliche Seelenheilkunde des höheren Lebensalters und beschäftigt sich mit den in diesem Alter besonders häufig auftretenden psychischen Krankheiten, wie demenzielle und delirante Syndrome oder depressive Störungen. Durch die gesteigerte Lebenserwartung des Menschen ist die Bedeutung dieses Teilbereichs in den letzten Jahren gestiegen.

Die **forensische Psychiatrie** gilt als Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Rechtsfragen und befasst sich mit juristischen Aspekten psychischer Erkrankungen. Im Zentrum stehen Fragen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, Geschäfts- und Testierfähigkeit, freien Willensbestimmung (Erwachsenenvertretung, Vollsorgevollmacht, Sachwalterschaft) und der Unterbringung in eine psychiatrische Abteilung ohne Zustimmung des Betroffenen.

Die **Neurologie** ist die Lehre von organisch fassbaren Erkrankungen des Nervensystems, wie beispielsweise Schlaganfälle, Tumore des Gehirns, Multiple Sklerose oder Wurzelkompressionssyndrome nach Bandscheibenvorfällen. Neurologie und Psychiatrie fasste man bis vor wenigen Jahren als „Nervenheilkunde“ zusammen, da das Nervensystem des Menschen als der wesentliche Forschungsgegenstand verstanden wurde. Durch die Fülle der neuen Erkenntnisse und anderer Zugänge wurden die Fächer voneinander differenziert und zu eigenen medizinischen Bereichen.

Die **Psychosomatik** ist kein selbstständiges Fach, sondern eine ganzheitliche Betrachtungsweise, welche die körperlichen und seelischen Faktoren aller Erkrankungen des Patienten in ihrer Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung umfasst. Neuere Erkenntnisse haben die Vorstellung von „psychosomatischen“ Erkrankungen relativiert, da seelische und biologische Faktoren bei allen Erkrankungen untrennbar miteinander verbunden sind.

Die **Psychologie** ist die Lehre von normalen seelischen Vorgängen, wie dem Erleben und Handeln des Menschen unter unterschiedlichen körperlichen, biografischen, soziologischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen. Für die Psychiatrie sind Entwicklungspsychologie, Tiefenpsychologie und Psychodiagnostik von besonderem Interesse. Der Beruf der Psychologin/des Psychologen erfordert ein eigenes akademisches Studium.

Die **Psychotherapie** kann als Teilbereich der psychiatrischen Behandlung betrachtet werden und stellt eine Therapie von psychischen Störungen mit psychologischen Mitteln dar. Als ein bewusster und geplanter interaktiver Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen aller Art hat sich die Psychotherapie in vielen Bereichen des Gesundheitswesens als wichtige Behandlungsform etabliert. Die Ausübung ist an eine spezielle Ausbildung gebunden und gesetzlich geregelt. Zu den einzelnen Verfahren und Schulen zählt man u. a. die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie oder

die systemische Familientherapie (siehe [Kapitel III, 3](#)).

Die **Epidemiologie** beschäftigt sich als Grundlagenwissenschaft mit der Häufigkeit und den soziologischen Bedingungen von psychischen Störungen. Unter *Prävalenz* versteht man die Gesamtzahl aller Krankheiten oder Störungen einer definierten Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt. *Inzidenz* definiert die Häufigkeit von neu aufgetretenen Krankheiten innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Moderne Epidemiologie versucht, Untersuchungsergebnisse und Ansätze aus unterschiedlichen Forschungsgebieten zu integrieren.

2 Historische Aspekte

Die ersten Aufzeichnungen über psychische Krankheiten reichen bis in die Antike zurück. Der griechische Arzt Hippokrates (460–370 v. Chr.) beschrieb bereits Krankheitsbilder, die mit heutigen psychischen Störungen vergleichbar sind, und gilt als Begründer der Vier-Säfte-Lehre. Diese humoralpathologische Vorstellung beschreibt beispielsweise bei Depressionen ein Überwiegen der „schwarzen Galle“. Die damaligen therapeutischen Maßnahmen beschränkten sich auf Diätvorschläge, Veränderung der Lebensgestaltung, Massagen etc., was einer materialistisch-biologischen Sichtweise von psychischen Störungen entspricht. Obwohl wenige Aufzeichnungen über die anschließenden Jahrhunderte vorliegen, geht man davon aus, dass psychische Krankheit häufig als Folgeerscheinung von Sünde oder Besessenheit von Teufeln, Hexen oder bösen Geistern angesehen wurde. Diese religiöse oder mystische Sichtweise bestimmte im Mittelalter die Vorstellung über psychische Auffälligkeiten und erforderte entsprechende Behandlungsformen. Exorzismus oder schwarze Magie waren bis in die Zeit der Aufklärung Bestandteil der „Therapie“ von psychiatrischen Krankheitsbildern, wobei die katholische Tradition in Hinblick auf Exorzismus in manchen Regionen Europas bis heute noch lebendig ist. Obgleich schon Paracelsus (1493–1541) biologische Ursachen

von psychischen Krankheiten vermutete, wurden noch im 17. und 18. Jahrhundert psychisch auffällige Menschen weder als „krank“ angesehen noch ärztlich behandelt, sondern Verbrechern, Landstreichern und Prostituierten gleichgestellt, um sie in Zuchthäusern und Gefängnissen zu verwahren. Eine humanisierte Behandlung entwickelte sich vermutlich erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts durch die Aufklärung und eine veränderte christliche Haltung, die zunehmend durch Nächstenliebe bestimmt war. Philippe Pinel (1745–1826) und Jean-Etienne Esquirol (1772–1840) gelten als Begründer der klinischen europäisch orientierten Psychiatrie, die sich damals vorwiegend mit der Schilderung und Beschreibung von psychischen Auffälligkeiten befasste. Pinel gilt auch als „Befreier der Irren von ihren Ketten“, da er für humane Formen der psychiatrischen Unterbringung kämpfte, sein Schüler Esquirol begründete die französische Psychiatrie, gekennzeichnet durch psychohygienische Ideen. Angewendet wurden beispielsweise Kuren, Heilbäder, die Verabreichung von Kampfer oder Opium. Die bis dahin übliche Praxis der körperlichen Züchtigung, Zwangsmaßnahmen oder religiöse Riten wurden von Pinel und Esquirol und deren Anhängern abgelehnt. Im 18. Jahrhundert wurden Irrenanstalten im Sinne der Aufklärung gegründet, die aus heutiger Sichtweise eher skurrilen Gefängnissen als Heilstätten glichen, wie etwa der „Narrenturm“ in Wien (1784). Nach den Reformbewegungen von Pinel und Esquirol für eine Humanisierung der Behandlung von psychischen Erkrankungen

gab es auch Rückschritte, wie etwa in der romantischen Epoche in Deutschland, in der man sich wieder mehr der religiösen bzw. Gefühlswelt zuwandte. Johann Christian Heinroth (1782–1862) etwa vertrat die spekulativ-psychologische Sichtweise, dass geistige Störungen die Folge von Sünde oder Schuld seien oder die Krankheit durch Freiheitsberaubung entstehe. Neben den psychologischen Hypothesen entwickelten sich auch nicht minder unausgereifte somatische Konstruktionen, welche die damalige Psychiatrie in zwei Gruppen spaltete: Die „Psychiker“ definierten Geisteskrankheiten als Krankheiten der Seele, hingegen favorisierten die „Somatiker“ – die als Vorläufer der biologisch orientierten PsychiaterInnen gelten – naturwissenschaftliche Ansätze. Eine eindeutige Trennlinie gab es auch damals nicht, so waren viele „Somatiker“ nicht frei von mystischen und naturphilosophischen Ansätzen, wie umgekehrt viele „Psychiker“ auch seelisches Leiden als körperliche Regelstörung verstanden. Dennoch durchziehen diese zwei Sichtweisen bis heute die Psychiatriegeschichte: Somatisch orientierte PsychiaterInnen sehen eine psychische Erkrankung als Störung oder Defekt, hingegen erscheint Vertretern der „romantischen“ Psychiatrie von einst bis heute die psychische Krankheit als Kehrseite der „Normalität“ bzw. als deren Verständnis. So leitete Sigmund Freud seine Vorstellungen des psychischen Apparats von neurotisch erkrankten PatientInnen ab. Die Erkenntnisse von naturwissenschaftlichen Forschungsergebnissen stärkten aber biologische Ansätze,

mit denen zunehmend erhärtet werden konnte, dass Geisteskrankheiten mit direkten Organfunktionsstörungen des Gehirns einhergehen. Ein Vertreter dieser Richtung war Wilhelm Griesinger (1817–1868), der auch den diagnostischen Begriff der Einheitspsychose prägte. Er erlaubt keine klare Grenzziehung zwischen den einzelnen psychischen Krankheiten. Mit der neuropathologischen und anatomischen Erforschung bestimmter Hirnregionen beschäftigten sich Franz Nissl (1860–1919), Alois Alzheimer (1864–1915), Theodor Meynert (1833–1892) oder Carl Wernicke (1848–1905).

Emil Kraepelin (1856–1926) richtete sein Hauptaugenmerk auf die Zuordnung und Verlaufsbeobachtung bei psychiatrischen Erkrankungen, weswegen er als Begründer der nosologischen Klassifikation und Diagnostik gilt. Er unterschied exogene, endogene und psychogene Krankheiten („triadische Anordnung“, siehe Kapitel V, 3.1) und führte das dichotome System ein, das zwischen schizophrenen Störungen (von ihm „Dementia praecox“ genannt) und manisch-depressivem Kranksein differenziert. Eugen Bleuler (1857–1940), der den Begriff „Schizophrenie“ prägte, beschrieb dieses Krankheitsbild als eine Störung, die sich in verschiedenen Ausdrucksformen („Gruppe der Schizophrenien“) präsentiert und unterschiedliche Verläufe annehmen kann. Die Systematik von Kraepelin und Bleuler beeinflusste nachhaltig die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankheitslehre.

Karl Jaspers (1883–1962) gilt als psychopathologisch-

beschreibender Phänomenologe, der 1913 mit der Veröffentlichung der „Allgemeinen Psychopathologie“ eine neue Schule psychopathologisch orientierter Psychiater prägte. Neben der Phänomenologie betonte er auch die lebensgeschichtliche Genese von psychischen Erkrankungen. Kurt Schneider (1887–1967) beschrieb charakteristische Krankheitssymptome, die Grundlage der modernen deskriptiven psychopathologischen Diagnostik sind. Besondere Bedeutung liegt in der Schizophreniediagnostik, wo Schneider „Symptome 1. Ranges“ und zusätzlich die weniger charakteristischen „Symptome 2. Ranges“ beschrieb. Sigmund Freud (1856–1939) entwickelte zeitgleich das psychoanalytische Denkmodell, welches großen Einfluss auch auf die Psychiatrie hat. Die Psychoanalyse etablierte sich als Erklärungsansatz für neurotische Störungen (u. a. Zwangsstörungen, Angststörungen und dissoziative Störungen) und stellt bis heute eine differenzierte Therapiemethode dar (siehe auch [Kapitel III, 3.3.1](#)). Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) und Burrhus Frederic Skinner (1904–1990) entwickelten die Lerntheorie, aus der die Verhaltenstherapie hervorging. In dieser Zeit wurden auch moderne Heil- und Pflegeanstalten („Nervenheilanstalten“) meist außerhalb von Ballungsräumen in großen Parkanlagen geschaffen, die psychisch Erkrankten aus damaliger Sicht eine fortschrittliche und humane Behandlung ermöglichten. Ein Beispiel ist die 1907 in Wien errichtete Nervenheilanstalt „Am Steinhof“. Sie galt als eine der weltweit modernsten Institutionen

dieser Art.

Im 20. Jahrhundert ermöglichte ein besseres Verständnis der biologischen Krankheitsursachen wesentliche Fortschritte in den somatischen Behandlungsmethoden. Julius Wagner von Jauregg (1857–1940) entwickelte die Malariatherapie zur Behandlung der progressiven Paralyse (Syphilis) und erhielt dafür 1927 den Nobelpreis. Ihre Wirkung beruhte auf der Übertragung des Bluts von Malaria-Patienten auf an progressiver Paralyse Erkrankten. Die dadurch ausgelösten Fieberschübe bewirkten eine Besserung der psychischen Symptomatik. Ugo Cerletti (1877–1963) und Lucio Bini (1908–1964) führten 1938 die noch heute praktizierte Elektrokrampftherapie (EKT) für schwere psychischen Störungen ein (siehe Kapitel III, 2.1). Die Elektrokrampftherapie, auch früher „Elektroschocktherapie“, wurde ebenso wie die obsoleete Insulinschocktherapie in den darauffolgenden Jahrzehnten teilweise undifferenziert und überschießend angewandt. Gemeinsam mit zweifelhaften neurochirurgischen Verfahren („Lobotomie“) haben diese Methoden dem Image der Psychiatrie als medizinisches Fach sehr geschadet.

Die Zeit des Nationalsozialismus ist ein besonders dunkles Kapitel der deutschen Psychiatrie, bei der es zu Verbrechen und Gräueltaten, u. a. systematische Ermordungen geistig behinderter und psychisch kranker Menschen und Zwangssterilisationen, kam. Die Psychiatrie war oft Dulder oder willfähriger Unterstützer solcher „Behandlungen“ und

schwierig bis in die Nachkriegszeit nicht selten zu den Vorwürfen (siehe auch [Kapitel II, 1](#)). Der ideologische Hintergrund lässt sich teilweise auf die Degenerationslehre des 19. Jahrhunderts zurückführen, die eine fortschreitende Verschlechterung des menschlichen Erbguts für psychische Erkrankungen verantwortlich machte. Dieses Denken führte direkt zur Eugenik und Rassenhygiene der Nationalsozialisten, wobei die Rasse der „Arier“ als genetisch wertvoller als andere Rassen angesehen wurde. Anzumerken ist, dass neben den verbrecherischen Auswüchsen (z. B. die „T4-Aktion“ zur Tötung von behinderten und missgebildeten Kindern) die Degenerationslehre auch andere eigentümliche Theorien nach sich zog, wie die Annahme von „endogenen“ Störungen oder die Lehre von „degenerativen Charakteren“. Was in der derzeitigen Nomenklatur als „Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet wird, erfuhr seine ersten Ansätze in der Lehre der abnormen Persönlichkeiten infolge von Degeneration.

Den Beginn der Entwicklung der Psychopharmaka setzt man ca. mit dem Jahr 1950 an, obwohl in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit Morphinum, Brom oder Barbituraten bereits psychisch wirksame Pharmaka zur Verfügung standen. Die „psychopharmakologische Revolution“ begann 1949 mit der Entdeckung des antimaniischen Effekts von Lithium durch John Cade. 1952 wurde Chlorpromazin als erstes Neuroleptikum (Antipsychotikum) von Jean Delay (1907–1987), Pierre Deniker (1917–1998) und Henri Laborit (1914–1995) entwickelt. Damit

war eine Substanz gefunden, mit der erstmalig schizophrene Psychosen nachhaltig behandelt werden konnten. 1954 kam es zur Entdeckung von Meprobramat und 1957 des ersten Antidepressivums (Imipramin) durch Roland Kuhn. Ab 1960 wurden verschiedene Benzodiazepine synthetisiert, die auch außerhalb der Psychiatrie weitere Verbreitung fanden. Auch hier soll nicht unerwähnt bleiben, dass durch die hochdosierte und unkritische Verabreichung – insbesondere der ersten Generation der Psychopharmaka – PatientInnen oft unter starken Nebenwirkungen litten, die den eigentlichen Nutzen wieder zunichte machten.

In den 1970er-Jahren kam es durch die Entdeckung der Psychopharmaka, neuen gesellschaftspolitischen Strömungen (u. a. Anti-Psychiatrie) und finanziellen Überlegungen zu längst fälligen Reformen in der psychiatrischen Versorgung, die zur Psychiatriereform (siehe [Kapitel II, 1](#)) mit einer Verbesserung der Behandlung von psychisch Erkrankten und einem menschlicheren Umgang mit ihnen führte. Ab diesem Zeitpunkt ist neben der Pharmakotherapie auch die Psychotherapie zu einem zentralen Anliegen der Psychiatrie geworden, was sowohl die Behandlung als auch die Facharztausbildung grundlegend veränderte.

Obwohl sich die Psychiatrie als ein pluridimensionales Fach auszeichnet, gewinnt der biologische Forschungsansatz vor allem im universitären Bereich in den letzten Jahrzehnten mehr an Bedeutung. Neben der begrüßenswerten

ständigen Weiterentwicklung von neuen Psychopharmaka und neuen molekularbiologischen und -genetischen Erkenntnissen besteht die Gefahr, dass die Auseinandersetzung im geisteswissenschaftlichen (philosophisch-anthropologischen) Kontext seitens der Psychiatrie kaum mehr stattfindet. Derzeit lehnt sich die universitäre Psychiatrie (unterstützt von wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie) an die Theoriebildung der Neurowissenschaften und der Hirnforschung an und richtet nur geringes Augenmerk auf medizinische Anthropologie, psychodynamische Psychotherapieforschung oder sozialpsychiatrische Fragestellungen.

