

„Krankheitsbilder“

Doz. Dr. Maria Steinbauer

Graz, 8./9. Dezember 2023

„Die Seele ist ein weites Land“

Arthur Schnitzler

„ Körper und Seele sind eine Einheit“
Krankheiten , Symptome oder Leidenszustände sind
Ursache oder Ausdruck von
seelischem Ungleichgewicht

Ziel aller Therapieformen

Zugang zum inneren Erleben
der Patienten zu finden

Verletzende Erfahrungen bearbeiten

Ermöglichung einer Neu-Orientierung

Bildnereien in der Psychiatrie

Prinzhorn (1923) "Bildnereien der Geisteskranken"

- starke schöpferische Kraft
- Zugang zur Emotionalität/Psychodynamik

C.G.Jung: "Bild ist Seele", Methode der **aktiven Imagination**

Rennert (1966), Navratil (1969), Bader (1975) systemat. Beschreibung .

Leo Navratil (1965): "Kunstübung" - Medium der Selbstregulation

Naumburg, 1966, Wadeson, 1980: Mittelpunkt: therapeut. Aspekt

Ziel: therapeutischen Prozeß beschleunigen, innere Abwehr vermindern

Kramer (1971) kreative Akt hat heilende und integrative Wirkung

Jacobi (1969) Möglichkeit, Unbewußtes sichtbar/ gestaltbar
machen.

In den Bildern kommen zum Ausdruck

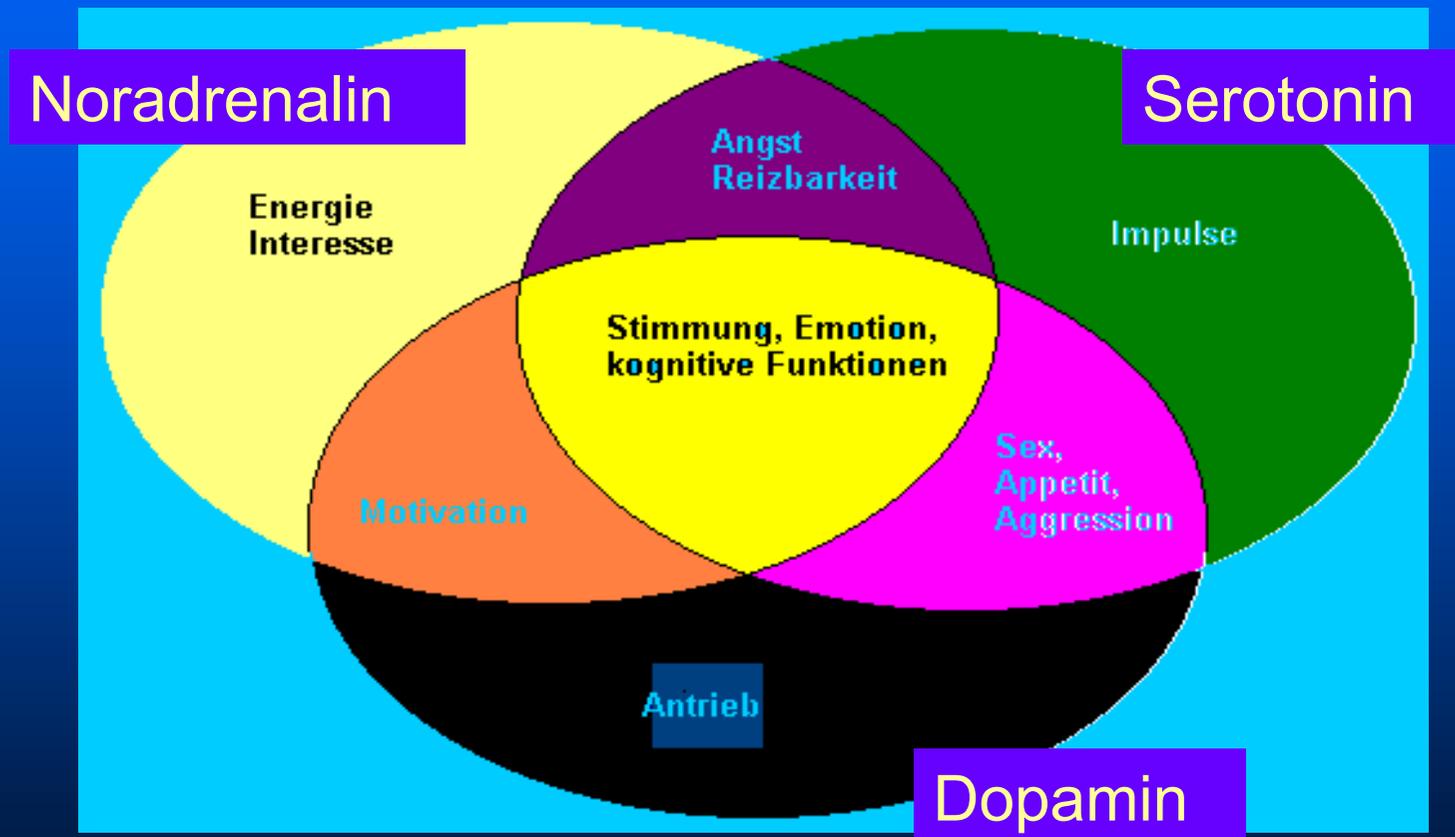
- Gefühle und Stimmungen
- Konkretisierung angstbesetzter
- Vorbewusstes und Unbewusstes
- Aus der Psychodynamik stammendes
Material

**„Eine Depression beinhaltet immer
die Trauer über das versäumte
Wagnis des Lebens - Die Schwermut
des sich selbst Verfehlens“ (Frankl)**

Depression: weltweite Prävalenz

- WHO: 3% der Weltbevölkerung (viertgrößtes Gesundheitsproblem)
- Europaweite Studie: 50% gehen zu einem Arzt, 2 Drittel erhalten keine Therapie, eine Minderheit ausreichend dosierte Therapie

Physiologische Rolle von Noradrenalin, Serotonin und Dopamin



Trias des endomorphen Achsensyndroms

- 1) **Befindlichkeits- und Affektstörungen**
depressive Verstimmung
eingeeengte Affizierbarkeit (depressiver Stupor)
- 2) **Antriebsstörung**
quälender Verlust von Energie und Tatkr.
Verminderung des Antriebs, leichte
Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung
- 3) **Biorhythmusstörungen**
Schlafstörung, Tagesschwankungen
Menstruationsstörung



Begleitsymptome

- **Vegetative Beschwerden**

 - Obstipation

 - Mundtrockenheit

 - Versiegen der Tränensekretion

- **Somatische Mißempfindungen**

 - Druckgefühl auf der Brust

 - diffuse Oberbauchbeschwerden

 - Schwindel und innere Unruhe



F32 depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (1)

Hauptsymptome über 2 Wochen

- 1. depressive Verstimmung, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag**
- 2. Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren**
- 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit**

F32 depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (2)

Zusatzsymptome

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid
4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
6. Schlafstörungen jeder Art
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

leicht 2 / 2 mittel 2 / 4 schwer 3 / 5 (somatisches Syndrom)