Ein Problem, mit dem das Fach Psychiatrie trotz aller Fortschritte noch immer zu kämpfen hat, sind die zahlreichen Vorurteile und negativen Attribuierungen zu diesem Thema. Stigmatisiert werden vor allem psychisch kranke Menschen, die oft noch als „Irre“, „Verrückte“ oder „Depperte“ bezeichnet werden. Auch Begriffe wie „Klasmühle“ oder „Irrenhaus“ sind üblich und fördern die Stigmatisierung. Dabei zählen psychische Störungen zu den häufigsten Krankheiten überhaupt und können alle Menschen betreffen. Man sollte klarstellen, dass psychische Störungen oft einen guten Verlauf haben, sich die Behandlungsmöglichkeiten (Psychopharmaka, Psychotherapie) stark verbessert haben und psychiatrische Krankenhäuser mittlerweile hochspezialisierte Therapieeinrichtungen sind.

II Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie

K. Paulitsch

1 Reformen in der Psychiatrie

1.1 Voraussetzungen

Bis in die 60er- und 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts fand psychiatrische Behandlung vorwiegend in Großkrankenhäusern statt. Die psychiatrischen PatientInnen wurden, von körperlich Erkrankten getrennt, in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht, die man in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts meist am Rande von Großstädten errichtete. Es handelte sich um mächtige, von Grünanlagen umgebene Gebäude. Die Umgebung soll von überdimensionierten kahlen Krankenzimmern geprägt gewesen sein, von Pflegepersonen, die eher den Charakter von Gefängniswärtern hatten, und von PatientInnen in formloser Anstaltskleidung. Diese verhielten sich ruhig, apathisch oder ängstlich oder zeigten stereotype Bewegungsmuster oder innere Unruhe. Die geografisch großen Distanzen zum Heimatort, die Isolierung und das fehlende psycho- und soziotherapeutische Angebot der Spitäler führten zum Hospitalismus der PatientInnen, mit der Konsequenz, dass lange Krankenhausaufenthalte den Betroffenen mehr Schaden als Nutzen brachten. Eine Rehabilitation konnte in vielen Fällen nicht erreicht werden und die Betroffenen fristeten ein oft jahrzehntelanges Dasein an diesen unansehnlichen Orten. Die psychiatrischen Anstalten entwickelten sich immer mehr zu einem Problem im modernen Sozialstaat. Sowohl

MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen als auch PatientInnen und deren Angehörige konnten sich glücklich schätzen, wenn sie mit dieser „Psychiatrie“ nicht in Kontakt kamen. All dies führte zu gesundheitspolitischen Überlegungen von PatientInnen- und Angehörigengruppen, PsychiaterInnen, KünstlerInnen, JournalistInnen und PolitikerInnen und in den 1970er-Jahren schließlich zu Reformbewegungen in der Psychiatrie.

Folgende Voraussetzungen lagen vor:

1. Anti-Psychiatrie: In dieser Bewegung, die keine einheitliche war, ging es um eine Erweiterung der bislang praktizierten Psychiatrie. Sie wurde von verschiedenen philosophischen Strömungen, wie Existenzialismus, Strukturalismus und Phänomenologie, mitgetragen. So wurden beispielsweise soziale Ursachen psychischer Störungen in den Vordergrund der Betrachtung gestellt, was als Reaktion auf die von den Nationalsozialisten wieder entdeckte Degenerationslehre und die Eugenik zu verstehen ist. In den Augen der Vertreter der Anti-Psychiatrie wurde die traditionelle Psychiatrie allerdings auch als Ausdruck einer repressiven, „krank machenden Gesellschaft“ gesehen, mit der Aufgabe, abweichendes Verhalten zu sanktionieren oder zu pathologisieren. Krankheitsbilder wie etwa Schizophrenie wurden geleugnet und psychiatrische Diagnosen als Nachteil bringende Etikette betrachtet. Obwohl diese radikalen Ansichten heutzutage kaum mehr vertreten werden, bewirkte die Bewegung, dass viele strukturelle und

personelle Verbesserungen vor allem in der Anstaltspsychiatrie durchgesetzt werden konnten und sich eine grundsätzliche Diskussion über den Umgang mit psychiatrischen PatientInnen in Gang setzte.

2. Psychopharmaka: Obwohl die Verabreichung von Psychopharmaka – allem voran Neuroleptika (Antipsychotika) – von Anhängern der Anti-Psychiatrie heftig kritisiert wurde, ist es gerade diese Medikamentengruppe, die wesentlich zur Erneuerung der Psychiatrie beigetragen hat. Mit ihrer Einführung in den 1950er-Jahren wurde es möglich, akute schizophrene Episoden zu therapieren und PatientInnen durch Langzeitverordnungen auch außerhalb einer geschlossenen Anstalt zu behandeln.

3. Ökonomische Gründe: Die veralteten Großanstalten mit ihren vielen LangzeitpatientInnen bedeuteten auch in finanzieller Hinsicht ein Problem für den Staat. Radikaler Bettenabbau, kürzere Aufenthaltszeiten und berufliche Wiedereingliederung von PatientInnen sollten sich vorteilhaft auf das Budget des Gesundheitswesens auswirken. Dies überzeugte die PolitikerInnen, einer Reform zuzustimmen, die finanzielle Vorteile brachte.

1.2 Allgemeine Ziele von Reformen in der Psychiatrie

Ein wesentliches Ziel war die Abkehr vom Prinzip der verwahrenden Anstaltspsychiatrie mit Errichtung kleinerer, breit gefächerter psychosozialer und psychiatrischer Einrichtungen. Diese sollten in verschiedenen Regionen verteilt sein und in Allgemeinspitäler nahe dem Wohnort integriert werden („Gemeindenaher Psychiatrie“). Die stationären Einrichtungen wurden angehalten, mit teilstationären und ambulanten psychosozialen Betreuungsdiensten zusammenzuarbeiten und gemeinsam eine effiziente und koordinierte Betreuungskette zu bilden. Psychisch Kranke sind körperlich Kranken gleichzustellen und es sind ihnen die gleichen Rechte zuzugestehen. Die Behandlung soll die Bedeutung der modernen Psychopharmakotherapie, der Soziotherapie und der Milieuthherapie berücksichtigen und zum Ziel haben, eine soziale Ausgliederung psychisch Kranker zu verhindern. Nach Möglichkeit soll die Therapie außerhalb einer stationären Behandlung durchgeführt werden, wobei insbesondere auf die Autonomie und die Rechte der PatientInnen Rücksicht genommen werden soll. Die Behandlung gegen den Willen des Patienten soll eine Ausnahme darstellen und muss gesetzlich geregelt sein. Dabei kommt der Patientenrechtskommission eine besondere Rolle zu.

1.3 Umsetzung der Reform

Nach den Vorgaben des Wiener Zielplans wurde 1979 das Gemeindegebiet in acht psychosoziale Regionen unterteilt, wobei jeder Region mit einer Einwohnerzahl von durchschnittlich 200.000 Einwohnern eine psychiatrische Abteilung und eine psychosoziale ambulante Versorgungseinrichtung (vom Kuratorium für psychosoziale Dienste) zugeteilt wurde. Die ambulante Versorgung und die stationären Aufnahmen richteten sich dann nach der behördlichen Meldung in einem Bezirk. In den übrigen Bundesländern kam es erst viele Jahre später zu entsprechenden Umsetzungen.

1.3.1 Deutschland

Eine Expertenkommission des deutschen Bundestags erarbeitete 1975 Vorschläge zu einer Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgungssituation („Psychiatrie-Enquete“). Zunächst wurde ein Modellprogramm erprobt, anschließend wurden gemeindenahе Versorgungsnetze in die psychiatrische Routinebehandlung integriert. Ambulante und teilstationäre Einrichtungen wurden geschaffen, und die Zahl der belegten Betten in psychiatrischen Anstalten konnte wie in allen anderen europäischen Ländern reduziert werden. Nach der Wiedervereinigung wurde neuerlich eine Kommission der Bundesregierung einberufen, um die psychiatrische Versorgung in den Gebieten der ehemaligen DDR den alten Bundesländern anzugleichen.

1.3.2 Schweiz

Auch in der Schweiz richtete man sich in den 70er-Jahren durch Schaffung von Versorgungsregionen, Förderung von alternativen ambulanten Einrichtungen und Errichtung von rehabilitativen Einrichtungen nach den damaligen Grundsätzen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Die psychiatrische Versorgung ist kantonal geregelt. Einzelne Kantone haben eigene Konzepte entwickelt.

1.3.3 Italien

Italien unternahm durch das „Triestiner Gesetz Nr. 180“ im Jahr 1978 eine Abschaffung aller psychiatrischer Kliniken. Nur wenige akupsychoiatrische Betten in Allgemeinspitälern blieben übrig. Dieser radikalste und nicht unumstrittene Reformschritt führte zur Überbelegung von privaten Kliniken und den wenigen akupsychoiatrischen Betten. Dass ausgerechnet in Italien die Auflösung der Großanstalten so drastisch vorangetrieben wurde, geht auf den Italiener Franco Basaglia und seine revolutionären antipsychoiatrischen Thesen zurück. Sein utopisches Ziel war es, der Ausgrenzung von Randgruppen ein Ende zu setzen. Die psychoiatrische Institution war nach Basaglia ein staatliches Instrument, um gesellschaftskritische Menschen zu internieren und sollte keine Berechtigung im gesundheitspolitischen Bereich haben.

2Psychiatrische Einrichtungen

2.1Vollstationäre Einrichtungen

2.1.1Psychiatrische Abteilungen mit Vollversorgungsauftrag

Eine psychiatrische Abteilung mit vierzig bis achtzig Betten soll einer Region mit etwa 150.000 bis 250.000 Einwohnern zur Verfügung stehen und neben einer akutpsychiatrischen Station auch eine Abteilung für gerontopsychiatrische PatientInnen (Alterspsychiatrie) besitzen. Durch die im Vergleich zu früheren Zeiten geringere Zahl an psychiatrischen Betten hat sich auch die durchschnittliche Belegdauer stark verringert. PatientInnen werden heute bereits nach kurzer Zeit entlassen, dafür aber auch häufiger wieder aufgenommen. Der Begriff „Drehtürpsychiatrie“ charakterisiert die zahlreichen Aufnahmen von chronisch Kranken während eines kurzen Zeitraums. Eine psychiatrische Abteilung mit einem Vollversorgungsauftrag für eine Region dient vorwiegend PatientInnen in einer akuten psychischen Krise wie beispielsweise bei Suizidalität, bei akut psychotischen Symptomen oder Erregungszuständen.

Ausgestattet sind moderne psychiatrische Abteilungen mit Ein- bis Vierbettzimmern, Aufenthaltsräumen, Räumlichkeiten für Ergo- und Physiotherapie, Gruppenräumen, Besprechungszimmern und Bereichen für medizinische

Untersuchungen und Interventionen. Anders als auf somatischen Abteilungen sollten Krankenzimmer gleichfalls Wohncharakter haben. Beschränkungsmöglichkeiten, wie etwa Gurtenbetten, sollen für akut selbst- oder fremdgefährliche PatientInnen rasch mobilisierbar sein und stellen eine wesentliche Anforderung dar. Ebenso wichtig ist ein sogenanntes Intensivzimmer („weiches Zimmer“), wenn erregte PatientInnen sich gefährlich verhalten und eine Reizabschirmung benötigen. Die Ausstattung soll an die Erfordernisse angepasst sein und der ständige Kontakt zu BetreuerInnen und Pflegepersonal muss klarerweise gegeben sein.

Neben der Strukturveränderung einer psychiatrischen Abteilung hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte auch ein Mentalitätswandel in den therapeutischen Teams vollzogen. Dominierten früher zahlenmäßig Pflegepersonen und ÄrztInnen in den Stationen, so sind eine Reihe weiterer Berufsgruppen, wie ErgotherapeutInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen oder SozialarbeiterInnen hinzugekommen, die im therapeutischen Prozess wichtige Funktionen besitzen. Ein großer Teil der Arbeitszeit wird für Teambesprechungen verwendet, wobei gute Kommunikations- und Konfliktfähigkeit des Personals wichtige Anforderungen darstellen. Obwohl jede Berufsgruppe ihren eigenen Kompetenzbereich hat, herrscht im psychiatrischen Krankenhaus im Allgemeinen eine „flachere“ Hierarchie,

als sie sonst im Spitalsbereich üblich ist. Die frühere Überwachungspsychiatrie mit ihrem Disziplinierungssystem ist zu einem System therapeutischer Partnerschaft geworden und soll die aktive Zusammenarbeit fördern.

2.1.2 Spezialabteilungen

Wenn längere Aufenthalte notwendig sind, können Spezialabteilungen („Kompetenzzentren“) wie Entwöhnungskliniken, Fachkliniken für Persönlichkeitsstörungen, Abteilungen für psychisch kranke Rechtsbrecher (forensische Psychiatrie) oder Rehabilitationsabteilungen für PatientInnen eine Ergänzung darstellen. Universitätskliniken haben vielfach keinen Vollversorgungsauftrag für eine bestimmte Region und können sich neben der Lehre und Forschung auch der Behandlung von speziellen psychiatrischen Krankheitsbildern widmen.

2.2 Teilstationäre Einrichtungen

2.2.1 Tageskliniken

Tageskliniken sind Übergangseinrichtungen und fungieren als Verbindungsglied zwischen dem stationären Aufenthalt und der ambulanten Betreuung. Die außerhalb der psychiatrischen Abteilung lebenden PatientInnen kommen nur tagsüber in die Institution. Für sie gibt es jeweils eine Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten. Diese bestehen aus Ergotherapie, Gruppentherapie, Kochkurs, Teilnahme an Freizeitangeboten oder anderen soziotherapeutischen Maßnahmen und haben das Erlernen eines strukturierten Tagesablaufs zum Ziel. Tageskliniken eignen sich einerseits als Alternative zu einem langen, teuren stationären Klinikaufenthalt, andererseits zur Nachbehandlung für jene Periode, in der PatientInnen noch psychisch instabil und rückfallsgefährdet sind. Das „Setting“ in einer Tagesklinik ermöglicht eine Tagesbeschäftigung und die Stimulation von PatientInnen mit Schizophrenie, schwerer Persönlichkeitsstörung, Demenz oder Intelligenzminderung, die in ihren Wohnungen ohne Struktur unterfordert wären und infolge regelrecht verwahrlosen würden.

Eine *Tagesstätte* ähnelt im Prinzip einer Tagesklinik, bietet jedoch ein kleineres therapeutisches Spektrum.

2.2.2 Nachtkliniken und Wohnheime

Nachtkliniken sind für PatientInnen angebracht, die tagsüber einer Beschäftigung nachgehen, aber die Nacht noch im geschützten Umfeld verbringen sollen. Aufgrund der gegenwärtigen schlechten Beschäftigungslage chronisch psychisch Kranker hat diese Betreuungsform an Bedeutung verloren.

Wohnheime sind Unterbringungsmöglichkeiten für PatientInnen ohne familiäres Umfeld und meist ohne Beschäftigung. Dazu müssen die PatientInnen über ein Mindestmaß an sozialen Fertigkeiten verfügen, wie selbständige Hygiene oder die Versorgung mit Nahrungsmitteln. Langzeitwohnheime werden von Pflegepersonen oder SozialarbeiterInnen betreut. Sie tragen dazu bei, dass ein stimulierendes und reibungsloses Zusammenleben möglich ist. Manchmal sind diese Wohngemeinschaften auch in normalen Wohnungen untergebracht und stehen, je nach Anforderung, auch nicht unter ständiger Betreuung. Nach den großen Psychiatriereformen der 1970er-Jahre wurden vorwiegend Menschen mit Intelligenzminderung oder chronischer Schizophrenie von der Anstalt in betreute Wohnheime und -gruppen umgesiedelt.

2.2.3 Geschützte Werkstätten

„Geschützte Werkstätten“ zählt man im weitesten Sinne ebenfalls zu den teilstationären psychiatrischen Einrichtungen. Sie bieten Arbeitsplätze für psychisch kranke oder behinderte Menschen und ermöglichen in einem geschützten Rahmen mit Rücksicht auf die jeweiligen Einschränkungen tätig zu sein. Die Arbeit soll die Menschen auf einen möglichen Berufswiedereinstieg vorbereiten (Rehabilitationswerkstätte) oder eine dauerhafte Alternative zur Arbeit am freien Markt darstellen. Hergestellt werden brauchbare Produkte, etwa in Tischlereibetrieben, die auch zum Verkauf angeboten werden. Viele geschützte Werkstätten erhalten Aufträge aus der freien Wirtschaft und arbeiten finanziell gewinnbringend.

2.3 Ambulante Einrichtungen

2.3.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Der „Psychosoziale Dienst“ (PSD) kann als kooperierende Stelle des Spitals betrachtet werden und bietet Hilfe im Wohnumfeld an. Beschäftigt sind PsychiaterInnen, ErgotherapeutInnen, Pflegepersonen und SozialarbeiterInnen. Der Aufgabenbereich umfasst neben der Zusammenarbeit mit der zuständigen psychiatrischen Abteilung und weiteren psychiatrischen Versorgungseinrichtungen ambulante Betreuung und Beratung, Vorsorge und weiterführende Hilfestellung. Die Arbeit der SozialarbeiterInnen beansprucht unter den Berufsgruppen in der psychosozialen Dienststelle den größten Zeitaufwand. Die größte PatientInnengruppe sind Menschen, die durch chronische psychische Erkrankungen wie etwa Schizophrenie sozial abgestiegen sind. Dementsprechend sollen sozialpsychiatrische Dienststellen einfach, ohne Gesundheitskarte oder auch ohne Voranmeldung von den Betroffenen aufgesucht werden können.

2.3.2 Spitals- und Institutsambulanzen

Hier werden PatientInnen nach einem Spitalsaufenthalt vorübergehend ambulant behandelt. Diese vorwiegend für rückfallsgefährdete PatientInnen geschaffenen Ambulanzen haben eine Brückenfunktion zwischen der Spitalsbetreuung („intramural“) und der Therapie im niedergelassenen Bereich („extramural“).

2.3.3 Niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie

FachärztInnen für Psychiatrie behandeln PatientInnen aus allen psychiatrischen Diagnosegruppen und stellen das wichtigste Behandlungsangebot im ambulanten Bereich dar. Die Kosten der Behandlung werden von den Krankenkassen getragen.

2.3.4 Frei praktizierende PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie

Ein klassisches psychotherapeutisches Setting in einer Privatpraxis eignet sich für PatientInnen, die sozial abgesichert leben, sich an Vereinbarungen und Termine halten und fähig sind, in reflektierender Weise über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Dabei kommt es weniger auf die psychiatrische Diagnose, sondern vielmehr auf die Motivation zur psychotherapeutischen Arbeit an.

3 Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 Vorbemerkung

Die Aufgabe der Psychiatrie ist es, psychisch erkrankte Menschen zu behandeln. Es besteht aber auch die gesetzliche Verpflichtung, die Behandlung manchmal gegen deren Willen durchzuführen, wenn aufgrund einer psychischen Störung eine massive Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Damit unterscheidet sich die Psychiatrie grundlegend von anderen medizinischen Fächern, deren PatientInnen in der Regel freiwillig zur Behandlung kommen und sie als Dienstleistung betrachten. Die Psychiatriereform hat dazu geführt, dass die meisten PatientInnen aus eigenem Betreiben in psychiatrischer Behandlung sind. Ein kleiner Teil jedoch wird noch immer zwangsweise zur stationären Behandlung eingewiesen. Es ist leider eine Tatsache, dass Menschen in psychischen Ausnahmezuständen auch mit polizeilicher Gewalt von zu Hause ins Spital gebracht werden und dort von Pflegepersonen mit Gurten fixiert werden und zur Beruhigung eine Injektion mit einem sedierenden Psychopharmakon erhalten. Solche Szenen sind nicht zu vermeiden, wenn sich die Psychiatrie ihrer gesellschaftlichen Aufgabe stellt. Gälten ausschließlich Selbstbestimmung und Freiheit des Menschen

als Handlungsgrundlagen, entspräche dies einer sorglosen bzw. zynischen Haltung, gleich einem Elternteil, der tatenlos zusähe, wie sein Kind alleine über die Straße läuft, nur weil es dies augenblicklich wünscht. Die Psychiatrie stellt somit eine staatliche Instanz dar, welche die ethisch schwierige Aufgabe hat, zu entscheiden, ob eine psychische Auffälligkeit einer zwangsweisen Behandlung bedarf oder nicht. Zwangseinweisungen und -maßnahmen können aber traumatisierend für Betroffene sein und Alternativen wären wünschenswert. Es gibt Versuche, schizophrene PatientInnen ohne Medikamente und ohne Zwangsmaßnahmen zu behandeln. Diese auch als „Soteria“ bezeichnete Idee wurde in der Schweiz entwickelt und beruht auf der Annahme, dass zwischenmenschliche Beziehungen in einer ruhigen Umgebung ebenso wirksam sein können wie eine medikamentöse Sedierung. In Spezialabteilungen werden PatientInnen in psychischen Krisen „rund um die Uhr“ auch von Laien begleitet und betreut. Um solche Projekte im Gesundheitssystem großflächig zu etablieren, werden jedoch positive Studien und Forschungsarbeiten sowie finanzielle Mittel für die personalintensive Betreuung benötigt.

3.2 Zwangsmaßnahmen und Unterbringung

Anfang der 1990er-Jahre wurden in den europäischen Ländern neue gesetzliche Bestimmungen beschlossen, welche die Aufnahmen und Behandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern regeln sollen. Für eine Zwangseinweisung ähneln sich die Voraussetzungen in den meisten Ländern. Neben dem Vorliegen einer psychischen Störung müssen üblicherweise eine akute Selbstgefährdung (Gefahr des Selbstmords) und/oder eine Gefahr für andere Personen (aggressive Impulsdurchbrüche) gegeben sein.

In **Österreich** sind Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Abteilungen seit 1991 durch das Unterbringungsgesetz (UbG, Novellierung 2010) geregelt. Voraussetzungen sind:

1. Die betreffende Person leidet an einer psychischen Krankheit.
2. Im Zusammenhang mit der psychischen Krankheit liegt eine erhebliche und ernste Gefährdung des eigenen Lebens/der eigenen Gesundheit oder des Lebens/Gesundheit anderer vor.
3. Die Person kann nicht anders (vor allem außerhalb des Krankenhauses) ausreichend ärztlich behandelt werden.

Eine Einweisung gegen den Willen eines Patienten erfolgt durch einen Arzt des öffentlichen Dienstes (Amtsarzt), der

bei Vorliegen der Voraussetzung eine ärztliche Bescheinigung ausstellen kann. Bei Gefahr in Verzug können Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes (Polizei) einen Betroffenen auch ohne ärztliche Bescheinigung einer psychiatrischen Untersuchung zuführen. Ein Psychiater der Abteilung (Abteilungsvorstand oder dessen Vertreter bzw. ein Facharzt) muss unverzüglich die Voraussetzung der Unterbringung überprüfen und ein ärztliches Unterbringungszeugnis ausstellen, wenn es bis dahin nicht gelungen ist, den Betroffenen zu einer freiwilligen Aufnahme zu bewegen. Aus dem Zeugnis muss hervorgehen, dass aufgrund einer psychischen Störung akute Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Parallel dazu ist das zuständige Gericht und ein Patientenanwalt zu verständigen. In einer innerhalb von vier Tagen anberaumten Erstanhörung wird die Zulässigkeit der Unterbringung überprüft. Nach weiteren 14 Tagen findet eine mündliche Verhandlung in der psychiatrischen Abteilung statt, bei der neben dem Patienten und seinem Arzt ein Richter, ein psychiatrischer Sachverständiger und ein Patientenanwalt teilnehmen. Der Richter bestimmt, ob eine weitere Anhaltung zulässig ist und kann eine Unterbringungsdauer von bis zu drei Monaten ab Einweisung festlegen. Der behandelnde Arzt kann sie innerhalb dieses Zeitraums jedoch jederzeit aufheben. Eine Unterbringung (Anhaltung eines Patienten gegen seinen Willen) wird für zulässig erklärt, nicht nur wenn Beschränkungsmaßnahmen angewandt werden müssen, sondern auch wenn davon

auszugehen ist, dass ein baldiger Rückfall drohe, wenn der Betroffene die Behandlung abbrechen möchte. Zu Beschränkungsmaßnahmen zählt man u. a. die Hinderung des Patienten, die Station zu verlassen, etwa indem man sie versperrt, Stecgitter am Bettrand befestigt oder – als ultima ratio – den Betroffenen mit Gurten beschränkt. Auch elektronische Warnsysteme oder sedierende Medikamente, die gegen den Willen verabreicht werden, sind Maßnahmen, die nur dann durchgeführt werden, wenn eine Unterbringung vorliegt. Die psychiatrischen Abteilungen sollten aber „offen“ geführt werden. Damit ist gemeint, dass der Stationsbereich nicht abgesperrt werden soll und von PatientInnen jederzeit verlassen werden kann. In einem geschlossenen Bereich dürfen Personen nur nach dem Unterbringungsgesetz aufgenommen werden. Da ein Großteil der PatientInnen aber freiwillig in einer psychiatrischen Abteilung aufgenommen wird, sind geschlossene Bereiche in der Vollversorgung eine Rarität geworden.

In **Deutschland** kann bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung eines Patienten eine Unterbringung (Freiheitsentziehung) ausgesprochen werden, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt und aufgrund dieser die Gefahr für den Betroffenen nicht anders abgewendet werden kann. Dies erfolgt nach den Landesunterbringungsgesetzen, wobei zwischen den einzelnen Gesetzen der verschiedenen Bundesländer bzw. nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PSYCH-KG) Unterschiede bestehen. In der Regel wird das

Verfahren von der Polizei oder von einem Amt für öffentliche Ordnung eingeleitet. Liegt ein Notfall vor, kann jeder Arzt einen Patienten in eine Klinik für Psychiatrie einweisen. Im Krankenhaus nimmt der Psychiater zur Unterbringung Stellung und der Richter entscheidet, ob die Unterbringung gerechtfertigt ist. Eine „fürsorgliche Zurückhaltung“ in einer psychiatrischen Klinik ist möglich, wenn sich der Betroffene in einer Klinik befindet und Gründe für eine Unterbringung vorliegen. Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren und nur so lange statthaft, wie die Situation es erzwingt. Eine Entlassung aus der Unterbringung erfolgt durch gerichtliche Anwendung, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

In der **Schweiz** spricht man von „Fürsorglicher Freiheitsentziehung“ (Art. 397 ZBG), die bei bestimmten medizinischen oder psychosozialen Voraussetzungen angewandt werden kann, um Betroffene in eine geeignete Anstalt zu bringen oder zurückzubehalten. Das Recht zur unmittelbaren Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung ist in den einzelnen Kantonen jedoch unterschiedlich geregelt. Vorläufige Einweisungen können von KantonsärztInnen, von den praktizierenden ÄrztInnen oder von den Gesundheitsämtern ausgehen. Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern, ist die Hinzuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen notwendig und der Patient muss wieder entlassen werden, sobald es das Zustandsbild erlaubt. Ein ärztliches Zeugnis muss neben der psychopathologischen Symptomatik auch Angaben über deren

vermutliche Ursache und über die zu erwartenden Folgen für die betroffene Person oder Dritte enthalten.

III Therapieverfahren

K. Paulitsch

1 Psychopharmakotherapie

1.1 Einleitung

Psychopharmaka sind Substanzen, die auf cerebrale Strukturen einwirken (psychotrope Substanzen). Sie regulieren Hirnfunktionen und modifizieren psychische Abläufe. Die Wirkung entfaltet sich an den Synapsen (Kontaktstellen zwischen zwei Nervenzellen) durch Beeinflussung der Botenstoffe (Neurotransmitter). Diese Überträgersubstanzen regulieren die neuronale Erregung und elektrische Weiterleitung zwischen den einzelnen Nervenzellen. Die wichtigsten durch Psychopharmaka beeinflussbaren Neurotransmitter sind Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, Acetylcholin und GABA (Gammaaminobuttersäure). Sie werden in kleinen Bläschen (Vesikeln) in den Nervenenden gespeichert und besetzen, nachdem sie durch einen elektrischen Impuls freigesetzt wurden, den nachgeschalteten Rezeptor einer benachbarten Nervenzelle. Im synaptischen Spalt erfolgt entweder der Abbau der Überträgersubstanzen oder sie werden wieder in die Bläschen der Nervenenden aufgenommen und inaktiviert.

Wirksame Psychopharmaka wurden erst in den 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts entdeckt. Den Durchbruch schaffte das 1952 entwickelte Chlorpromazin durch Jean Delay und Pierre Deniker, die zufällig die antipsychotische Wirkung der Substanz entdeckten. Bis dahin konnten Symptome psychisch

kranker Menschen nur unspezifisch mit Opium, Alkohol oder Barbituraten gelindert werden. Bald nach Entwicklung des ersten Neuroleptikums (Antipsychotikums) Chlorpromazin wurde 1954 Meprobamat als erster Tranquilizer und 1957 von Roland Kühn das erste Antidepressivum (Imipramin) entwickelt. Die antimaniische Wirkung von Lithium wurde bereits 1949 von John Cade entdeckt und 1967 seine phasenprophylaktische Wirkung.

Seither gehören Psychopharmaka zu den am häufigsten verordneten Medikamenten, obwohl in der Bevölkerung falsche Vorstellungen über deren Wirkungsweise bestehen. „Chemische Zwangsjacke“, „Pillenkeule“, „mit Medikamenten vollgestopft“ sind nur einige negative Attribute für die Pharmakotherapie. Die Vorurteile Medikamenten gegenüber führen allzu oft zur Stigmatisierung jener Personen, die diese zur Behandlung dringend benötigen. Nach Meinung aber fast aller psychiatrischer und psychiatriehistorischer Forscher hat die Entwicklung der Psychopharmaka in den 50er-Jahren wesentlich zu den Reformen in der Psychiatrie und zur „Öffnung“ der Anstalten beigetragen. Viele psychische Erkrankungen wie Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen, Schlafstörungen oder Erregungszustände können durch Medikamente effizient behandelt werden. Im klinischen Alltag sind daher Psychopharmaka unentbehrlich. Die Behandlungsstrategien sind in den letzten Jahren differenzierter geworden, aber man ist noch weit davon entfernt, über

ein passendes Medikament für jede psychische Störung zu verfügen und die biochemischen Zusammenhänge im Einzelnen zu verstehen. Die Verordnung erfordert viel Erfahrung, setzt einen Gesamtbehandlungsplan voraus und soll nur bei bestehender Indikation erfolgen. Grundlage ist eine gute Arzt-Patient-Beziehung, in der psychosoziale Hintergründe und die Persönlichkeit des Patienten berücksichtigt werden. Der Arzt ist zwar der Experte, der Betroffene bringt aber das nicht minder wichtige individuelle Erfahrungswissen ein.

Spricht man von Psychopharmaka, sollte man generell zwischen zwei Gruppen differenzieren, die unterschiedlich zu bewerten sind: Die erste Gruppe umfasst jene Medikamente, die von PatientInnen nur vorübergehend eingenommen werden sollen, da sie ein Abhängigkeitspotenzial aufweisen und Langzeitschäden zu befürchten sind. Hierzu zählt man vorwiegend die Tranquilizer (v. a. Benzodiazepine). Zur zweiten Gruppe zählt man jene Medikamente, bei denen keine Suchtgefahr besteht und die wegen guter Verträglichkeit langfristig zur psychischen Stabilisierung verabreicht werden können. Dies sind vor allem Antidepressiva und Phasenprophylaktika, aber auch Antipsychotika und Antidementativa.

1.2 Antidepressiva

Als Antidepressiva werden nicht suchterzeugende und gut verträgliche Medikamente bezeichnet, die vorwiegend zur Behandlung von Depressionen entwickelt wurden und sich durch eine stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung (manchmal auch psychomotorisch dämpfend) auszeichnen. Antidepressiva werden zunehmend auch bei anderen Symptomen wie Ängsten, Zwängen oder Schmerzen eingesetzt und gelten als eine der am häufigsten verordneten Medikamente überhaupt.

1.2.1 Wirkungsweise

Die meisten Antidepressiva verstärken die Wirkung der beiden Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin, indem sie ihre Wiederaufnahme im synaptischen Spalt hemmen. Dadurch werden die Transmitter häufiger an den Rezeptoren angebinden und bewirken eine verstärkte Weiterleitung eintreffender Reize. Manche Antidepressiva wirken mehr auf den Neurotransmitter Serotonin (z. B. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI), andere wiederum ausschließlich auf Noradrenalin (Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, NARI). Von dualer Wirkung spricht man, wenn beide Systeme beeinflusst werden, wie bei den trizyklischen Antidepressiva oder den selektiven Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI). Anders wirkende Medikamente blockieren den chemischen Abbau der Neurotransmitter, indem sie die Wirkung von Abbauenzymen (Monoaminoxidase) hemmen (MAO-Hemmer).

1.2.2 Klinische Anwendung und Indikationen

Bei Antidepressiva besteht kein Abhängigkeitspotenzial, sie sind in der Regel gut verträglich, führen zu keiner Organschädigung und bewirken auch keine Persönlichkeitsveränderung. Der Begriff „Antidepressivum“ ist irreführend, da mittlerweile neben depressiven Störungen eine Reihe weiterer psychischer Störungen mit dieser Substanzgruppe behandelt wird. Die Wirkungen umfassen neben Stimmungsaufhellung und Antriebsnormalisierung auch Angstlösung („Anxiolyse“), Beruhigung, Sedierung und Schmerzdistanzierung. Wegen der häufig zu Beginn auftretenden Nebenwirkungen ist eine niedrige Dosis bei erstmaliger Einnahme hilfreich. Der Wirkeintritt erfolgt meist erst nach ein bis drei Wochen, was dazu führt, dass beispielsweise eine Stimmungsaufhellung nicht immer der Wirkung des Antidepressivums zugeordnet werden kann. Die Therapie ist nur dann sinnvoll, wenn sie über einen längeren Zeitraum erfolgt. Beispielsweise ist bei rezidivierenden depressiven Störungen eine oft jahrelange prophylaktische Einstellung notwendig. Indikationen für eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva sind u. a. depressive Syndrome (depressive Störungen, Belastungsreaktionen), Angsterkrankungen (Panikstörung, Agoraphobie), Zwangsstörungen, Schlafstörungen,

Somatisierungsstörungen und Essstörungen.