Psychotische Symptome im Rahmen einer schweren depressiven Episode

Psychosezeichen	typische Inhalte
Wahnideen	Versündigung, Verarmung, Nihilismus, Krankheit
Halluzinationen	anklagende Stimmen, Geruch der Verwesung
depressiver Stupor	extreme psychomotorische Hemmung

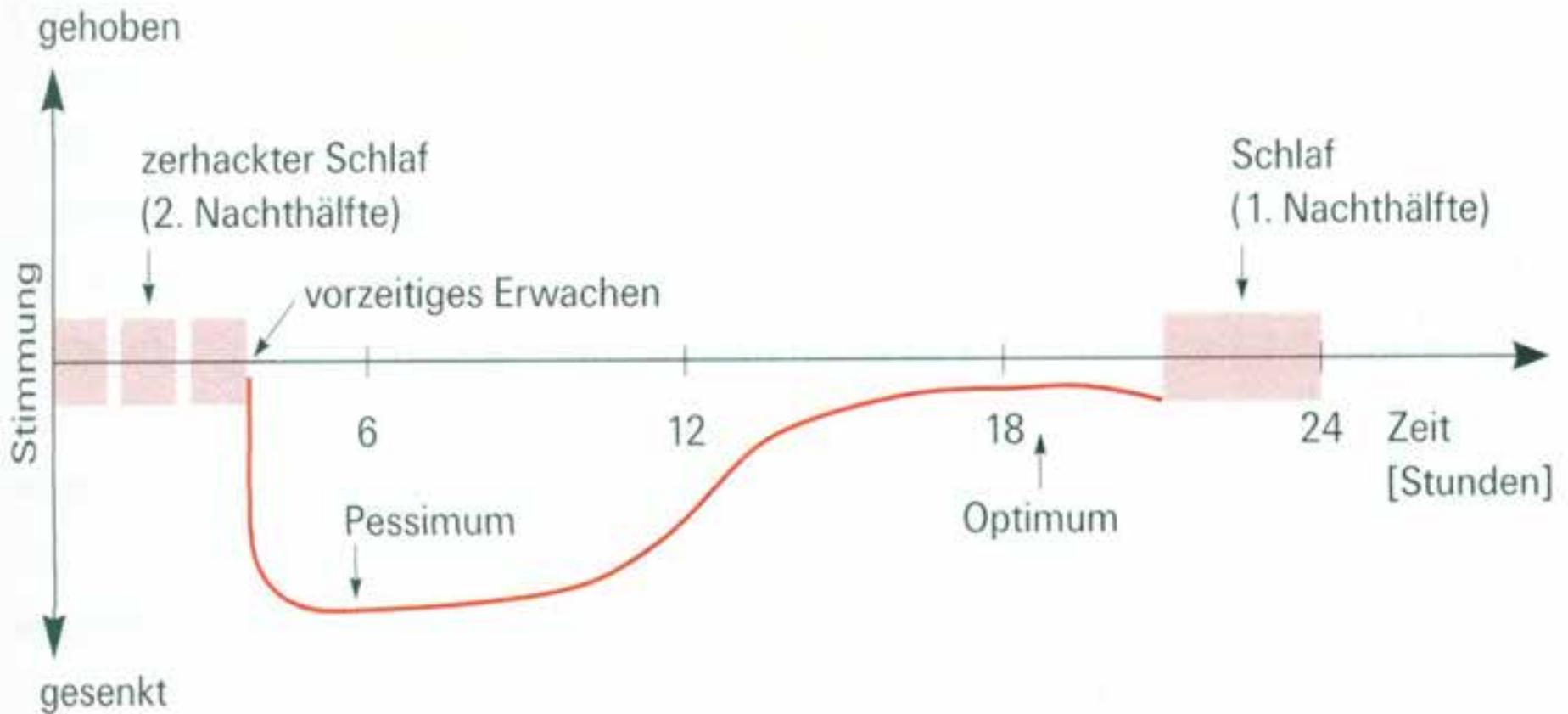
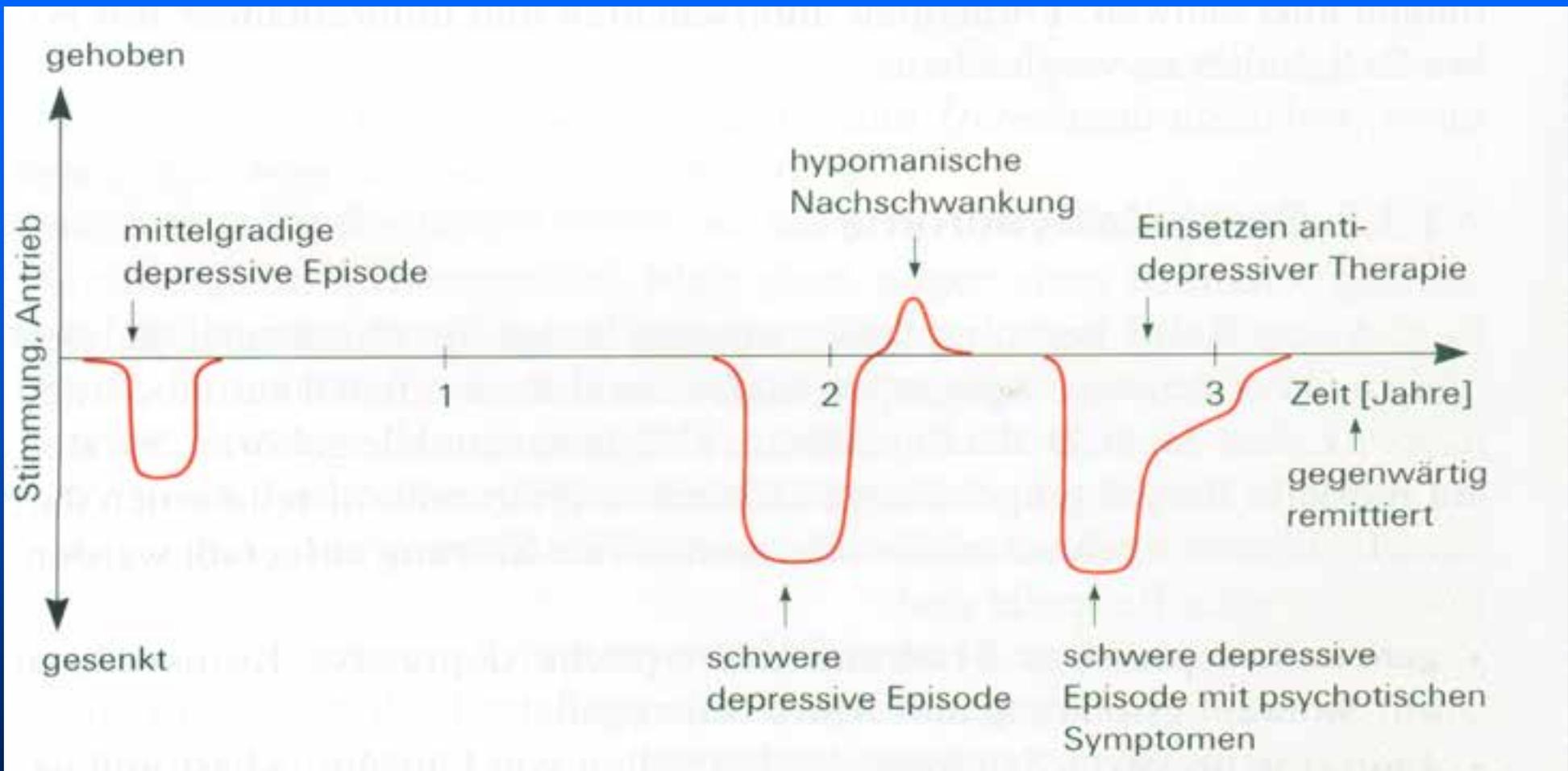