1.2.3 Substanzgruppen und Nebenwirkungen

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI

SSRI sind die am häufigsten verschriebenen Antidepressiva mit geringen Nebenwirkungen. Die unerwünschten Wirkungen treten meist nur in den ersten Wochen der Einnahme auf und umfassen Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen. Die Einnahme ist nur einmal pro Tag (morgens) notwendig.

Zu den SSRIs zählt man Fluoxetin (Fluctine[®]), Fluvoxamin, Paroxetin (Seroxat[®]), Sertralin, Citalopram (Seropram[®]) und Escitalopram (Cipralex[®]).

Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, NARI

Die Einnahme erfolgt zweimal pro Tag. Als seltene Nebenwirkungen beobachtet man Kältegefühl, Harnverhalt, Zittern und Kopfschmerzen. Der einzige am Markt befindliche „NARI“ ist Reboxetin (Edronax[®]).

Monoaminoxidasehemmer, MAO-Hemmer

MAO-Hemmer werden selten eingesetzt, da die Gruppe mittlerweile von anderen Antidepressiva verdrängt wurde. Hierzu zählt man Moclobemid (Aurorix[®]).

Selektive

Serotonin-/Noradrenalin-

Wiederaufnahmehemmer, SNRI

Die SNRIs werden meist erst dann eingesetzt, wenn mit anderen Antidepressiva kein Erfolg zu verzeichnen ist. Das Nebenwirkungsprofil ist ähnlich wie das der SSRIs. Ein „duales Wirkprinzip“ mit Beeinflussung sowohl von Serotonin als auch Noradrenalin weisen Venlafaxin (Efectin[®]), Milnacipran (Ixel[®]) und Duloxetin (Cymbalta[®]) auf.

Trizyklische und Tetrazyklische Antidepressiva, TZA

Die trizyklischen Antidepressiva sind die erste Gruppe, die bereits seit den 60er-Jahren zum Einsatz kommt. Sie beeinflussen mehrere Neurotransmittersysteme, weswegen auch vermehrt Nebenwirkungen zu erwarten sind. Diese umfassen Mundtrockenheit, Müdigkeit, Akkomodationsstörungen, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckabfall, Verstopfung und Harnverhalt. Dies ist der Grund, weswegen die TZAs stark an Bedeutung verloren haben. Der Einsatz beschränkt sich auf „therapieresistente“ depressive Störungen. Zu den noch eingesetzten TZAs gehören: Amitriptylin (Saroten[®]), Clomipramin (Anafranil[®]) und das tetrazyklische, besser verträgliche Antidepressivum Mianserin (Tolvon[®]).

Weitere Antidepressiva

Chemisch andersartige Antidepressiva sind Mirtazapin (Mirtel[®]) und Trazodon (Trittico[®]). Diese haben auch eine beruhigende und angstlösende Wirkung, weswegen sie abends als Schlafhilfe eingenommen werden können und bei innerer

und äußerer Unruhe wirksam sind. Weitere Substanzen mit anderen Wirkmechanismen sind Agomelatin (Valdoxan[®]), Tianeptin (Stablon[®]) oder Vortioxetin (Brintellix[®]). Das Phytopharmakon Johanniskraut (Hypericum-Extrakt) ist wegen seiner pflanzlichen Basis bei PatientInnen beliebt, dessen Einsatz beschränkt sich jedoch auf leichte bis mittelschwere Depressionen.

1.3 Phasenprophylaktika

Phasenprophylaktika sind Psychopharmaka, die zur Rückfallsverhinderung bei zyklischen Erkrankungen wie bipolaren oder schizoaffektiven Störungen entwickelt wurden. Zur Substanzgruppe zählen Lithium, Antikonvulsiva sowie manche neuere Antipsychotika.

1.3.1 Wirkungsweise

Phasenprophylaktika sind bezüglich der Wirkungsweise eine heterogene Gruppe von Psychopharmaka, die bei PatientInnen Stimmungsschwankungen verhindern oder verringern sollen. Im Idealfall beeinflussen die Medikamente sowohl depressive Symptome als auch manische Zustände positiv, die Hauptindikation liegt jedoch in ihrer vorbeugenden – prophylaktischen – Wirkung. Durch regelmäßige Einnahme kann die Wahrscheinlichkeit eines neuerlichen Auftretens einer Krankheitsphase deutlich verringert werden. Lange Zeit galt Lithium als einziges Medikament, welches diese komplexen Eigenschaften einigermaßen erfüllt, in neuerer Zeit kommen Medikamente, die eigentlich zur Behandlung von Epilepsie entwickelt wurden („Antikonvulsiva“) und zunehmend auch Antipsychotika zur Anwendung.

Lithium ist ein chemisches Element, das Kalium und Natrium ähnlich ist. Dementsprechend besteht die Wirkungsweise von Lithium im Zellstoffwechsel und in der Erregung von Nervenzellen, wobei es generell zu einer Dämpfung kommt. Auch Neurotransmittersysteme werden durch Lithium beeinflusst.

Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Valproinsäure oder Lamotrigin wirken über eine Veränderung der Kommunikation zwischen den Nervenzellen, dadurch dass die Übererregbarkeit

in manchen Hirnregionen verringert wird oder die Wirkung eines Neurotransmitters (GABA) verstärkt wird. Dies erklärt auch die Senkung der Wahrscheinlichkeit von epileptischen Anfällen nach Einnahme dieser Substanzen. Die Annahme, dass auch bei extremen Stimmungsschwankungen gleichfalls eine veränderte Erregbarkeit von Nervenzellen vorliegt, führte zum bewährten klinischen Einsatz bei bipolaren Störungen.

Die Wirkungsweise von *Antipsychotika* wird im entsprechenden Abschnitt (siehe auch [Kapitel III, 1.5, S. 47](#)) besprochen.

1.3.2 Klinische Anwendung und Indikationen

Lithium hat einen antimaniischen, antidepressiven und bei der bipolaren Störung auch einen phasenprophylaktischen Effekt. Besonders geeignet scheint das Psychopharmakon bei der klassischen bipolaren Störung mit euphorischen Phasen wirksam zu sein. Durch regelmäßige Einnahme kann das Risiko des Auftretens von erneuten Episoden um 60% reduziert werden. Dennoch hat das Medikament auch Nachteile: Da schon bei geringen Überdosierungen (geringe „therapeutische Breite“) Vergiftungserscheinungen auftreten können, ist eine regelmäßige Kontrolle des Blutspiegels erforderlich. Ein Wert von 0,6 bis 0,8 mmol/l ist zur Prophylaxe gefordert und unschädlich, vorübergehend kann unter stationären Bedingungen der Spiegel auf 1,2 mmol/l angehoben werden. Die Einnahme des Präparats erfordert daher erhöhte Sorgfalt und die Dauereinstellung ist nur für einen Teil von aufgeklärten und kognitiv nicht beeinträchtigten PatientInnen möglich.

Die *Antikonvulsiva* Carbamazepin und Valproinsäure eignen sich neben der bipolaren Störung auch zur Behandlung von Mischzuständen und der schizoaffektiven Störung. Die Anwendung erfolgt dann, wenn eine Einstellung auf Lithium nicht möglich erscheint. Lamotrigin hingegen wirkt vorwiegend antidepressiv und hat nur ein begrenztes Anwendungsgebiet.

Antipsychotika, die ursprünglich zur Behandlung der Schizophrenie entwickelt wurden, werden in neuerer Zeit ebenso bei bipolaren Störungen eingesetzt.

1.3.3 Substanzgruppen und Nebenwirkungen

Lithium

Auf die klinische Wirkung von Lithium (Quilonorm[®]) und sein begrenztes Einsatzgebiet wurde schon eingegangen. Mögliche Nebenwirkungen sind zu Beginn leichtes Zittern (Tremor) der Finger, Übelkeit und Durchfall. Eine dauerhafte Einnahme führt manchmal zu Gewichtszunahme, Vergrößerung der Schilddrüse, Durstgefühl und Beinschwellungen (Ödeme). Vergiftungserscheinungen treten bei Überdosierung, falscher Einnahme oder bei kochsalzarmer Diät und Flüssigkeitsmangel auf. Die lebensbedrohlichen Symptome zeigen sich als starker Tremor, Erbrechen und Übelkeit, psychische Auffälligkeiten bis hin zu Verwirrtheit, Schwindel, Sprachstörungen und Koma.

Antikonvulsiva

Zu dieser eigentlich als Mittel gegen epileptische Anfälle verwendeten Gruppe zählt man Valproinsäure (Convulex[®], Depakine[®]), Lamotrigin (Lamictal[®]) und Carbamazepin (Neurotop[®]). Die Medikamente werden in der Regel gut vertragen und eignen sich daher zur Dauerprophylaxe bei der bipolaren Störung besonders gut. In Studien ist vor allem die Wirksamkeit von Valproinsäure gut belegt. Nebenwirkungen von Carbamazepin sind Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit. Bei

der Einnahme von Valproinsäure wurden vereinzelt Zittern, Gewichtszunahme, Haarausfall beobachtet. Die unerwünschten Wirkungen von Lamotrigin ähneln den bisher beschriebenen Substanzen.

Antipsychotika

In zahlreichen Studien werden zurzeit die neuen atypischen Antipsychotika zur Behandlung der bipolaren affektiven Störung getestet und die Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen präsentiert. Die prophylaktische und antimanische Wirkung von Aripiprazol (Abilify[®]), Risperidon (Risperdal[®]), Quetiapin (Seroquel[®]) ist mit jener der übrigen Phasenprophylaktika vergleichbar. Ein Vorteil gegenüber den Antikonvulsiva ist jedoch noch nicht nachgewiesen worden. Das Nebenwirkungsspektrum reicht von Gewichtszunahme bis hin zu Stoffwechselstörungen und ist demnach nicht günstiger zu beurteilen.

1.4 Tranquilizer

Tranquilizer (von lat.: *tranquillare*, beruhigen) sind Psychopharmaka, die eine beruhigende, entspannende, angstlösende und teilweise schlafanstoßende Wirkung besitzen. Historisch gesehen zählt man die bereits im 19. Jahrhundert verwendete pflanzlichen Substanzen (z. B. Chloralhydrat) und die vor mehr als hundert Jahren entdeckten Barbiturate dazu. Auch andere Substanzen wie manche Antipsychotika oder Antidepressiva können ähnlich wirken, heutzutage versteht man unter dem Begriff *Tranquilizer* jedoch vorwiegend die große Gruppe der **Benzodiazepine** und neuere ähnlich wirkende Substanzen, wie beispielsweise Zolpidem („Non-Benzodiazepin-Hypnotika“). Benzodiazepine, die seit den 1960er-Jahren verwendet werden, zeichnen sich im Gegensatz zu den Barbituraten durch ein günstigeres Nebenwirkungsprofil und geringere Toxizität aus.

1.4.1 Wirkungsweise

Benzodiazepine binden an spezifischen Benzodiazepinrezeptoren von Nervenzellen und verstärken die hemmende Funktion von gewissen Neuronen („GABAerge“ Neuronen). Sie sind deswegen hochwirksam, weil sie direkt die „Angstrezeptoren“ (GABA-System) im Gehirn blockieren und deswegen zur Anxiolyse (Angstlösung) führen.

1.4.2 Klinische Anwendung und Indikationen

Benzodiazepine wirken angstlösend (anxiolytisch), entspannend, schlafanstoßend (hypnotisch), muskelentspannend (relaxierend) und senken die epileptische Krampfschwelle (antikonvulsiv). Wegen der vielfältigen Wirkung ist auch das Einsatzgebiet entsprechend groß. Benzodiazepin-Tanquilizer werden u. a. bei Angstzuständen, Schlafstörungen, Erregungszuständen, Epilepsie, Muskelverspannungen, als Operationsvorbereitung und als Alkoholentzugsmedikamente eingesetzt. Die Anwendung soll nur vorübergehend (maximal einige Wochen lang) erfolgen, da sich ein Abhängigkeitssyndrom entwickeln kann (siehe [Kapitel XIII, 4](#)).

1.4.3 Substanzgruppen und Nebenwirkungen

Benzodiazepine

Alle Benzodiazepine haben ein ähnliches Wirkspektrum. Die Differenzierung erfolgt hinsichtlich des hauptsächlichlichen Einsatzgebiets, der Halbwertszeit und der primären Wirkung. Man unterscheidet zwischen vorwiegend angst- und spannungslösend (anxiolytisch) und vorwiegend schlafanstoßend wirkenden Benzodiazepinen. Eine weitere Gruppe wird vorwiegend als Mittel gegen Epilepsie eingesetzt.

Zu den **anxiolytisch eingesetzten Benzodiazepinen** zählt man Alprazolam (Xanor[®]), Diazepam (Valium[®], Psychopax[®], Gewacalm[®]), Lorazepam (Temesta[®]), Bromazepam (Lexotanil[®]) oder Oxazepam (Praxiten[®], Anxiolit[®]).

Als **Schlafmittel** (Hypnotika) werden Triacolum (Halcion[®]), Lormetazepam (Noctamid[®]) oder Flunitrazepam (Somnubene[®], Rohypnol[®]) eingesetzt, wohingegen Clonazepam (Rivotril[®]) überwiegend als **Antikonvulsivum** verwendet wird.

Die hauptsächlichliche Nebenwirkung von Benzodiazepinen ist unter Umständen auch die erwünschte Wirkung, nämlich der müde machende (sedierende) Effekt. Bei älteren Menschen kann es dadurch zu Gangunsicherheit und Stürzen kommen.

Manchmal besteht bei dieser PatientInnengruppe auch eine paradoxe Reaktion, statt einer Sedierung kommt es zu Unruhe bis hin zu Verwirrtheit oder Erregungszuständen. In höheren Dosen und bei chronischem Gebrauch werden bei älteren Menschen die kognitiven Funktionen beeinträchtigt. Eine längere Einnahme führt auch zu einem Gewöhnungseffekt und infolge zu einem Abhängigkeitssyndrom. Deswegen sollte man Benzodiazepine nicht als Dauermedikament einnehmen, sondern nur in einem begrenzten Zeitraum und unter ärztlicher Kontrolle.

Benzodiazepinähnliche Hypnotika („Non-Benzodiazepin-Hypnotika“) Diese Substanzgruppe unterscheidet sich strukturellchemisch von den Benzodiazepinen, bindet jedoch im Gehirn an denselben Stellen. Die Wirkung, aber auch deren Nebenwirkungen mitsamt dem Abhängigkeitspotenzial, sind den Benzodiazepinen ähnlich. Zu der hauptsächlich als Schlafmittel eingesetzten Gruppe zählt man u. a. Zolpidem (Zoldem[®]), Ivadal[®]) und Zaleplon (Sonata[®]).

1.5 Antipsychotika (Neuroleptika)

Der früher häufig verwendete Begriff „Neuroleptikum“ wurde mittlerweile durch den international anerkannten Begriff Antipsychotikum ersetzt, der auf die therapeutische Wirkung bei psychotischen Symptomen, wie Wahn oder Halluzinationen, hinweist. Diese chemisch heterogene Gruppe von Medikamenten zur Behandlung von Psychosen wie Schizophrenie gewinnt aber auch bei anderen Krankheitsbildern zunehmend an Bedeutung.

1.5.1 Wirkungsweise

Der Wirkmechanismus der einzelnen Antipsychotika ist noch nicht restlos geklärt. Man geht aber von einer starken Beeinflussung bzw. Dämpfung von dopaminergem Überaktivität der Nervenzellen aus. Demnach lagern sich die Pharmaka an Dopaminrezeptoren im Gehirn an, wodurch der Rezeptor durch das Antipsychotikum vorübergehend blockiert wird. Die Blockade führt zu einer Abschwächung der elektrischen Erregbarkeit der Nervenzellen, was klinisch den antipsychotischen Effekt bewirkt. Vereinfacht ausgedrückt, können psychotische Symptome mit einer Übererregbarkeit im Dopamin-System gleichgesetzt werden (Dopamin-Hypothese). Die meisten Antipsychotika beeinflussen aber auch andere Neurotransmitter und Rezeptoren und führen somit zu unterschiedlichen klinischen Effekten und Nebenwirkungen.

1.5.2 Klinische Anwendung und Indikationen

Das ursprüngliche Einsatzgebiet der Antipsychotika ist die akute Behandlung der Schizophrenie. Vor allem Wahnsymptome, halluzinatorisches Erleben und Erregungszustände lassen sich rasch und effektiv mit dieser Medikamentengruppe behandeln, da gleichzeitig ein reizabschirmender und beruhigender klinischer Effekt besteht. Antipsychotika wirken aber auch prophylaktisch und verhindern Rückfälle von schizophrenen Erkrankungen, wenn sie über einen längeren Zeitraum eingenommen werden. Die Langzeiteinnahme ist möglich, da die Substanzen kein Abhängigkeitspotenzial besitzen. In neuerer Zeit werden manche Antipsychotika auch bei Manien und bei bipolaren Störungen als Phasenprophylaxe eingesetzt. Weitere Indikationen sind u. a. demenzielle Erkrankungen, Alkohol- und drogeninduzierte Psychosen, Verwirrtheitszustände (Delir), Schlafstörungen, Spannungszustände bei Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen sowie Schmerzsyndrome. Meist erfolgt die Einnahme von Antipsychotika durch Tabletten (oral), wobei manche Antipsychotika auch in Injektionsform (Ampullen) vorliegen. Zur Rückfallsverhütung von schizophrenen Erkrankungen haben sich auch „Depotformen“ bewährt, die nur alle zwei bis vier Wochen durch Injektion in den Gesäßmuskel verabreicht

werden. Die Substanzen, die in einer speziellen Verbindung vorliegen, werden langsam im Laufe von ein bis vier Wochen aus dem Muskel freigesetzt und entfalten so ihre Wirkung (siehe [Kapitel VI, 1.7.1](#)).

1.5.3 Substanzgruppen und Nebenwirkungen

Die Einteilung von Antipsychotika ist nach verschiedenen Gesichtspunkten möglich, wie z. B. nach der chemischen Struktur oder der antipsychotischen Wirksamkeit. Letzteres Einteilungsprinzip („neuroleptische Potenz“) unterscheidet hochpotente Antipsychotika, die in mittlerer Dosierung eine gute antipsychotische Wirkung zeigen, von niedrigpotenten, die nur gering antipsychotisch eingestuft werden und vorwiegend eine sedierende Komponente aufweisen. Ebenso lassen sich Antipsychotika in konventionelle ältere und „atypische“ neuere unterteilen.

Konventionelle hochpotente Antipsychotika

Zu dieser Substanzgruppe zählt man vor allem Haloperidol (Haldol[®]), welches sich durch eine gute antipsychotische Wirksamkeit auszeichnet, aber langfristig zu Bewegungsstörungen (extrapyramidalmotorische Symptome), wie Schlundkrämpfe, starre Mimik, kleinschrittiger Gang und Muskelsteifheit führt. Diese auch als „Parkinsonsyndrom“ bezeichnete Symptomatik war als gefürchtete Nebenwirkung bei der ersten Generation der (konventionellen) Antipsychotika anzutreffen und führte nicht selten zum vorzeitigen Absetzen der Medikamente. Haloperidol ist dennoch ein notwendiges

Medikament in der Psychiatrie, das sich bei deliranten Zustandsbildern und Erregungszuständen aufgrund seiner guten Kreislaufverträglichkeit bewährt hat. Zuclopenthixol (Cisordinol[®]) wird aufgrund des Nebenwirkungsprofils nur mehr sehr selten verabreicht.

Niedrigpotente Antipsychotika

Diese Gruppe von Psychopharmaka wirkt bei mittlerer Dosierung kaum antipsychotisch, jedoch stark sedierend. Diese Substanzen sollen wegen der Nebenwirkungen (Blutdruckabfall, Tachykardie, Atemnot) nur bei starker psychomotorischer Erregung als Zusatzmedikation oder als Schlafmittel verwendet werden. Zu den niedrigpotenten Antipsychotika zählt man Chlorprothixen (Truxal[®]), Levopromazin (Nozinan[®]) oder Prothipendyl (Dominal[®]).

Atypische Antipsychotika

Die Bezeichnung „atypisch“ bezieht sich auf die fehlende Nebenwirkung des Parkinsonsyndroms, das diese Gruppe von Antipsychotika mehr oder weniger auszeichnet. Das erste „Atypikum“, welches keine Bewegungsstörungen (Parkinsonsyndrom) auslöst, ist Clozapin (Leponex[®]). Es gilt als das wirksamste Medikament in der Behandlung der Schizophrenie, hat jedoch eine Reihe von Nachteilen, weswegen es nur bei therapieresistenten Fällen verwendet werden darf. Neben starker Müdigkeit und Gewichtszunahme ist eine Blutbildveränderung (Leukozytenabfall) als unerwünschte

Wirkung möglich. Regelmäßige Blutbildkontrollen sind deswegen notwendig, und bei einem Abfall der Leukozytenzahl im Blut ist das Präparat abzusetzen.

In den letzten Jahren kamen eine Reihe von Weiterentwicklungen von atypischen Antipsychotika auf den Markt, die primär zur Schizophreniebehandlung entwickelt wurden, nun aber ebenso bei bipolaren Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Demenzen zum Einsatz kommen sollen. Obwohl diese Medikamente statistisch gesehen weniger Bewegungsstörungen verursachen, sind sie nicht frei von anderen unangenehmen Nebenwirkungen. Bei manchen atypischen Antipsychotika kommt es zu Gewichtszunahme, Stoffwechselstörungen, Herzrhythmusstörungen, Blutbildveränderungen und bei Frauen zu Störungen der Menstruation sowie Brustvergrößerung mit Milchfluss. Zu den „Atypika“ zählt man neben Clozapin (Leponex[®]), Risperidon (Risperdal[®]), Olanzapin (Zyprexa[®]), Quetiapin (Seroquel[®]), Amisulprid (Solian[®]), Ziprasidon (Zeldox[®]) und Aripiprazol (Abilify[®]).

1.6 Weitere Psychopharmaka

1.6.1 Antidementativa

Antidementativa sind zentralnervös wirksame Substanzen, die Hirnfunktionen wie Konzentration, Lern- und Denkfähigkeit sowie Gedächtnisleistungen verbessern und Beeinträchtigungen von Alltagsaktivitäten verringern sollen. Zielgruppe sind ältere PatientInnen, bei denen ein cerebrales Abbaugeschehen im Sinne einer Demenz vorliegt. Seit mehreren Jahren werden Medikamente eingesetzt, denen man eine Wirksamkeit bei verschiedenen Demenzerkrankungen oder allgemeiner Vergesslichkeit nachsagt, wie beispielsweise Piracetam (Nootropil[®]), Ginkgo biloba (Tebonin[®]) oder Flunarizin (Tebofortan[®]). Für diese gern verabreichten Präparate liegen allerdings keine oder wenige wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise vor, sodass ExpertInnen mittlerweile keine Empfehlungen für ihren Einsatz abgeben. Zwei Substanzgruppen haben sich jedoch in wissenschaftlichen Studien als wirksam herausgestellt und finden zunehmend Verbreitung: Zur ersten Gruppe gehören die Cholinesterasehemmer, die den bei AlzheimerpatientInnen bestehenden Mangel des Neurotransmitters Acetylcholin ausgleichen und Hirnleistungen verbessern können. In der Regel wird aber nur der Krankheitsverlauf verlangsamt oder sein

rasches Fortschreiten nur kurzfristig verzögert. Die Erkrankung selbst kann durch Einnahme dieser Psychopharmaka nicht verhindert werden. Zu den Cholinesterasehemmern zählt man Donezepil (Aricept[®]), Rivastigmin (Exelon[®]) und Galanthamin (Reminyl[®]). Bei der zweiten Gruppe, den Memantinen, liegen ebenso zahlreiche Studien zur Wirksamkeit vor. Das Memantin (Axura[®], Ebixa[®]) beeinflusst den gestörten Stoffwechsel des Neurotransmitters Glutamat und wird zur Behandlung von mittelschweren und schweren Demenzen eingesetzt (siehe Kapitel XIV, 1.5.1).

1.6.2 Psychostimulanzien

Psychostimulanzien sind psychisch anregende und antriebsstimulierende Arzneimittel, die kurzfristig leistungs- und konzentrationssteigernd wirken, das Hungergefühl unterdrücken und in hohen Dosen eine Euphorie auslösen können. Unkontrollierte Einnahme kann zu einem Abhängigkeitssyndrom führen. Die Wirkung erfolgt durch Beeinflussung des Katecholaminstoffwechsels im synaptischen Spalt mit Erhöhung von Dopamin und Noradrenalin. Zur Gruppe der Stimulanzien zählt man neben Koffein, Nikotin, Kokain oder den Weckaminen (Amphetamine) Medikamente gegen die Aufmerksamkeits-Defizitstörung (ADHS). Diese vor allem bei Kindern und zunehmend auch bei Erwachsenen diagnostizierte Störung zeichnet sich durch gesteigerte Aktivität, Unruhe, erhöhte Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörungen aus. Das bekannteste Medikament ist Methylphenidat (Medikinet[®], Ritalin[®]), welches auf noch nicht ganz geklärte Weise zu Beruhigung und Nachlassen der Impulsivität und Hyperaktivität führt. Bei richtiger Indikation ist die klinische Wirkung beeindruckend und die Suchtentwicklung vernachlässigbar. Methylphenidat soll jedoch nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit Berücksichtigung psychosozialer Bedingungen verabreicht werden (siehe [Kapitel XVI](#)).

2Andere biologische Therapieverfahren

2.1Elektrokrampftherapie (EKT)

Die im Jahre 1938 eingeführte Elektrokrampftherapie basiert auf elektrischer Stimulation des Gehirns mit Auslösen eines generalisierten epileptischen Anfalls. Die Erwartungen an die auch als „Elektroschockbehandlung“ oder „Heilkrampftherapie“ bezeichnete Methode waren durch die bis dahin fehlenden erfolgreichen biologischen Therapieverfahren in der Psychiatrie derart hoch, dass es in den ersten Jahren zu einer raschen Verbreitung und unkritischen Anwendung kam (siehe [Kapitel I, 2](#)). In der Nachkriegszeit kam es durch Einführung der Psychopharmaka und später durch den Einfluss der 68er-Bewegung zu einem Rückgang von Elektroschockbehandlungen. Die „Anti-Psychiatrie“ betrachtete die Elektrokrampftherapie als grausame, menschenverachtende Behandlungsmethode und bewirkte in einigen Ländern auch ein Verbot. Die Kritik ist teilweise berechtigt, da bis in die 70er-Jahre der „Elektroschock“ ohne Narkose und ohne Verabreichung von muskelrelaxierenden Medikamenten zu großen epileptischen und schmerzhaften Anfällen mit Zungenbissen und zu Knochenbrüchen führte. Darüber hinaus wurde die Methode in totalitären Staaten auch als politische Folter bei Regimegegnern eingesetzt. Heutzutage gilt jedoch in der modernen Psychiatrie die korrekt durchgeführte Elektrokrampftherapie paradoxerweise

als eines der effektivsten, sichersten und nebenwirkungsarmen biologischen Therapieverfahren. Die Behandlung wird mit Einverständnis des Patienten und nur bei wenigen psychischen Störungen durchgeführt. Als Hauptindikationen gelten schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen oder akuter Suizidalität, therapieresistente Depressionen und eine Sonderform der Schizophrenie, der „perniziösen Katatonie“, die mit Fieber und Stupor einhergeht und lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Die Ansprechrate ist bei depressiven Störungen hoch (zwischen 75% und 95%); selbst bei therapieresistenten Depressionen lässt sich bei 50% der PatientInnen eine deutliche Verbesserung zeigen. Somit kann Erkrankten mit schweren Verläufen auf diese Weise noch geholfen werden. Der Wirkmechanismus basiert auf Beeinflussung der Neurotransmittersysteme, ähnlich der durch Psychopharmaka. Die nur auf einige spezialisierte Kliniken beschränkte Durchführung erfolgt in Kurznarkose und nach Verabreichung von muskelrelaxierenden Medikamenten. Dadurch werden Muskelkrämpfe verhindert, da sich der Anfall nicht im gesamten Körper ausbreiten kann. Die Elektroden werden an den Schläfen platziert, wobei der Patient den Stromimpuls durch die Narkose nicht spürt. In zwei- bis dreitägigen Abständen werden in der Regel sechs bis zwölf Behandlungen durchgeführt. Die Nebenwirkungen sind gering, das größte Risiko birgt die Kurznarkose. Gelegentlich treten Kopfschmerzen oder Gedächtnisstörungen auf, die jedoch

vorübergehend sind und durch neuere Techniken (unilaterale Applikation der Elektroden, Kurzimpulse) seltener geworden sind (siehe [Kapitel VII, 1.5.1.2](#)).

2.2 Schlafentzugstherapie

Diesem Verfahren liegt die chronobiologische Theorie zugrunde, dass eine Depression auch einer Störung des circadianen Rhythmus entspricht. Der Schlafentzug ist ein Eingriff in den Schlaf-Wach-Zyklus, der in vielen Fällen eine Abnahme der depressiven Symptomatik wie Antriebslosigkeit, psychomotorische Hemmung, Niedergeschlagenheit und schlechte Befindlichkeit bewirkt. Dem Verfahren gingen Beobachtungen voraus, die aufzeigten, dass sich depressive PatientInnen nach einer zufällig durchwachten Nacht am nächsten Tag besser fühlten. Praktisch lässt sich diese Methode als totaler bzw. partieller Schlafentzug durchführen. Beim totalen Schlafentzug ist der Patient aufgefordert, die ganze Nacht über wach zu bleiben („Wachtherapie“), der partielle Schlafentzug findet hingegen nur in der zweiten Nachthälfte, beispielsweise ab 1 Uhr morgens statt. Obwohl Schlaflosigkeit oder gestörtes Schlafverhalten ein Kardinalsymptom der Depression ist, soll der Schlafentzug Linderung der Beschwerden bewirken. Die Therapie kann selbstständig zu Hause oder in der Klinik unter Aufsicht stattfinden. Behandlungen in zwei- bis dreitägigem Abstand sind notwendig. Der Patient muss allerdings hoch motiviert sein und sedierende Medikamente am Vortag absetzen. Die Therapie mit antidepressiv wirkenden Medikamenten sollte aber weitergeführt werden. Die Wirksamkeit dieses

nebenwirkungsfreien Verfahrens ist gut belegt, eine nachhaltige Wirkung ist jedoch nicht zu erwarten. Deswegen hat der Schlafentzug in der Depressionsbehandlung zurzeit nur mehr eine geringe Bedeutung (siehe [Kapitel VII, 1.5.1.2](#)).

2.3 Lichttherapie

Der Einfluss von Licht auf die Stimmungslage basiert gleichfalls auf chronobiologischen Faktoren. Beobachtungen haben gezeigt, dass manche Personen besonders in den Herbst- und Wintermonaten anfällig für die Entwicklung von Depressionen sind, was mit der Abnahme des Tageslichts zusammenhängen dürfte. Die Lichttherapie macht sich dieses Faktum bei den saisonal abhängigen Depressionen („SAD“) zunutze (siehe [Kapitel VII, 1.3.4](#)). Der Patient soll in der dunklen Jahreszeit aus therapeutischen Gründen etwa eine Stunde täglich vor einer Lichtquelle mit fluoreszierendem, tageslichtähnlichem Licht, deren Intensität zwischen 2.500 und 10.000 Lux beträgt, verbringen. Währenddessen kann er beispielsweise lesen oder telefonieren, er sollte jedoch immer wieder kurz in die Lichtquelle blicken. Der Wirkmechanismus ist im Einzelnen nicht geklärt, der antidepressive Effekt wird aber über das Auge vermittelt. Nebenwirkungen treten praktisch keine auf. Die Behandlungsform soll nicht die Behandlung mit Antidepressiva oder einer Psychotherapie ersetzen, sondern stellt eine Ergänzung bei Vorliegen der speziellen Depressionsform („SAD“) dar.

3Psychotherapie in der Psychiatrie

Die Psychotherapie ist in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen neben der Pharmakotherapie und Soziotherapie eine wesentliche Therapiesäule, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Obwohl viele Kulturen psychotherapeutische Elemente wie religiöse Riten, Seelsorge, hypnotische Beeinflussung oder Schamanismus entwickelten und auch bei psychisch kranken Menschen anwandten, hat sich die Psychotherapie erst seit Sigmund Freud zu einem systematisierten und wissenschaftlichen Verfahren entwickelt. Aus diesem sind inzwischen über hundert verschiedene Schulen für Psychotherapie hervorgegangen.

Das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Psychiatrie ist von besonderem wissenschaftlichem Interesse. Es scheint, dass die biologische Psychiatrie die Psychotherapie zurzeit an den Rand der Bedeutung gedrängt hat. Die Psychotherapie bleibt jedoch eine Basiswissenschaft und wird in allen klinischen Bereichen angewandt. Sie muss eigentlich als biologische Behandlung angesehen werden, die – durch psychische Stabilisierung – Veränderungen der Gehirnstruktur zur Folge hat und daher gleichfalls wichtig ist, wie die Therapie mit Psychopharmaka. Schließlich entspricht jede psychische Funktion auch biologischen Prozessen des Gehirns, beispielsweise die Weiterleitung elektrischer Impulse durch

Neurotransmitter. Für alle psychischen Regungen gibt es zwei Betrachtungsebenen: eine psychische, etwa Trauer, Depression, Erinnerungen, und eine biologische, wie die biochemische Aktivität in bestimmten Hirnregionen. Die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie stellt daher unter Beachtung der beiden Ebenen einen erfolgversprechenden Weg in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen dar. Zusätzliche Forschungsarbeit zur Klärung, bei welchen psychischen Störungen Psychotherapie – entweder allein oder in Kombination mit Medikamenten – wirksam ist, wird in Zukunft notwendig sein. Je mehr Wissen über die Funktionsweise des Gehirns vorliegt, umso eher können zielgerichtete psychotherapeutische Interventionen und Verfahren entwickelt werden (siehe auch [Kapitel IV](#)).

3.1 Definition

Unter Psychotherapie versteht man einen bewussten und geplanten interaktiven Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (nach Hans Strotzka 1975). Die Behandlung erfolgt mit psychologischen Mitteln und Formen der Kommunikation, mit der Zielsetzung der Symptombeseitigung und der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Die persönliche Entwicklung und Gesundheit des Behandelten sollen gefördert werden. Der Prozess findet zwischen zwei (oder mehr) Personen statt, wobei der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin aufgrund seiner/ihrer Ausbildung spezielle Interventionen (verbale und/oder averbale Techniken) systematisch und auf Basis einer Theorie des Verhaltens oder der Genese von psychischen Störungen anwendet. Diese Art der Interaktion bedarf einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung und sollte sich grundsätzlich von einer alltäglichen zwischenmenschlichen Begegnung unterscheiden.