Abb. 7-1: Typische Tagesschwankung des Stimmungsverlaufs in der Depression



gehoben

Stimmung, Antrieb

gesenkt

mittelgradige depressive Episode

1

hypomanische Nachschwankung

2

schwere depressive Episode

Einsetzen anti-depressiver Therapie

3

schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Zeit [Jahre]

gegenwärtig remittiert

Symptommhäufigkeiten bei der Depression

Symptom	Häufigkeit in %
Interesse- und/oder Freudlosigkeit	96,2
Schlafstörungen	92,4
Konzentrations- und/oder Denkstörung	86,0
Angstgefühle	84,3
Unruhe	80,9
Psychomotorische Hemmung	77,5
Gefühl der Wertlosigkeit/Schuld	74,4
Anergie	73,2
Gedanken an den Tod	51,2
Gewichtsveränderung	42,6

Larvierte Depression (Walcher)

Kopf -, Nacken - , Rückenschmerzen

Schmerzen im Unterbauch

Magen-, Darmstörungen

Druck -, Würgegefühl

Tagesschwankungen

Schlafstörungen

F34.1 Dysthymia

wesentliche Kennzeichen:

langdauernde, depressive Verstimmung,

Beginn: gewöhnlich früh im Erwachsenenleben

Dauer: mindestens mehrere Jahre, manchmal

lebenslang.

Beginn im höheren Lebensalter: häufig nach einer depressiven Episode (F 32.-), einem Trauerfall oder einer anderen Belastung

F34.1 Dysthymia

mindestens drei der folgenden Symptome :

verminderter Antrieb oder Aktivität

Schlaflosigkeit

Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit

Konzentrationsschwierigkeiten

Neigung zum Weinen

Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten

Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden,

Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit

sozialer Rückzug

verminderte Gesprächigkeit.

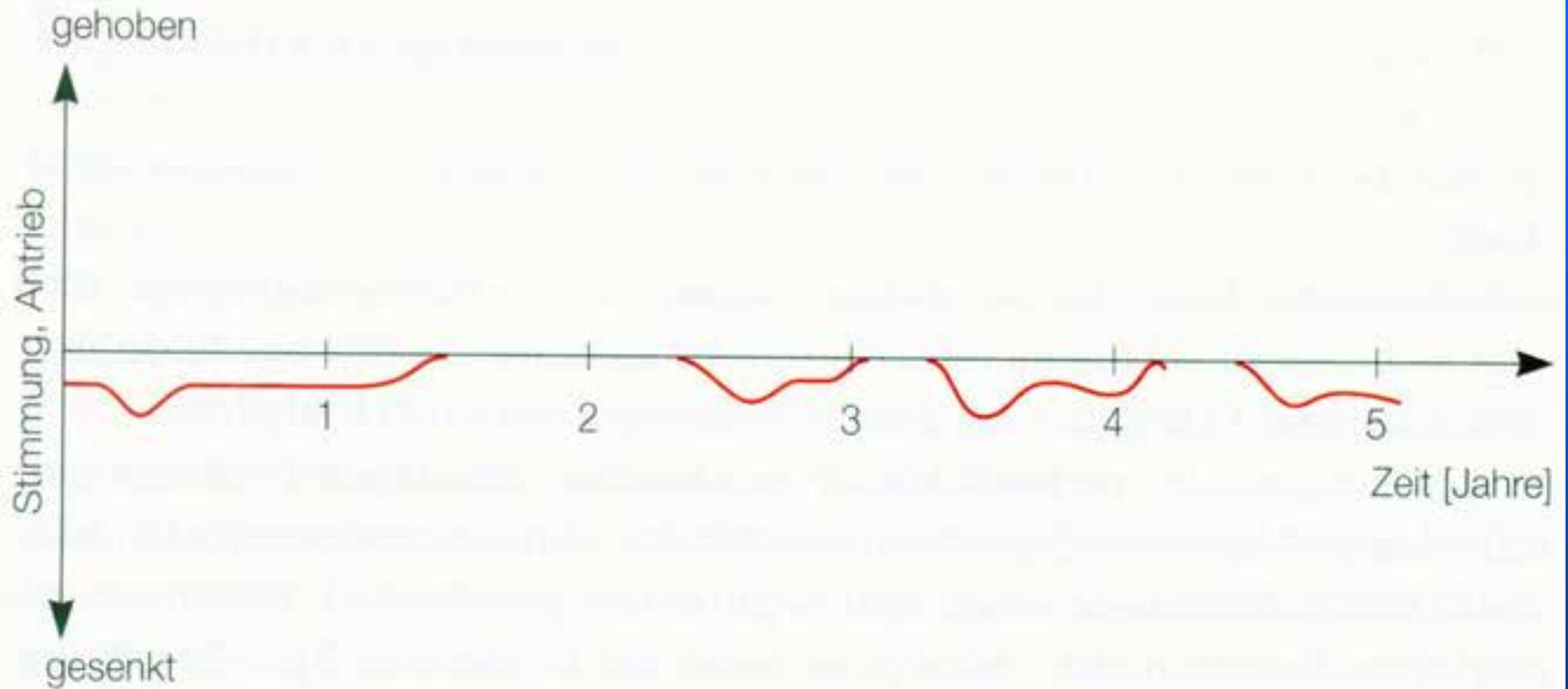


Abb. 7-6: Dysthyme Störung

Theorien zur Entstehung der Depression

■ Biologische Hypothesen

- genetisch bedingte Vulnerabilität
- Transmitterstörungen,
- Veränderung der Rezeptorempfindlichkeit

■ Neuroendokrine Hypothesen

- Störung im Endorphinstoffwechsel
- zu geringes Ansprechen des Melatoninsystems
- chronobiologische Modelle

Theorien zur Entstehung der Depression

- **Psychologische und soziologische Hypothesen**
 - Tiefenpsychologische Theorien
 - Cognitive Theorien
 - Lerntheorien: Verstärker-Verlustkonzept, (Lehwinson),
Kozept der erlernten Hilflosigkeit (Seligmann)
 - Systemische Konzepte
 - Existenzanalytische Theorie
 - prädisponierende Persönlichkeit (Tellenbach)

Psychoanalytische Theorie

S. Freud: Störung in oraler Phase

- labile Homöostase des Selbstwertgefühls
- fusionäre Beziehungen
- strenges Über- Ich
- starke Gewissenszentrierung
- stärkere Kränkbarkeit
- Frustrationsaggression → Autoaggression