Die Ausübung der Psychotherapie ist an gesetzliche Grundlagen der einzelnen Staaten der Europäischen Union gebunden. Während beispielsweise in Deutschland hauptsächlich nur MedizinerInnen und PsychologInnen die Berufsberechtigung zuerkannt wird, ist in Österreich seit 1990 der Zugang zur Psychotherapieausbildung auch anderen Berufsgruppen möglich.

Berufsvoraussetzungen besitzen Personen mit psychosozialen Quellenberufen, wie KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, Sonder- und HeilpädagogInnen, LehrerInnen etc. Das Psychotherapiegesetz regelt die Art der Ausübung, die Ausbildung und die Berufspflichten und -rechte. Die Ausbildung findet in zwei Teilen statt: Das *Propädeutikum* beinhaltet u. a. die Fächer Psychiatrie, Psychosomatik sowie psychotherapeutisches Grundlagenwissen, während erst im nachfolgenden *Fachspezifikum* die Selbsterfahrung („Lehrtherapie“), die Vermittlung von Theorie und die Supervision von staatlich anerkannten Psychotherapieschulen angeboten werden. Die jahrelange Ausbildung führt zur Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ oder „Psychotherapeutin“ mit Eintragung in die PsychotherapeutInnenliste des Gesundheitsministeriums. ÄrztInnen ist zwar durch das Ärztegesetz die Ausübung der Psychotherapie erlaubt, der Titel „Psychotherapeut“ setzt jedoch eine Ausbildung voraus. Für PsychiaterInnen ist das Erlernen der Psychotherapie mittlerweile fixer Bestandteil der Ausbildung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin). Seit einigen Jahren besteht auch die Möglichkeit eines universitären Studiums der Psychotherapiewissenschaften, das eine gleichwertige Ausbildung bietet und einen akademischen Grad verleiht.

3.2 Wirkungsweise, Rahmenbedingungen, Indikationen der Psychotherapie

Die Frage, welche Faktoren einer wirksamen Psychotherapie zugrunde liegen, ist Gegenstand der Psychotherapieforschung. Die meisten psychotherapeutischen Schulen versuchen den Leidenszustand, die Beschwerden, Probleme oder Symptome zu erklären und durch Stärkung von Einsicht, Selbstreflexivität, Förderung der Kommunikationsfähigkeit, Veränderung des Verhaltens, Wahrnehmens und Verbalisierung von Gefühlen sowie durch Erkennen von Konflikten zu beeinflussen. Ein wesentlicher Aspekt ist sicherlich die therapeutische Beziehung, die sowohl als unspezifischer als auch spezifischer Wirkfaktor aufgefasst werden kann. Sie inkludiert neben einem vertrauensvollen und von Wertschätzung geprägten Arbeitsbündnis auch eine spezifische Beziehung, die Sigmund Freud „Übertragungsbeziehung“ nannte. Die Analyse der Übertragung und Gegenübertragung (Gefühle des Therapeuten) ist Bestandteil psychodynamischer Therapieformen. Die Klärung und Deutung von Übertragung und Gegenübertragung stellen einen wesentlichen Wirkfaktor dar. Nach Grawe (1994) finden sich fünf allgemeine Wirkfaktoren jeder Psychotherapie, nämlich Klärung, Bewältigung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und die therapeutische Beziehung.



Darstellung einer Patientin während der Lichttherapie

Die praktische Durchführung einer Psychotherapie richtet sich nach den Gegebenheiten der sozialen Situation, Verfügbarkeit, Motivation des Patienten und Art und Schwere der psychischen Störung. Psychotherapeutische Behandlung ist im ambulanten oder stationären Bereich möglich, bietet sich als Einzel- oder Gruppenarbeit an und kann störungsspezifisch

als Kurzzeittherapie oder für den Betroffenen tiefgreifender und nachhaltig als Langzeittherapie konzipiert sein. Die Wahl der psychotherapeutischen Methode ist auf die Art der psychischen Störung abzustimmen, obgleich die Praxis gezeigt hat, dass die Erfahrung des Therapeuten mit dem Krankheitsbild eine größere Rolle zu spielen scheint, als die erlernte Therapiemethode. Zu den mit psychotherapeutischen Verfahren zu behandelnden psychischen Störungen zählte man lange Zeit ausschließlich Psychoneurosen, Psychosomatosen, Konversionssymptome und funktionelle Syndrome. Nach ICD-10 sind damit Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, sexuelle Störungen und Persönlichkeitsstörungen gemeint. Diese enge Indikation wurde in den letzten Jahren deutlich erweitert. So stellen psychotherapeutische Verfahren auch bei allen anderen psychischen Erkrankungen, wie affektiven Störungen, schizophrenen Erkrankungen, Abhängigkeitssyndromen und organisch psychischen Störungen, eine wichtige Therapieoption dar, die einen Großteil der Behandlung ausmacht.

3.3 Psychotherapeutische Schulen und Methoden

Der folgende Teil beschränkt sich darauf, einen Überblick zu geben und die einzelnen Psychotherapieformen in ihrem Ansatz darzustellen.

3.3.1 Psychodynamische Psychotherapie

Basis aller psychodynamischer Psychotherapieverfahren ist die von Sigmund Freud entwickelte Psychoanalyse. Der Begriff „Psychoanalyse“ bezeichnet einerseits eine Theorie zur Erklärung unbewusster Prozesse und psychologischer Phänomene, andererseits ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren. Nach dem Verständnis der Psychoanalyse spielt das Unbewusste in Entstehung und Verlauf von psychischen Erkrankungen ebenso eine Rolle wie Einflüsse aus der frühen Kindheit. Die daraus resultierenden Beziehungsmuster und Abwehrmechanismen sollen in der psychoanalytischen Therapie durch freie Assoziation und Deutung des Erlebens und Verhaltens bearbeitet und verändert werden. Dabei spielt die Therapeut-Patient-Beziehung eine besondere Rolle, die auch einer ständigen Analyse unterliegt (Übertragungsbeziehung). Therapieziel aller psychodynamischen Verfahren ist nicht primär die Symptombeseitigung, sondern unbewusste Konflikte und Motive aufzudecken und strukturelle Defizite auszugleichen. Aus der klassischen Psychoanalyse, die mehrmals pro Woche stattfindet und bei welcher der Psychoanalytiker hinter dem auf einer Couch liegenden Patienten sitzt, haben sich zahlreiche praktikablere psychodynamische Verfahren entwickelt: Hierzu zählt man ursprünglich die Individualpsychologie nach

Alfred Adler, die analytische Psychologie Carl Gustav Jungs, die analytische Gruppentherapie, psychoanalytische Kurzzeittherapieverfahren, die Transaktionsanalyse nach Eric Berne und die katathym imaginative Psychotherapie nach Hanscarl Leuner. Neu hinzugekommen sind beispielsweise die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference Focused Therapy, Otto Kernberg und John F. Clarkin) oder die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT, nach Antony W. Bateman und Peter Fonagy). Indikationen für eine psychodynamische Therapie sind bei motivierten PatientInnen Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen. Zur Behandlung von PatientInnen mit schweren psychischen Störungen, wie etwa der Schizophrenie, liegen noch keine Empfehlungen vor. Es hat sich jedoch gezeigt, dass psychoanalytisch ausgebildete PsychotherapeutInnen ein besonders hohes Verständnis für psychotisches Erleben haben, was sich auf den Therapieverlauf günstig auswirkt.

3.3.2 Verhaltenstherapie

Die Grundannahme der Verhaltenstherapie besagt, dass sowohl der Erwerb als auch die Veränderung von Verhalten auf Lernvorgängen beruht. Damit kann menschliches Verhalten auch wieder verlernt werden, was mit speziellen Methoden und Techniken in der Therapie genutzt werden kann. Um der Komplexität der Beschreibung und Theorie von psychischen Erkrankungen gerecht zu werden, werden Erkenntnisse aus der kognitiven Psychologie, der Lerntheorie, der Sozialpsychologie und aus anderen Gebieten der Psychologie integriert. Entscheidend ist die empirisch-experimentelle Orientierung, die theoretische und praktische Konzepte überprüft und modifiziert. Die Verhaltenstherapie gilt daher als die psychotherapeutische Methode mit dem höchsten wissenschaftlichen Anspruch. Zur Anwendung kommen u. a. Strategien wie operantes Konditionieren, Desensibilisierung, Expositionsverfahren, Selbstsicherheitstraining und Methoden zur kognitiven Umstrukturierung. Operante Verfahren basieren auf Belohnungs- und Bestrafungssystemen mit positiver oder negativer Verstärkung, mit der Zielsetzung der Verhaltensänderung. Die Methode der Desensibilisierung wird u. a. bei AngstpatientInnen angewandt, wobei sich die Betroffenen durch ein Entspannungsverfahren den angstausslösenden Reizen in abgestufter Intensität

auszusetzen haben. Durch Exposition und Konfrontation mit einem angstauslösenden Stimulus kommt es durch Gewöhnung zum Angstabbau, was sich z. B. bei PatientInnen mit Zwangserkrankungen bewährt hat. Beim Selbstsicherheitstraining werden Problemlösungsstrategien erlernt und der Erwerb sozialer Kompetenz gefördert. Im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung (kognitive Therapie nach Beck) sollen Einstellungen, Haltungen oder Gedanken aufgedeckt und analysiert und in einem zweiten Schritt im Sinne einer Veränderung „umstrukturiert“ werden. Weitere Elemente der Verhaltenstherapie sind die paradoxe Intervention oder Aversionstherapie. In der Praxis ist eine Verhaltenstherapie wesentlich kürzer als ein psychodynamisches Verfahren konzipiert. Indikationen sind mittlerweile fast alle psychischen Störungen, wobei die meisten Arbeiten und wissenschaftlichen Studien über Angststörungen, Zwangserkrankungen, Essstörungen, Abhängigkeitssyndrome, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen vorliegen.

3.3.3 Humanistische Psychotherapieverfahren

Unter dem Begriff „humanistische Therapieverfahren“ versteht man eine große Gruppe verschiedener Therapiemethoden, die in Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie entwickelt wurden. Sie bildet die dritte Hauptrichtung innerhalb der Psychotherapie. Der theoretische Hintergrund findet sich in den Konzepten der humanistischen Psychologie. Diese in den 1930er- bis 1950er-Jahren entstandene Bewegung rückte vom cartesianischen Wissenschaftsverständnis ab, betrachtete den Menschen als Einheit von Leib und Seele und prägte den Begriff der Ganzheitlichkeit. Das Menschenbild ist von Sinnbezogenheit und Begegnung bestimmt. In der Psychotherapie häufig verwendete Begriffe wie Ganzheit, persönliche Entwicklung, zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstregulation, Akzeptanz, Wertschätzung oder Echtheit sind aus der Humanistischen Psychologie abzuleiten. Beeinflusst von der Existenzphilosophie, der Phänomenologie und der Gestaltpsychologie entstanden heterogene Therapieverfahren, die größeren gesellschaftspolitischen Einfluss hatten, statt konsistente und praxisbezogene Therapietechniken hervorzubringen. Zu den Verfahren zählt man die Gestalttherapie nach Fritz Perls, die personenzentrierte

Gesprächstherapie nach Carl Rogers, die Existenzanalyse und Logotherapie nach Viktor Frankl sowie das Psychodrama nach Jacob Levy Moreno. Für die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen liegen nur wenige wissenschaftliche Arbeiten über die Effizienz von humanistischen Therapieverfahren vor. Dies hängt u. a. mit der wissenschaftskritischen Haltung von manchen VertreterInnen der therapeutischen Schulen zusammen, die beispielsweise klassisch psychiatrische Diagnosekonzepte ablehnen. Andererseits forderte bereits Charlotte Bühler den Menschen als Ganzes wissenschaftlich zu betrachten und plädierte für einen interdisziplinären Ansatz.

3.3.4 Systemische Psychotherapie

Systemische Psychotherapie ist eine theoriegeleitete Erfahrungswissenschaft ohne einheitlichen theoretischen Hintergrund. Der Ansatz integriert verschiedene Wissenschaften, wie Soziologie, Kybernetik, Chaostheorie, Informations- oder Kommunikationstheorie. Die Therapie wurde darüber hinaus von den Entwicklungen der Familientherapie geprägt, welche zu Beginn stark psychoanalytisch beeinflusst war. Im Zentrum der Betrachtung steht das Individuum als Bestandteil eines sozialen Systems mit seinen Beziehungsstrukturen und Kommunikationsformen. Eine wichtige Annahme in der Systemtherapie ist das Konzept der Zirkularität oder der sich selbst erhaltenden Prozesse. Im Gegensatz zur linearen Kausalität besagt Zirkularität in der systemischen Betrachtungsweise, dass in komplexen Prozessen, etwa innerhalb einer Familie, keine klaren Unterscheidungen zwischen Ursache und Wirkung getroffen werden können. Symptome oder Verhaltenszüge von einer Person wirken auf andere Familienmitglieder in gegenseitiger Wechselwirkung, sodass die Frage „Wie“ wichtiger wird als das „Warum“. So kann das gestörte Verhalten einer Person als Ausdruck einer Störung des ganzen Systems aufgefasst werden, wo der Betroffene zum Symptomträger wird. In der Therapie sollen Interaktionen zwischen den Personen verändert und

Verbesserungen in der Problembewältigung erzielt werden. Als Techniken der systemischen Therapie kommen spezielle Fragetechniken, Arbeit mit Metaphern, positive Konnotationen und das Aufstellen von Familienskulpturen zur Anwendung. Die problem- und lösungsorientierte Methode wird als Kurzzeittherapie, entweder als Einzel- oder als Familien- und Partnertherapie angeboten. Verbreitung findet die systemische Therapie nicht nur in der Psychiatrie, sondern zunehmend auch in der Organisationsberatung und im Rahmen von Supervisionen.

3.3.5 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren werden oft von den klassischen Psychotherapiemethoden abgegrenzt, da nur psychophysiologische Effekte erzeugt werden. Die Elemente sind aber nur ein Bestandteil der Therapie und viele Verfahren sind wissenschaftlich geprüft. Angeleitet werden die Übungen auch von PhysiotherapeutInnen, die daneben auch Gymnastik, Massage, Elektrotherapie und rehabilitatives Training anbieten. Zu den klassischen Entspannungsverfahren zählen Hypnose, Autogenes Training, progressive Muskelentspannung und Biofeedback.

Die *Hypnose* ist vermutlich die älteste Methode der psychotherapeutischen Einflussnahme auf den Menschen. In der modernen Form führt der Therapeut durch Suggestion einen entspannten schlafähnlichen Zustand bei dem Patienten herbei und leitet einen Trancezustand mit Bewusstseinsänderung ein. Durch Veränderung der Willkürmotorik, der vegetativen Funktionen, der Wahrnehmung und des Gedächtnisses kann es zu einem psychophysischen Entspannungszustand kommen. Hypnotische Verfahren haben sich u. a. zur Schmerzbewältigung, bei Tinnitus und bei Angsterkrankungen bewährt. Ob die Methode auch zur Wiedererinnerung traumatischer Erlebnisse genutzt werden soll, ist umstritten, da durch Suggestion bei manchen PatientInnen, z. B. jenen mit Borderline-

Persönlichkeitsstörungen, verzerrte und falsche Erinnerungen wachgerufen werden können.

Das *Autogene Training* (nach Johannes Heinrich Schultz) ist ein einfaches Entspannungsverfahren, bei dem der Patient sich selbst zum „Hypnotiseur“ macht, indem er den Entspannungszustand eigenständig herbeiführt. Durch spezielle Übungen und eigens verwendete Formulierungen („Mein rechter Arm ist ganz schwer ...“) kann das vegetative Nervensystem beeinflusst werden. Die Indikationen entsprechen jenen der anderen Entspannungsverfahren.

Bei der *progressiven Muskelentspannung* (nach Edmund Jacobson) werden die Muskeln willkürlich angespannt und entspannt, was zu einer generellen Entspannung führt und noch leichter als das Autogene Training durchzuführen ist. Dieses meist in der Gruppe praktizierte Verfahren eignet sich für stationäre PatientInnen als Zusatzmethode bei Angsterkrankungen und somatoformen Störungen.

Biofeedback ist eine mit Apparaten unterstützte Methode, bei der vegetative Veränderungen und Vorgänge, wie Atmung, Hauttemperatur, Durchblutung und Muskelspannung, in sicht- oder hörbare Signale umgewandelt und der bewussten Wahrnehmung zugänglich gemacht werden. Ziel ist, dass rückgemeldete Körpersignale in die therapeutisch gewünschte Richtung verändert werden und der Betroffene mehr willentliche Kontrolle über biologische Vorgänge erhält, die für ihn bislang nur schwer beeinfluss-

und wahrnehmbar waren. Klinische Anwendungsgebiete sind allgemeine Schmerzen, Spannungskopfschmerzen, Migräne, Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen oder Angsterkrankungen.