Typus melancholicus (Tellenbach)

- Ordnungsliebe
- Autoritätsgläubigkeit
- bereitwillige Unterordnung
- Übergewissenhaftigkeit
- übersteigerte Ich - Ideale - Enttäuschung,
Selbstentwertung

Tiefenpsychologische Theorien

- **v.Gebattel:** Nicht geglückte Reifungsschritte
- **Schultz:** Aversive, fluchthafte Abkehr vom Leben
- **Minkowski, Strauß, Gebattel:** Störung des Zeiterlebens
- **Frankl:** verlorene Sinnfindung

Depression: kognitives Modell (Beck)

“Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern die Vorstellung von den Dingen”(Epiktet)

“Irrige Annahmen und falsche Überzeugungen “

1. kognitive Triade: katastrophierende

Gedanken

- negative Selbsteinschätzung
- subjektive Überforderung durch die

Umwelt

- negative Zukunftsvorstellungen

Depression: Kognitives Modell (Beck)

2. Negative Denkschemata:

automatische Gedanken

- eindimensional, global, invariabel irreversibel

3. Die kognitiven Fehler:

- unangemessen, übertriebene Grundannahmen

Depression - Verlauf

Ein Drittel aller Patienten mit depressiven Symptomen:

Chronischer Verlauf : 2 Jahre und länger (Lebenszeitprävalenz 5%)

- verlängerten depressiven Episoden
- inkompletter Remission zwischen den Episoden.

Dysthymie

75% :eine depressive Episode innerhalb von 5J

Depressive Episode:Prospektive Studie (Nat.Inst.of Mental Health)

30% keine Gesundung innerhalb v.1Jahr

20% nach 2 J

12% nach 5 J.

7% nach 7J.

Nach Remission: 60% Rückfall innerhalb von 5 Jahren

Depressionen sind behandelbar

- 70-80 Prozent der depressiv Erkrankten kann geholfen werden, sodass Besserung oder Heilung erfolgt.
- Medikamente
- Psychotherapie
- Unterstützende Maßnahmen
- Spezielle Therapien

Grundsätze in der Depressionsbehandlung

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Wahrnehmen der depressiven Erlebniswelt
 - Negative verzerrte Lebenssicht
 - Einengung des Willen
 - Entscheidungsschwäche
- Auseinandersetzung mit Lebenskonflikten
- Entwicklung neuer Lösungsstrategien
- Förderung der Beziehungsfähigkeit
- Psychopharmaka

Psychopharmaka - plus Psychotherapie bessere Erfolge!!!

Thase und Kupfer (1996), Neimayer (1995)

„mood disorder Programm“:

Depression : guter Erfolg

Dysthymie : späterer Erfolg, mehr vegetativ, S.

Miller, Norman (1999) :“ Double Depression“,

deutliche Überlegenheit

Ravindranet et al. (1999): Gruppen-, Einzeltherapie

Haykal (1999): 5J. Langzeitbeobachtung Dysthymie

Gesamtmanagement günstig,

Abnahme d. Psychotherapiefrequenz

Analytisch orientierte Einzeltherapie

- Aufarbeitung von verdrängten Konflikten
- Verknüpfung zwischen aktuellem und früheren Erlebnissen
- Rückführung zur eigenen Emotionalität.
- Konfrontation → Neubewertung → Veränderung

**„Was wir im Bewußtsein verbannen,
Wird im Körper wirksam,
Was wir ins Bewußtsein ziehen,
Verliert an seiner leiblichen Kraft“**

Viktor von Weizäcker

Depression: Kognitive Therapie

- **Verhaltensanalysen:**

Verhalten, Gedanken, Situation

- **Identifizierung**

depressionsfördernder Aktivitäten

- **Selbstbeobachtungsbögen:**

Listen angenehmer Ereignisse

- **Tagesprotokolle:**

negative Gedanken überprüfen auf Realität

Depression: Kognitive Therapie

■ Bewußtmachen:

- Fehlerhafte Denkmuster
- Negative Erwartungshaltungen
- unerreichbare Ziele

■ Hinterfragen:

- depressive Überzeugungen

■ Auffinden negativer automatischer Gedanken

Logotherapie (Frankl)

„Technik der Menschlichkeit“

- Sinnfindung in konkreter Lebenswirklichkeit
- Leiderfahrung akzeptieren,
- das Leid in einem größeren Kontext sehen
- bewußte Verantwortung für das eigene Leben übernehmen

Selbstbehauptungstraining (Lazarus)

- Nein- Sagen lernen
- Wünsche und Forderungen äußern
- Kontakte knüpfen
- Gespräche beginnen und beenden
- positive und negative Gefühle
offen äußern dürfen
- eigene Ansprüche erlauben,
sie äußern, durchsetzen

Depression - Familientherapie

„Depressive Konstellation“ (Reiter)

Verlust von Zuwendung, Respekt, Liebe, Freundschaft,
Wärme, Unterstützung „Statusverlust“ (Kemper)

Chronische Belastungssituationen: Familienkonflikte,
schwere Erkrankung, Arbeitslosigkeit

Vulnerabilität: genetische Prädisposition
frühe Traumatisierung, Verlusterlebnisse
ineffiziente Bewältigungsmechanismen
geringer Selbstwert
defizitäre soziale Fertigkeiten

Protektive Faktoren sind gute soziale Beziehungen

Bipolare Erkrankungen

Doz. Dr. Maria Steinbauer

Univ.Klinik F. Psychiatrie/Graz



Vincent van Gogh

**Selbstbildnis mit
verbundenem Ohr, 1889**



Martin Luther

1483-1546

**Was
haben
alle
gemeinsam?**



Georg Friedrich Händel

1685-1759



Ernest Hemmingway

1899-1961

Hippokrates



- 460-370 vor Christi
- 1. Beschreibung des Zusammenhanges melancholische Depression und Manie
- Mischungsverhältnisse der 4 Körpersäfte bestimmen das Temperament

Aretäus von Kappadokien

- 1. Jahrhundert nach Christi
- beide Krankheiten gehören zusammen
- Manie als phänomenologisch konträres Bild der Depression
- geriet nach seinem Tod wieder in Vergessenheit

Frankreich im 19. Jahrhundert oder die ungleichen Väter eines Konzeptes

„la folie circulaire“

- Jean-Pierre Falret, 1851
- Beschreibung einer Krankheit, Wechsel von Depression, Manie, gesundem Intervall

„folie à forme double“

- Jules Baillarger, 1854
- Unterschiedliche Form derselben Erkrankung, Manie und Depression abwechselnd (freie Intervalle nicht nötig)

Kraepelin



1856-1926

- erster Assistenzarzt an der Leipziger Irrenanstalt
- Einheitskonzept des „manisch-depressiven Irreseins“

„Das ‚manisch-depressive‘ Irresein in dem hier umgrenzten Sinne ist ein recht häufige Krankheit; etwa 10-15 % der Aufnahmen in meiner Klinik gehören demselben an.“

Was sind bipolare Störungen?

- Bipolar = “manisch-depressiv”
- Wiederholte Störungen der Stimmung
 - (Hypo)manie, Depression, Mischzustand
- Dazwischen “normale” Stimmung
- Dauer der Episoden: 4-13 Monate
(durchschnittlich 4 in 10 Jahren)
- 5-15% Rapid Cyclers (> 4 Episoden pro Jahr)
- Depressive Episoden sind häufiger als manische (3:1)

Diagnosestabilität

Unipolare Störungen sind bis zu 1/3

"noch nicht" bipolare Verläufe !

Lebenszeit - Prävalenz

- Manie 1%
- Hypomanie 3%
- bipolare Erkrankung 1,3%

Bipolare Störungen

Prävalenz: 1-3% der Bevölkerung

Frauen : Männer = 1 : 1

Suicide: 15-25%

Suicidrate **15 mal höher** als in Normalbevölkerung

Erkrankungsalter: 20. - 30. Lebensjahr

40% aller Patienten bleiben unbehandelt

50% : „Selbsttherapie“ Alkohol und Drogenmißbrauch

Diagnosestellung: durchschnittlich 10 Jahre
(1999Ghaemi et al. 7,5 Jahre)

Prävalenz in Österreich

- BP I: 1 - 2 %
⇒ 85.000 - 170.000 Österreicher
- BP II: 5 (-10 %)
⇒ 425.000 (- 850.000) Österreicher

Diagnostiziert sind nur 50 %!¹

Wer ist betroffen?

- 3/4 aller Patienten haben die ersten Symptome **vor dem 25. Lebensjahr**
- bei zunächst unipolaren Patienten stellt sich im Laufe der nächsten Jahre oft eine Manie/ Hypomanie ein
- Verhältnis Frau : Mann

Bipolare Störung	1:1
Rapid Cycling	2:1
Unipolare Erkrankung	2:1

F 31 Bipolare affektive Störung

F31.0 Hypomanische Episode

F31.1 Manische Ep. ohne psychotische Symptome

F31.2 Manische Ep. mit psychotischen Symptomen

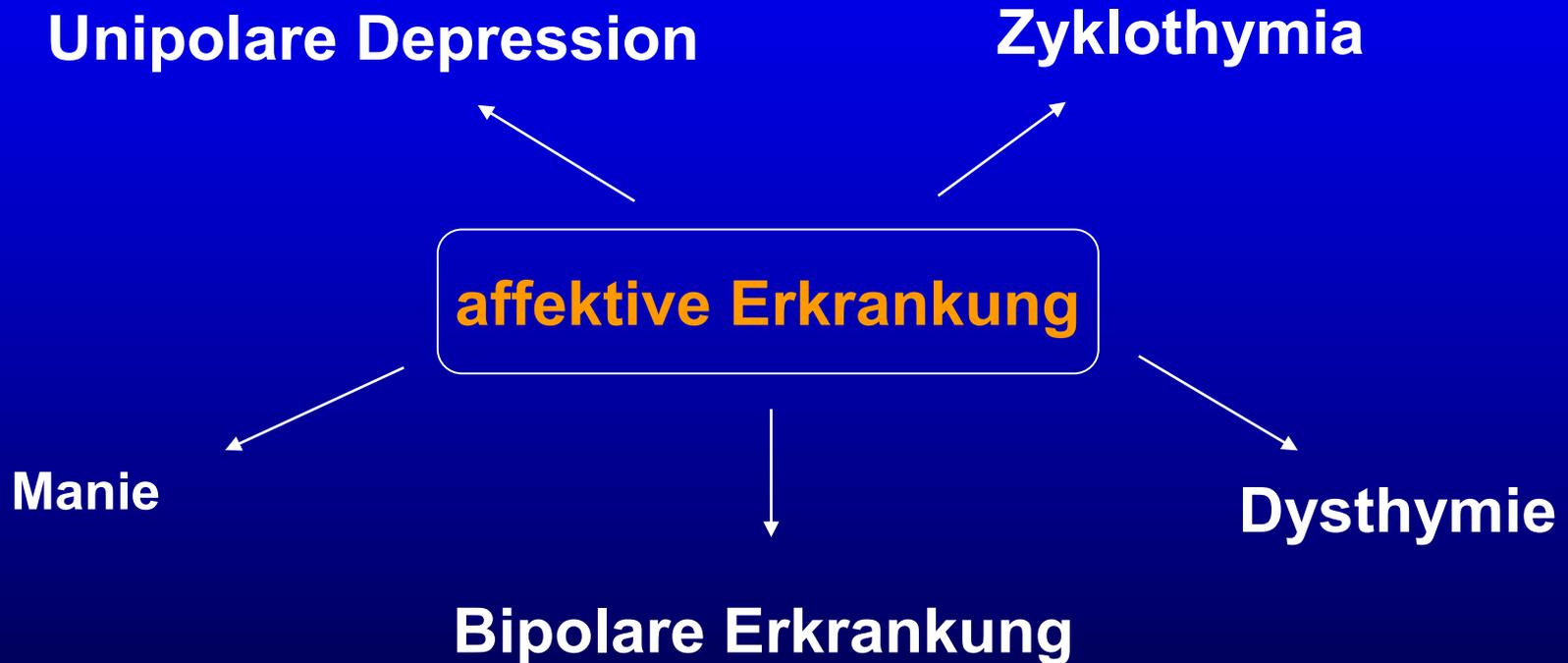
F31.3 Mittelgradige od leichte depressive Ep.

F31.4 Schwere depr. Ep. ohne psychotische Sy.

F31.5 Schw. depr. Ep. mit psychot. Sy.

F31.6 Gemischte Episode

Der heutige Stand

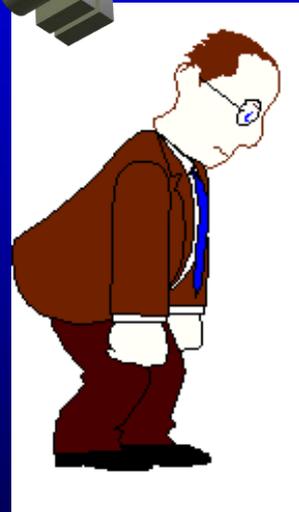


Symptome affektiver Störungen

Manie



Depression



Symptome der Manie

- Größenideen
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang
- Ideenflucht / Gedankenrasen
- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Gesteigerte Betriebsamkeit
- Exzessive Genusssucht trotz möglicher negativer Konsequenzen



über 4 Tage = **Hypomanie**

über 7 Tage o. Hospitalisierung = **Manie**

Diagnostische Kriterien für Manie

- **Andauernde gehobene, expansive (+3) oder reizbare (+4) Stimmung, > 1 Woche oder Hospitalisierung**
- **selben Kriterien wie bei Hypomanie**
- **deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit oder der üblichen sozialen Aktivitäten oder Beziehungen oder**
- **Spital notwendig um zu schützen oder**
- **psychotische Symptome**

Diagnostische Kriterien der hypomanen Episode (ICD 10)

- andauernde gehobene, expansive (+3) oder gereizte (+4) Stimmung, zumindest 4 Tage
 - unterscheidet sich von der üblichen nicht depressiven Stimmungslage
1. gesteigerter Selbstwert, Größenideen
 2. vermindertes Schlafbedürfnis (3 h)
 3. gesprächiger, Rededrang
 4. Ideenflucht, subjektives Gefühl des Gedankenrasens
 5. vermehrte Ablenkbarkeit
 6. gesteigerte Aktivität oder psychomotorische Unruhe
 7. exzessive Genußsucht

Symptome der Depression



- **Gedrückte Stimmung**
- **Verlust an Interesse / Freude**
- **Gewichtsverlust**
- **Schlaflosigkeit**
- **Müdigkeit / Energieverlust**
- **Psychomotorische Unruhe**
- **Gefühl der Wertlosigkeit**
- **Konzentrationsstörungen**
- **Suizidgedanken**
- **über 14 Tage**



Die Symptome der bipolaren Depression unterscheiden sich nicht von denen der unipolaren Depression.