3.3.6 Sonstige Therapieverfahren

Kunsttherapie ist ebenso ein wirksames Therapieverfahren, bei welchem PatientInnen ohne Verwendung der Sprache innere Wahrnehmungen und Bilder der Psyche ausgestalten können und somit eigenes Erleben und Erkenntnis aktivieren. Gearbeitet wird mit Medien der bildenden Kunst, wie Malen, Zeichnen, Bildhauern, Textil oder Fotografie.

Musiktherapie ist eine kreativitätsbezogene Therapiemethode, die unterschiedliche Formen und Techniken beinhaltet, deren Gemeinsamkeit der Einsatz – sowohl rezeptiv als auch aktiv – von Musik zur Behandlung von psychisch erkrankten Menschen ist. Theoretische Grundlage dieser sehr wirksamen Methode ist die Annahme, dass über vorsprachliche Darstellung unbewusste Prozesse, Ängste oder Motivationen eine Ausdrucksform finden und so wahrgenommen und verarbeitet werden können.

4Ergotherapie und Soziotherapie

4.1Ergotherapie

Der Begriff „Ergotherapie“ wird fälschlicherweise mit Beschäftigungstherapie gleichgesetzt. Ergotherapie ist einerseits ein Oberbegriff für alle Maßnahmen im Rahmen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und andererseits ein spezielles Verfahren, welches dem Patienten kreative Tätigkeit zur Wiedererlangung seiner Alltagsfähigkeiten unter Anleitung ermöglicht. Moderne Ergotherapie beinhaltet daher weit mehr als reine Beschäftigung oder handwerkliche Übungen und betont die handlungsorientierte Interaktion zwischen dem Patienten und seiner Umwelt. In der Krankheitsphase, etwa während einer depressiven Episode, sollen durch Malen, Basteln, Schneiden oder handwerkliche Tätigkeiten Ausdrucks- und Wahrnehmungsmöglichkeiten gefunden werden. Die eigentlichen Ziele der Ergotherapie sind aber das Üben von Alltagstätigkeiten (Haushaltstraining, Kochen, Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln etc.), das Fördern von Ausdauer, Selbstständigkeit und Konzentration, die Erarbeitung von Kompensationsstrategien sowie die Diagnostik und Befunderhebung von allgemeinen Fähigkeiten. Arbeitstherapie, Belastungserprobung und Freizeitaktivitäten mit PatientInnen sind weitere Aufgaben der Berufsgruppe der ErgotherapeutInnen. Die Therapie, welche sowohl als einzelfall-

als auch als gruppenbezogene Behandlung durchgeführt werden kann, ist im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich eine etablierte Methode der modernen Psychiatrie und stellt ein Basisprogramm für alle psychischen Störungen dar.

4.2 Soziotherapie

Neben der Psychopharmakotherapie und der Psychotherapie stellt „Soziotherapie“ die dritte Behandlungssäule der Psychiatrie dar. Soziotherapie sind alle Verfahren oder Methoden, die in erster Linie die Umgebung und die interaktiven Prozesse von PatientInnen fokussieren. Eine schwere psychische Störung wie eine Schizophrenie oder Demenz stellt immer auch ein soziales Problem für den Betroffenen selbst und dessen Angehörige dar. Da zwischenmenschliche Beziehungen und die soziale Umgebung wesentliche Faktoren für den Verlauf psychischer Störungen sind, sind soziotherapeutische Maßnahmen entscheidend, um dem sozialen Abstieg vorzubeugen, ihn zu bremsen oder gänzlich anzuhalten. Durch soziale Aktivitäten sollen die Fähigkeiten zu Kommunikation und eigenverantwortlichem Handeln gefördert werden. Der Begriff „Soziotherapie“ umfasst neben den bereits erwähnten Maßnahmen vor allem die *psychiatrische Rehabilitation*. Hier besteht das Ziel einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Störungen, d. h. einer Rehabilitation in eine geregelte Tagesstruktur oder im günstigsten Fall in Erwerbstätigkeit und Beruf. Obwohl fast alle Berufsgruppen in psychiatrischen Institutionen an soziotherapeutischen Handlungen beteiligt sind, zeichnen sich

SozialarbeiterInnen mit der größten Fachkompetenz auf diesem Gebiet aus. Existenzsichernde Maßnahmen sowie materielle, soziale und berufliche Hilfestellungen werden etwa durch Einbeziehung der Familie oder Begleitung bei Ämter- und Behördengängen gegeben. Zum Bereich des Tätigkeitsprofils von SozialarbeiterInnen gehören auch Pflegeheimunterbringungen, Abklären von Pensionsansprüchen, Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Hilfe bei Wohnungssuche, das Stellen von Rehabilitationsanträgen etc.

IV Ursachen von psychischen Störungen

A. Karwautz

In diesem Kapitel sollen

1. **Grundbegriffe** der Ursachenlehre erklärt,

2. die bekannten **Ursachen bzw. Vorbedingungen**

psychischer Störungen dargestellt und

3. **Modelle**, mit denen versucht wird, die bekannten,

zur Entstehung der Störungen beitragenden Faktoren in

Zusammenhängen zu erfassen, beschrieben werden.

Grundsätzlich ist festzuhalten: Die Ursachen fast

aller psychischer Störungen sind weitgehend unbekannt.

Psychiatrische Störungen werden als **komplexe Erkrankungen**

verstanden, die verschiedene Ursachenfelder in ihrer

Vorgeschichte vereinen. Diese tragen unterschiedlich stark dazu

bei, dass eine Person erkrankt.

1 Begriffsdefinition

Die **Pathogenese** (von griech. *pathos*, das Leiden, Erleiden und griech. *genesis*, Entstehung) beschreibt die Mechanismen, wie jemand erkrankt. Pathogenetische Modelle beziehen alle relevanten Faktoren ein, die zur Entstehung einer Krankheit beitragen und setzen sie in Beziehung zueinander.

Die **Pathoplastik** (von griech. *pathos*, das Leiden, Erleiden und griech. *plastein*, formen, bilden) beschreibt diejenigen Faktoren, die eine Erkrankung im Verlauf und in ihrer Ausprägung und individuellen Gestaltung formen (z. B. wirken Persönlichkeit, Lebenssituation und die Qualität sozialer Beziehungen pathoplastisch auf den Verlauf der Erkrankung).

Die **Ätiologie** (griech. *aitia*, Ursache und griech. *logos*, Lehre) beschreibt die Ursachen einer Erkrankung.

Der veraltete Begriff „**endogen**“ (griech. *endo*, aus sich selbst heraus und griech. *genesis*, Entstehung) bedeutet „von innen aus dem Organismus kommend“ und soll jene psychischen Störungen charakterisieren, bei denen keine erkennbare somatische Ursache vorliegt, jedoch eine „im Körper“ vorhandene Krankheitsursache angenommen wird. Zu den endogenen Störungen zählte man u. a. die Schizophrenie und die affektiven Psychosen. In der Depressionsforschung war die Unterscheidung zwischen endogener, psychogener und neurotischer (griech. *psyche*, Seele; griech. *genesis*,

Entstehung; neurotisch bedeutet: bedingt durch innerseelischen Konflikt) üblich. Dies führte zum triadischen System, welches lange Zeit große Bedeutung im Krankheitsverständnis von psychischen Erkrankungen hatte (siehe Kapitel V, 3.1). In der ICD-10, deren Klassifikation nicht ursachenorientiert konzipiert ist, wurde diese Differenzierung aufgegeben. Der Konflikt zwischen Anhängern der endogenen und der psychogenen bzw. neurotischen Ursachentheorien wird heutzutage wissenschaftlich nicht mehr ernsthaft geführt.

Risikofaktor: Das Vorliegen eines Risikofaktors erhöht die Wahrscheinlichkeit zu erkranken. Der Faktor geht der Erkrankung zeitlich voraus und zeigt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung: Je mehr Risikofaktoren auf ein Individuum treffen, desto eher kommt es zum Ausbruch einer Erkrankung. Die in verschiedenen Bereichen (biopsychosozial) vorkommenden Umstände können kumulieren und sich in ihrer Wirkung potenzieren wie z. B. bei gleichzeitig bestehendem Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel und Nikotinabusus. Risikofaktoren werden im Gruppenvergleich zwischen gesunden und erkrankten Probanden verrechnet und mittels Odds Ratio (OR) bzw. Risikoratio (RR) beschrieben. Sie stellen dar, um wie viel höher das Risiko ist, sich bei Vorliegen von Risikofaktoren in der erkrankten und nicht in der gesunden Gruppe wiederzufinden. Sie sind rein beschreibend und geben keine direkte Auskunft über ursächliche Zusammenhänge.

Die **Prädisposition** ist eine genetische (ererbte) Anlage oder

Neigung bzw. Empfänglichkeit für bestimmte Erkrankungen oder Symptome. Prädisponierende Faktoren können biologisch, psychologisch oder psychosozial sein. Ein zur Prädisposition gehöriger Begriff ist die Vulnerabilität (lateinisch: vulnerabel: verletzlich, neigend zu).

2Risikofaktoren und prädisponierende Faktoren

2.1Genetik

Für viele psychiatrische Störungen liegen Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und Familienstudien vor, die auf eine gewisse Vererbbarkeit hinweisen. Dabei wirken Gene nicht deterministisch, sie tragen aber zur Entstehung psychischer Störungen in unterschiedlichem Maße bei. Bestimmte Gene sind für die Entstehung einer Erkrankung weder notwendig noch allein erklärend („Genes are neither necessary nor sufficient“). Die Wirksamkeit der Genetik ist indirekt, indem bestimmte Mutationen eine neurobiologische Veränderung herbeiführen, die wiederum die Betroffenen vulnerabler für psychosoziale Belastungen macht. Neueste Studien zeigen, dass psychiatrische Erkrankungen in hohem Maß untereinander genetisch korrelieren (Brainstorm Consortium, 2018).

2.2 Neurobiologie

Der Stoffwechsel von manchen Neurotransmittersystemen (z. B. Noradrenalin-System, Serotonin-System, Dopamin-System, GABA-System) ist bei psychischen Störungen unspezifisch verändert. Biologische Veränderungen sind bei bestimmten Störungen nachgewiesen, die Kausalität ist aber dadurch nicht geklärt. Neurobiologische Störungen sollen nicht als ursächliche Faktoren angesehen werden, was aber manchmal so dargestellt wird.

Strukturelle Veränderungen des Gehirns bei bestimmten psychischen Störungen werden radiologisch (z. B. mittels Computertomografie oder Magnetresonanztomografie) festgestellt, wie erweiterte Ventrikelsysteme im Gehirn, Auffälligkeiten des Thalamus und limbischen Systems. Ebenso beobachtet man Abbauprozesse und Entwicklungsstörungen des Gehirns (z. B. Gyrierungsstörungen) bei PatientInnen mit psychischen Auffälligkeiten. Ihre Bedeutung für die Entstehung von psychischen Störungen ist Gegenstand der Forschung und im Einzelnen noch nicht geklärt.

2.3 Prä- und Perinatalfaktoren bzw. virale Infektionen

Probleme rund um Schwangerschaft (Pränatalperiode) und Geburt (Perinatalperiode) sind wichtige Risikofaktoren, die Individuen dazu prädisponieren, Erkrankungen zu entwickeln.

Zu den **pränatalen Faktoren** zählen höheres Alter der Mutter bei Konzeption, Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Mutter und Fötus, Mangelernährung während der Schwangerschaft, Rauchen, Alkoholabusus, Drogenabusus oder Infektionen. Diese Faktoren können das intrauterine gesunde Wachstum und die Reifung des embryonalen Gehirns verzögern bzw. hemmen.

Zu den **perinatalen Faktoren** zählt man vorwiegend eine Hirnschädigung durch Geburtskomplikationen (durch Sauerstoffmangel) oder eine Frühgeburt.

Bei bestimmten Störungen (z. B. Schizophrenie, Zwängen, Autismus) wurden im Verlauf der Jahrzehnte Hypothesen vertreten, dass auch **virale Infektionen** bei der Verursachung eine Rolle spielen könnten. So wurde eine Virushypothese der Schizophrenie verfolgt, welche sich wegen deren Unspezifität aber nicht durchgesetzt hat (siehe [Kapitel VI, 1.3.3](#)). Ein kleiner Anteil von Zwangsstörungen konnte als streptokokkenbedingte Symptomatik (PANDAS) verifiziert werden (siehe [Kapitel XVI, 5.1.5](#)).

2.4 Psychosoziale Ursachen

Die Forschung konnte zeigen, dass auch **persönlichkeitsrelevante Faktoren** für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung vorliegen können. Dazu zählt man u. a. Intelligenzminderung, schwieriges Temperament, fehlende Passung des Temperaments von Erziehungspersonen und Heranwachsenden, gering entwickelter Selbstwert oder perfektionistische Persönlichkeitszüge. Als prädisponierenden Faktor kann auch ein Persönlichkeitszug angesehen werden, den man als „externer locus of control“ bezeichnet: Hierbei legen Betroffene die subjektiv empfundene Ursache für den eigenen Zustand in die Umwelt und betrachten sie als ihrer Kontrolle entzogen. Diese PatientInnengruppe neigt eher zu Depressionen als solche mit „internem locus of control“ und ungünstigen Coping-Strategien wie vermeidenden Umgang mit Stress.

Im **psychosozialen Bereich** sind folgende Faktoren von Relevanz: Bindungsprobleme in der Kindheit, Fehlen intellektueller Stimulation, autoritärer oder antiautoritärer Erziehungsstil, Missachtung bzw. Ignorieren der Bedürfnisse eines Kindes und inkonsistenter Erziehungsstil wie „Double-bind“-Situationen, wo inkompatible Botschaften an das Kind weitergegeben werden und das Kind in einen innerseelischen Konflikt gebracht wird.

Missbrauch, Misshandlung, Alkoholabusus bzw. Drogenabusus der Eltern, Kriminalität der Eltern, massiver elterlicher Streit, Gewalt zwischen den Eltern und delinquente Geschwister sind besonders schwerwiegende Stressoren, die die Anfälligkeit von psychischen Störungen erhöhen. Aber auch andere Belastungen von unterschiedlicher Stärke, Potenz und Dauer sind risikosteigernd. Dazu zählt man Trauer, Trennungssituationen, Heimerziehung und emotionaler Missbrauch wie beispielsweise Parentifizierung. Dabei werden Kinder als Betreuer der Eltern herangezogen, mit der Aufgabe, sich um diese emotional und praktisch zu kümmern (z. B. auch den Haushalt zu führen). Im sozialen Bereich gelten auch Armut und Migrantenstatus als Risikofaktoren.

Eine lineare, eindeutige und direkte psychosoziale Ursache für die meisten psychischen Störungen im psychosozialen Bereich ist nicht vorhanden. Beispielsweise wurde in der Vergangenheit bei der Schizophrenie von der krankheitsauslösenden bzw. verursachenden Mutter ausgegangen (siehe [Kapitel VI, 1.3.4](#)). Bei der Anorexie wurden ursächlich eindeutige Familientypologien, die spezifisch zu Magersucht führen würden, postuliert. Beide Hypothesen konnten empirisch nicht bestätigt werden. Dennoch hatten diese Theorien starken Einfluss auf das Laienverständnis und führten zu falschen Schuldzuweisungen. Paradoxerweise erwarten Eltern selbst heutzutage noch, dass sie für die Entstehung der Krankheit ihrer Kinder schuldig gesprochen werden. Diese Meinung setzt sich oft

bis ins Erwachsenenleben fort, sodass auch in der Psychotherapie der Erwachsenen dem entgegenzuwirken ist.

2.5 Auslösende Faktoren

Damit eine Störung ausbricht, spielen neben den genannten prädisponierenden Faktoren **auslösende Faktoren** eine wichtige Rolle. Diese sind entweder massive Stressoren oder das Zusammenkommen gering potenter Faktoren in einer gewissen Häufung. Zu den akuten schweren Lebensereignissen (life events) zählen der Tod eines nahen Verwandten oder Freundes bzw. Partners oder Kindes, Katastrophenfälle, Miterleben von Tod und Sterben, Unfälle, Geburt eines Kindes, Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung oder Scheidung, Inhaftierung, akute körperliche Krankheit oder Verletzung, Missbrauch und Misshandlung.

Zu den kleineren Auslösern, den sogenannten „daily hassles“ bzw. zu den länger einwirkenden und daher weniger akuten Auslösern zählen Hänseleien in der Schule, Schulwechsel oder Wechsel des Arbeitsplatzes, Mobbing, Arbeitslosigkeit, Verlust bzw. Rückzug von Freunden, Umzug oder finanzielle Probleme.

3 Modelle psychischer Störungen

Jedes Zeitalter hat sein eigenes Verständnis psychischen Leids hervorgebracht und daher gibt es auch verschiedene Modelle über die Ursachen psychischer Störungen. Forscher wollten seit je her verstehen, warum manche Menschen eine oft rätselhafte Krankheit bekommen und andere nicht. Betroffene wollen ihr Leiden erklären und wissen, wie die Veränderungen der Erlebens-, Verhaltens- und Leidenszustände zustande gekommen ist. Patientinnen und deren Angehörige stellen sich die Fragen, ob man selbst oder jemand anderer Schuld trägt und ob man etwas dagegen tun hätte können.