Einteilung: bipolare Störung (ICD10 und DSMIV)

- Bipolar I :** Vollbild Manie und Depression 1%
Mind. 1 manische und 1 depressive Phase kann vorhanden
- Bipolar II :** Vollbild Depression und Hypomanie 0,5%.
Mind. 1 hypomane Phase zusätzlich zu depressiver Episode
- Bipolar III** rezid. Depr. o. Hypomanien, aber mit
hyperthymen Grundtemperament
- Bipolar IV** rezid. Depr. mit bipolar in **Blutverwandschaft**

Bipolare affektive Störung (ICD10 und DSMIV)

„**Rapid cycling**“ in 1J. mind. 4 Phasen: Manie, Hypomanie, Depr
13 –20% der Pat. mit bipolarer Störung

Mischzustände meist i. R.v. dysphorischer Manie

2 oder 3 depr. Symptome bei einer manischen Episode (ca.40%)

Mischung oder rascher Wechsel von depressiven,
manischen und hypomanischen Episoden

Zyklothymie mind. 2 Jahre Wechsel leichte Depr. und
hypomane Symptome

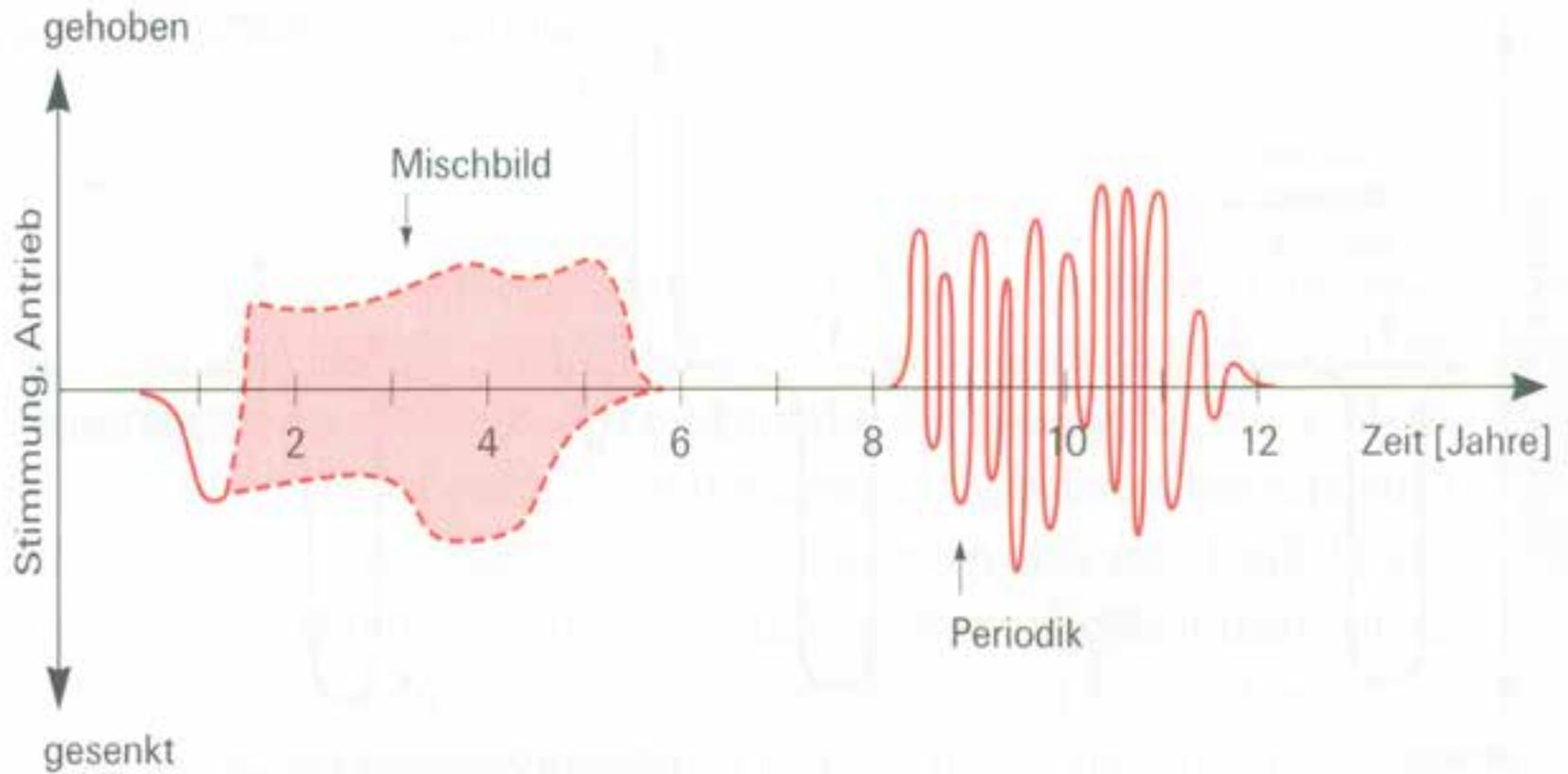


Abb. 7-4: Manisch-depressives Mischbild

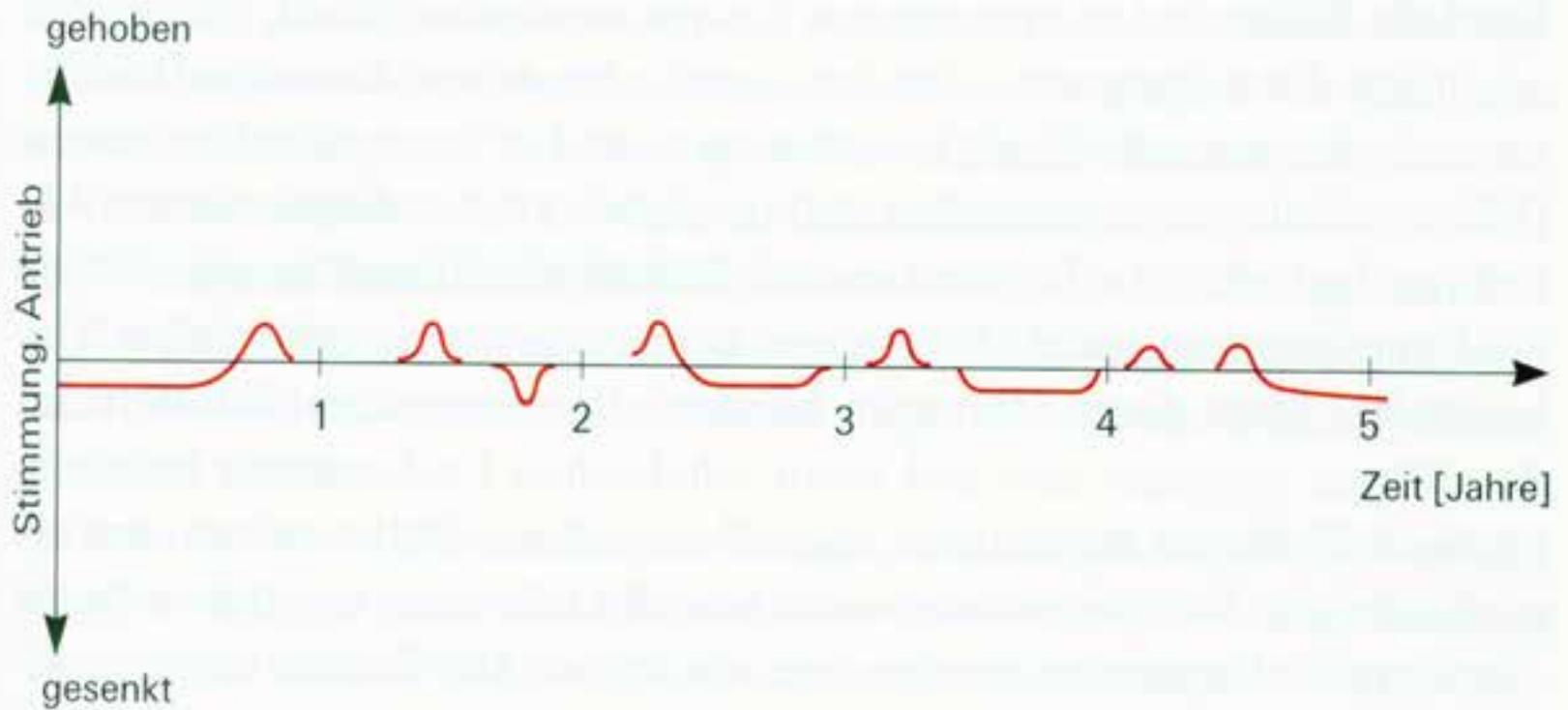
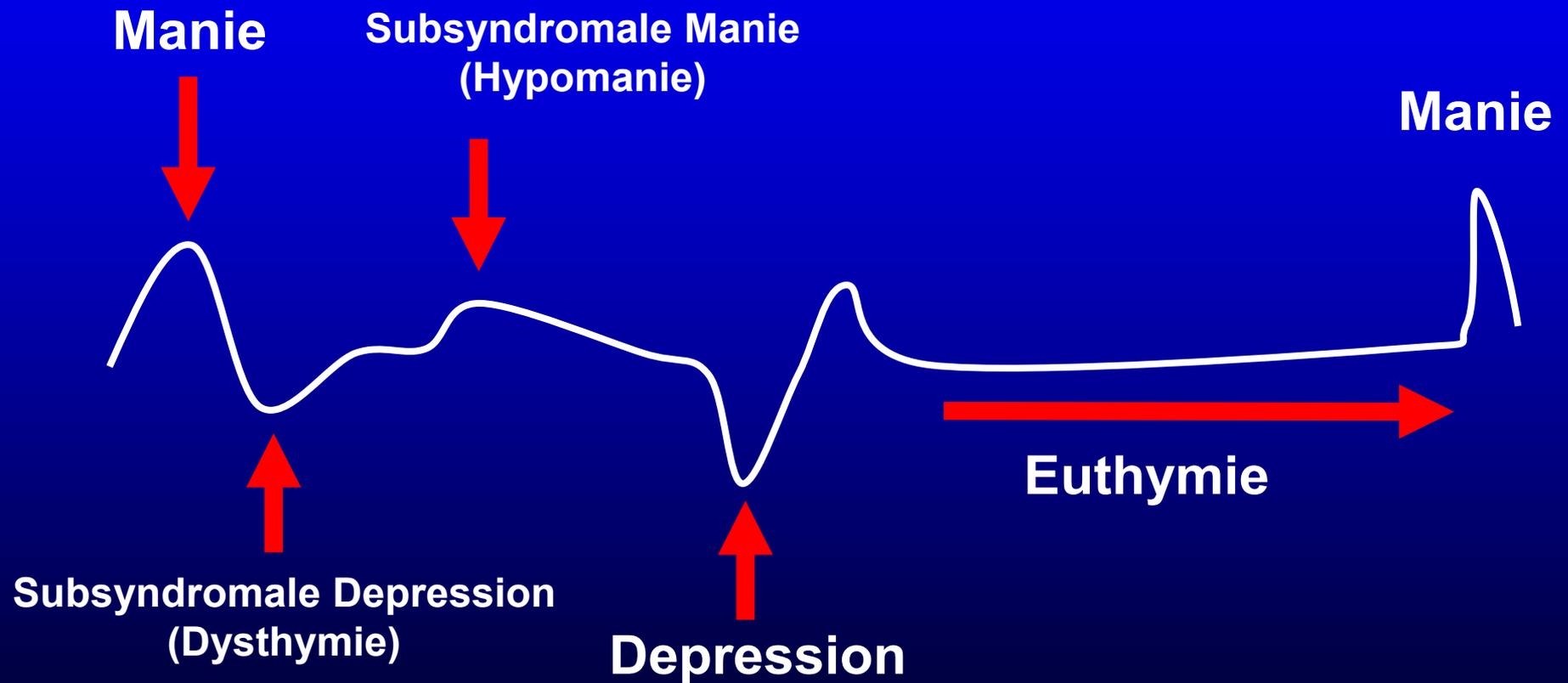


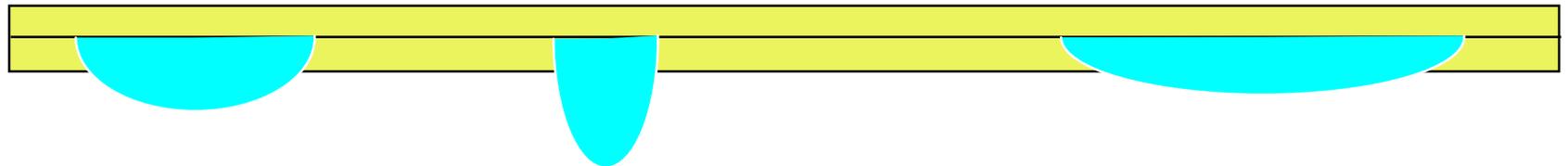
Abb. 7-7: Zykllothyme Störung

Die bipolare Störung ist vielgestaltig



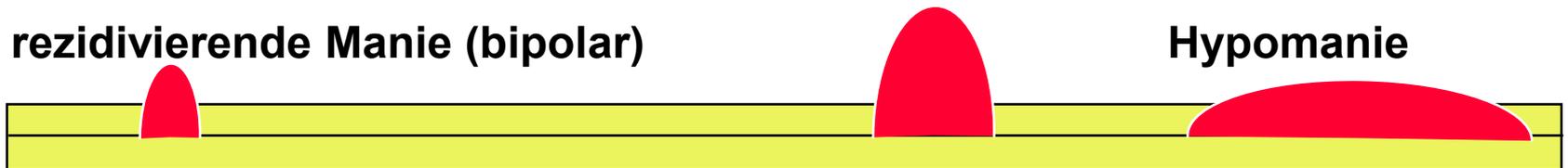
Verlaufsformen des MDK

rezidivierende Depression (unipolar)