Begonnen hat es im westlichen Kulturkreis mit Vorstellungen göttlichen Einflusses und eines direkten Zugriffs auf menschliches Sein und Werden (siehe [Kapitel I, 2](#)). Animistische Vorstellungen, wie die Annahme der allgemeinen Belebtheit der Natur sowie der Glaube an die Beeinflussung von Göttern und Geistern auf das Leben der Menschen, prägten über Jahrhunderte die Vorstellung auch von psychischen Auffälligkeiten bei Menschen. Dies führte zu Teufels- und Dämonenaustreibungen, um Sünde und Schuld reinzuwaschen. Noch in der Zeit der Aufklärung herrschten einseitige biologistische und psychologistische Modelle vor, später auch hypnotische Theorien wie die des Mesmerismus. Dies ist die Bezeichnung für eine elektromagnetische Kraft im Menschen,

die Franz Anton Mesmer (1734–1815) spekulativ glaubte erkannt zu haben. (Der „Mesmerismus“ wird bei Peter Sloterdijk in seinem Buch „Der Zauberbaum“ dargestellt).

Peter Tyrer und Derek Steinberg, englische Psychiater, haben 1997 (engl. 2005) in ihrem Buch „Modelle psychischer Störungen: Theorie- und Praxiskonzepte in der Psychotherapie“ den Versuch unternommen, die führenden Modelle psychischer Störungen (aus Sicht der gängigen psychotherapeutischen Schulen) darzustellen. Ein weiterer wichtiger Beitrag zum Thema ist das Kapitel von Wolfgang Gaebel in Hans-Peter Kapfhammer et al.: Psychiatrie & Psychotherapie, Springer 2005. Beide Beiträge dienen hier als Grundlage und ermöglichen weitere Anregungen zur Vertiefung des Themas. Nach Tyrer und Steinberg (1997, 2005) können die Ursachen nach den im Folgenden dargestellten sechs Modellen systematisiert werden.

3.1 Medizinisches Krankheitsmodell

Das Medizinische Krankheitsmodell setzt sich aus mehreren Bereichen zusammen:

- Beschreibung der Symptome und Zuordnung zu einem klinischen Syndrom
- Diagnostik der pathologischen (krankhaften) Veränderungen (z. B. Strukturveränderungen durch Magnetresonanztomografie; chemische Veränderungen, messbar in Blut, Liquor, Harn etc.)
- Verlaufsdokumentation und Beobachtung der Veränderungen wie z. B. Spontanremission, Schwankungen in Stimmung und Antrieb oder Steigerung bis hin zur Suizidalität
- Bestimmung der Ursache
- Die Behandlung (Therapie) aufgrund der erhobenen Befunde
- Prognose der Krankheit

Dieses Modell hat eine große Bedeutung, da Krankheiten aus allen medizinischen Fachbereichen auf diese Art klassifiziert, diagnostiziert und behandelt werden. Für psychisch erkrankte Menschen bedeutet dies auch, körperlich untersucht zu werden, was u. a. eine laborchemische Untersuchung bzw. eine bildgebende Diagnostik einschließt (siehe [Kapitel V, 5](#)). Auch die Erhebung des psychopathologischen Status beruht auf dem medizinischen Modell. Das Krankheitsmodell, welches maßgeblich die gesamte WHO-Klassifikation beeinflusst hat, ist

auch in der Psychiatrie unumgänglich. Es ist wissenschaftlich gestützt, nicht-spekulativ, hypothesengeleitet und rational. Daneben können Befunde und Fortschritte aus anderen Disziplinen der Medizin und den Naturwissenschaften integriert werden.

Als Gefahr des medizinischen Krankheitsmodells ist anzuführen, dass die Individualität des Kranken übersehen wird und stattdessen ein „Fall“ behandelt wird. Ein Nachteil ist, dass der Patient als passiver Empfänger von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gesehen werden kann. Zur Rolle des abhängigen und passiven Patienten passt die Rolle des autoritären Arztes, der die Behandlung führt. Unterschiedliche Betrachtungsweisen oder demokratische Entscheidungsprozesse, wie in multidisziplinären psychiatrischen Teams üblich, sind bei konsequenter Befolgung des medizinischen Krankheitsmodells selten anzutreffen. Um eine teamorientierte Behandlungsmethode durchzuführen, reicht daher das Modell nicht aus und bedarf einer Erweiterung.

3.2 Psychodynamisches Modell

Das psychodynamische Modell sucht hinter den körperlichen oder seelischen Beschwerden nach Denkmustern, Gefühlen, Konflikten, die in frühen Lebensperioden wurzeln. Eine zentrale Vorstellung ist, dass viele Verhaltensweisen unbewusst erfolgen und dem Betroffenen nicht verständlich sind. Die von Sigmund Freud begründete Psychoanalyse gilt als grundsätzliche Theorie für alle psychodynamischen Vorgänge und beobachtet z. B. genau die Beziehung des Klienten zum Therapeuten, deutet Regungen mit Rückgriff auf frühe Beziehungsmuster (Übertragungen, Projektionen) und nützt diese für den Heilungsprozess. Der Therapeut achtet ebenso auf seine eigenen Emotionen dem Klienten gegenüber (Gegenübertragung, Projektionen). Durch die freie Assoziation des Patienten, die Deutung von Traumgehalten und Fehlleistungen, können zugrunde liegende Konflikte bewusst gemacht und therapeutisch bearbeitet werden. Abwehrmechanismen wie Rationalisierung, Verleugnung, Verdrängung, Projektion und Reaktionsbildung werden identifiziert, ihr Einsatz wird durch den Klienten beobachtet und in ihrer Bedeutung und Notwendigkeit reduziert.

Unzählige Schulen mit unterschiedlichen Modellen haben sich nach Freud aus dem psychoanalytischen Modell weiterentwickelt, z. B. die von Alfred Adler, Carl Gustav Jung, Melanie Klein, Viktor Frankl, Manès Sperber, Wilfried Bion,

Otto Kernberg, John Gunderson und Glen Gabbard.

Nach Tyrer hat die psychodynamische Sicht vor allem eines eingebracht: „die Anerkennung der Reichhaltigkeit und Vielfalt des Lebens, der Entwicklung und letztendlich der Evolution des Menschen; sie fördert Gefühlsausdruck und Anpassung“. Kritisch fügt er jedoch an: „Die psychodynamische Theorie kann allgemeine Ursachen menschlichen Leids und Konsequenzen von Problemen und Beziehungsstörungen besser erklären als spezifische Symptombildungen“ (Tyrer und Steinberg, 1997, 70).

3.3 Verhaltenstheoretisches Modell

Das Modell der Verhaltenstheorie ist grundsätzlich anders als das psychodynamische: „Es sieht nicht über die Symptome hinaus, die Symptome und das Verhalten das daraus erfolgt, **sind** die Störung“ (Tyrer und Steinberg, 1997, 81).

Psychische Symptome bilden sich entweder durch operante (Modell der Skinner-Box: Konditionierung wird nicht durch den Reiz, sondern durch das Verhalten bestimmt) oder durch klassische Konditionierung (Modell des Pawlow'schen Hundes: Reflex).

Die Wirksamkeit durch systematische Desensibilisierungen, Belohnungssysteme oder durch Verhindern von Vermeidungsverhalten (Flooding) ist empirisch gesichert. Besondere Bedeutung hat dieses Modell in der Behandlung von Angststörungen (siehe [Kapitel III, 3.3.2](#)).

3.4 Kognitives Modell

Beim kognitiven Modell seelischer Störungen wird den Gedanken besondere Bedeutung zugemessen. Dysfunktionale Kognitionen als Antwort auf verschiedene Reize lassen die psychischen Störungen entstehen. Sie beeinträchtigen das gesunde Funktionieren.

Das kognitive Modell ist bei vielen Störungen mit Erfolg anwendbar, z. B. bei Angst, Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgekrankheiten, Schlafstörungen, Alkohol und Drogenmissbrauch. Die kognitive Theorie „ermutigt zu rationalem Denken“ (Tyrer).

3.5 Sozialpsychiatrisches bzw. systemisches Modell

Soziale Modelle in der Psychiatrie betrachten psychosoziale Faktoren wichtiger als andere Einflüsse in Hinblick auf Auslösung und Ursachen von psychischen Störungen. Berücksichtigt werden gesellschaftliche Einflüsse (z. B. auch vermittelt über Medien), soziale Umstände wie die Bedeutung der Umgebung, finanzielle Probleme, soziale Bindungen, die Arbeitswelt, die Bedeutung der Kultur sowie Veränderungen individueller (Life-Events-Forschung) oder gesellschaftlicher Natur von Umweltbedingungen.

Demnach kann Krankheit auch als Etikett aufgefasst werden, wenn Menschen nicht der Norm entsprechen (Thomas Szasz, zitiert nach Tyrer und Steinberg, 1997, 131f.). Der Betroffene ist lediglich vorübergehend „am falschen Platz“ in der Gesellschaft (ebd., 134). Diese einseitige Auffassung, die u. a. von der Anti-Psychiatrie getragen wurde (siehe Kapitel II, 1.1), wird heutzutage kaum noch vertreten, das sozialpsychiatrische Modell zeigt aber, dass Krankheit niemals verstanden werden kann, ohne den sozialen Kontext zu berücksichtigen. Wo soziale Einflüsse wesentlich auf Individuen einwirken und therapeutisch in Hinblick auf diese gearbeitet werden muss, hat das sozialpsychiatrische Modell seine höchste Berechtigung. Der subjektiven Sicht der Einzelnen (z. B. den

unterschiedlichen Suchten von Berufsgruppen in Teams) wird besondere Beachtung geschenkt. Demnach existieren keine „objektiven Wahrheiten“, sondern nur subjektive Sichtweisen, die immer wieder neu konstruiert werden müssen.

3.6 Integratives Modell

Das integrative Modell versucht zu zeigen, wie die vorangegangenen Modelle zu unterschiedlichen Zeitpunkten während des Verlaufs einer Krankheit angewendet werden können und welche Wechselwirkungen bestehen. Einzelne Modelle haben für sich allein zu wenig Erklärungspotenz bzw. können zu wenig die Varianz der jeweiligen Phänotypen (d. h. der Symptome, Syndrome, Krankheiten) aufklären.

Nach Tyrer und Steinberg ist ein möglicher integrativer Ansatz das „**hierarchische Modell**“. Die hierarchischen Stufen entsprechen dabei den Störungsstufen:

1. Auf der ersten Krankheitsstufe, bei der geringe Symptome vorliegen, sei das sozialpsychiatrische Modell ausreichend.
 2. Bei spezifischen ausgeprägteren Symptomen könne das psychodynamische Modell herangezogen werden.
 3. Bei dysfunktionalen Verhaltensweisen empfiehlt sich das Verhaltensmodell.
 4. Bei dysfunktionalen Kognitionen ist das kognitive Modell anzuwenden.
 5. Das medizinische Krankheitsmodell sollte für schwere Manifestationen von psychischen Störungen vorbehalten bleiben.
- Die Modelle sind nicht eigentlich störungsspezifisch, sondern unterschiedliche Betrachtungsebenen können – je nach Schweregrad – im Verlauf der Krankheit sinnvoll zum Verstehen

und Behandeln beitragen, obwohl meist dennoch ein Modell überwiegen wird. Die Auslöser von psychischen Störungen sind meist im sozialen Bereich (also auf Ebene 1) zu finden. Die Prädisposition bestimmt aber über das Wesen der Störung. Verschiedene Menschen werden unterschiedliche Reaktionen auf ein und dasselbe Ereignis zeigen, je nach vorliegender Prädisposition.

Weitere integrative Modelle:

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** (ursprünglich von Joseph Zubin für das Verständnis von Schizophrenie entwickelt) hat große Bedeutung und kann als Leitmodell für die gesamte Psychiatrie angesehen werden. Vulnerabilität (Krankheitsdisposition oder Neigung) entsteht durch multifaktorielle Risikoprozesse. Sie allein genügt nicht, damit ein Mensch psychisch erkrankt. Ein (oder mehrere) zusätzliche(r) Stressor(en) ist/sind für die Auslösung der Krankheit notwendig. Vulnerabilität wird auch familiär weitergegeben, was im Englischen „liability“ genannt wird. Erstgradig Verwandte von Menschen mit psychischen Störungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, ebenfalls zu erkranken. Protektive Faktoren spielen in diesem Modell ebenfalls eine Rolle. Sie beschützen vulnerable Personen trotz auslösender Stressoren, zu erkranken.

Chaostheoretische Konzepte – basierend auf der Komplexitätsforschung – beachten besonders die Prozesse der Selbstorganisation von Systemen und machen diesen Fokus fruchtbar für ein Verständnis von Gesundheit und

Krankheit. Sie sind bio-psycho-sozial und integrieren sowohl (neuro)-biologische als auch psychodynamische und systemische Aspekte (Toifl, 2004), um Selbstorganisation zu fördern.

Gen-Umwelt-Interaktionsmodell (G xE-Modell):

Krankheiten entstehen durch Interaktion von genetischer Ausstattung mit der Umwelt. Die Persönlichkeit oder manche Charakterzüge sind zum Teil genetisch, zum Teil umweltbedingt. Besonders wichtig ist es, darauf hinzuweisen, wie neueste Forschungen zeigen konnten, dass beide Bereiche eine wesentliche Rolle in der Entstehung psychischer Störungen spielen. Dabei ist entscheidend, dass Umweltfaktoren, die etwa Geschwister in Familien gemeinsam erleben (Erkrankung oder Tod eines Elternteils), keine Rolle für die Erkrankung einer der beiden Geschwister spielen. Was krank macht, sind lediglich solche Faktoren, die Geschwister nicht miteinander teilen (das sind hauptsächlich Peergroup-Unterschiede und subjektiv wahrgenommene Unterschiede im Stresslevel; im Umgang mit familiären Stressoren wie z. B. der Erkrankung oder dem Tod eines Elternteils).

Avshalom Caspi et al. (2003) konnten zeigen, dass die Schwere einer Depression nicht von der Häufigkeit der life events abhängt, denen jemand ausgesetzt ist, sondern nur diejenigen Patienten mit Depression schwer erkrankten, welche eine Risikokonstellation in der genetischen Struktur des Serotonin-Transporter-Genes aufwiesen.

Ursachenorientierte Klassifikation:

Die Klassifikationen psychischer Störungen der gegenwärtigen Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM-5 sind der Versuch, phänomenologisch und empirisch gestützte Schematisierungen der beobachteten Symptome und Syndrome zu systematisieren. Dabei spielt die Ätiologie von Krankheiten eine untergeordnete Rolle. Obwohl die Ursachen der meisten psychischen Störungen unbekannt sind, sind in ihrer Erforschung (im biologischen Bereich) zuletzt große Fortschritte erzielt worden. Eine ursachenorientierte Klassifikation aller psychischen Störungen ist aus heutiger Sicht allerdings noch undenkbar und ein Projekt für die nächsten Jahrzehnte. Da „Utopien“ und Zukunftsprojekte das Nachdenken über und die Forschung für zukünftige Therapien stimulieren, soll das von Dennis Charney et al. (2002) vorgeschlagene Schema hier angeführt werden. Es ist integrativ, indem es sowohl ursächlich wirksame biologische als auch psychologische Parameter sowie psychosoziale Stressoren und Verlaufsp Parameter in die Klassifikation einbezieht.

Tab. 1: Zukünftiges mögliches ursachenorientiertes multiaxiales Klassifikationssystem (Charney et al., 2002, 72)

Achse 1: Genotyp	<ul style="list-style-type: none">•Identifikation von Krankheits- bzw. symptomrelevanten Genen•Identifikation von protektiven bzw. Resilienzgenen•Identifikation von Genen,
-------------------------	---

	die mit bestimmten Nebenwirkungen und therapeutischer Wirksamkeit etwas zu tun haben
Achse 2: Neurobiologischer Phenotyp	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation eines intermediären Phenotyps (Neuroimaging, kognitive Funktion, Emotionsregulation) mit Bezug zum Genotyp • Pharmakotherapie
Achse 3: Verhaltens-Phenotyp	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit und Spannbreite ausgedrückten Verhaltens in Bezug auf den Genotyp, den neurobiologischen Phenotyp und die Umwelt • Pharmakotherapie
Achse 4: Umweltmodifikatoren oder Auslöser	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltfaktoren, die den Verhaltens- und den neurobiologischen Phenotyp verändern
Achse 5: Therapeutische Ziele und Reaktionen	

3.7 Zusammenfassung

Ein einziges Modell anzuwenden ist weder therapeutisch nutzbringend noch ethisch vertretbar.

In der Psychiatrie ist ein biopsychosoziales Modell zu bevorzugen, da es den Vorteil hat, verschiedene empirische Befunde aus der Risikoforschung zu integrieren. Integrative Modelle wie das Vulnerabilitätsmodell, das Gen-Umwelt-Interaktions-Modell, das hierarchische Modell (Tyrer und Steinberg) oder das chaostheoretische Modell kommen der Wirklichkeit der Psychiatrie am nächsten. Einzelne Modelle wie das der Psychodynamik, der kognitiven Verhaltenstherapie oder der Sozialpsychiatrie sind im Rahmen des hierarchischen Modells gut anzuwenden.

Den individuellen Patienten zu verstehen, seine Symptomatik, seine Probleme und ihm auf dem Weg der Gesundung behilflich zu sein, sollte das Ziel von professionellen HelferInnen der Psychiatrie sein. Die Modelle sowie die Ursachenforschung sind nicht Selbstzweck, sondern leisten einen wesentliche Beitrag in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.