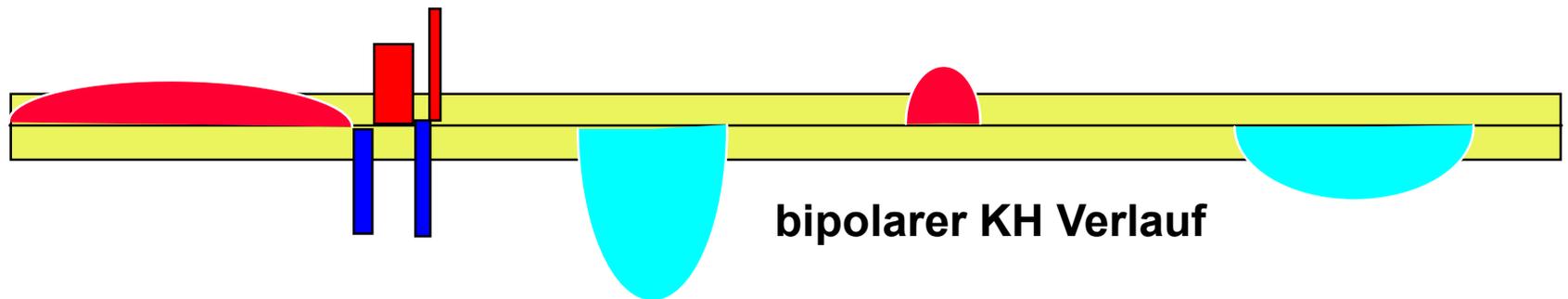


Subdepression

rezidivierende Manie (bipolar)

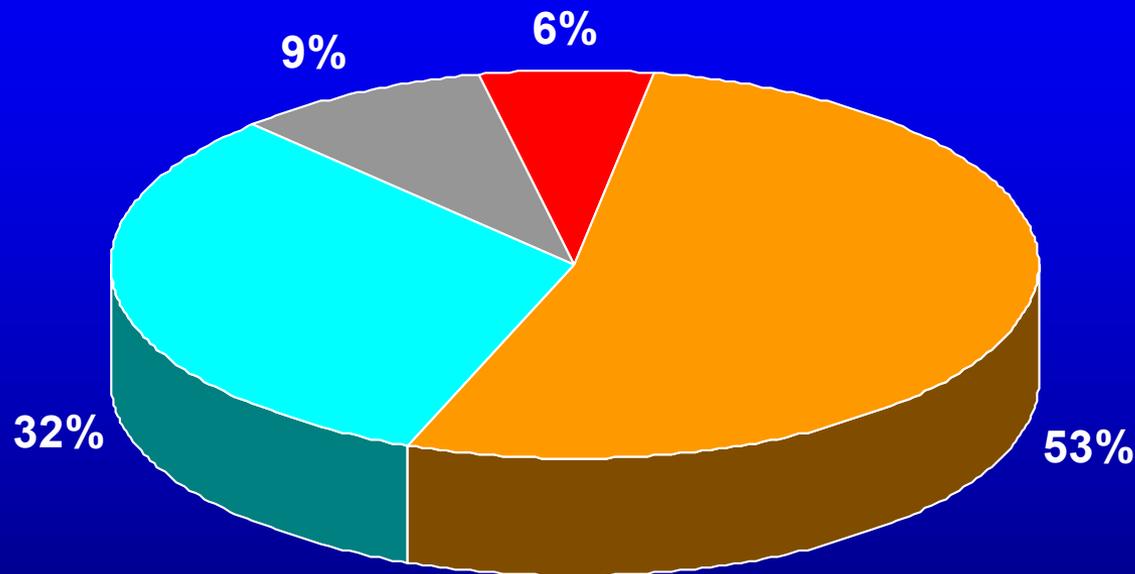


Hypomanie



bipolarer KH Verlauf

Bipolar-Patienten leiden fast die Hälfte ihrer Lebenszeit an den Symptomen der Erkrankung



■ Wochen asymptomatisch

■ Wochen depressiv

■ Wochen manisch/hypomanisch

■ Wochen mit Cycling/gemischten Episoden

n = 146

Follow-up: 12,8 Jahre

Verlauf Bipolar I

- 90% haben mehrere Episoden
- Mittlere Episodenanzahl ist 9
- Das Verhältnis Depression : Manie = 3:1
- Am Anfang vorerst größere Abstände
- Bei frühem Beginn oft schlechterer Verlauf
- 3-10 Jahre Latenz bis Therapie oder Hospitalisierung
- 40-50% unbehandelt
- 15-25% sterben an Suizid
- höhere Morbidität & Mortalität

Bipolare Störungen/ Grundproblematik

- **äußerst komplexe Erkrankung**
- **lebenslanger Verlauf**
- **enorme soziale & berufliche Beeinträchtigung:**
Verringerung der Lebenserwartung um 9 Jahre
 - Verkürzung des Arbeitsprozesses um **12 Jahre**
 - Reduzierung des Lebens in Familie und Gesellschaft um **14 Jahre**
- **gekennzeichnet durch äußerst hohe Komorbidität:**
Alkohol, Drogenabusus

Komorbiditäten von Bipolarpatienten

Heranwachsende

- **69 % mit dem ADHD** (“attention deficit hyperactivity disorder”),
- **39 % mit Suchtmittelmissbrauch,**
- **31 % mit Angststörungen.**

Erwachsene

- **39 %** der Patienten haben eine weitere psychiatrische (davon 2/3 Alkohol- und Drogenmissbrauch),
- **22 %** zudem eine somatische Zweitdiagnose

Zusammenfassung

	Unipolare Depression	Bipolare affektive Störungen
Prävalenz	1,5 bis 19 %	0,3 bis 1,5 % (bis 5 % Erweitertes Spektrum)
Ersterkrankungs- Alter	oft > 30 J	oft < 30 J
Betroffenheit Frauen : Männer	2:1	1:1

Bipolare Störungen

Die Lasten der Erkrankung

Eine Frau, die mit 25 Jahren an einer bipolaren Störung erkrankt

- hat eine um **9 Jahre** verkürzte Lebenserwartung
- verliert **12 Jahre** normalen gesunden Lebens
- verliert **14 Jahre** normaler beruflicher und familiärer Aktivität

Probleme

- **Diagnose:**
 - Häufig als unipolare Depression
fehldiagnostiziert (v.a. BP II)¹
 - Manische Episoden werden teilweise
mit Schizophrenie verwechselt

Folgende Psychotherapieformen haben sich bisher bewährt

- **Kognitive Verhaltenstherapie**
- **Interpersonelle Psychotherapie**
- **Andere
persönlichkeitsorientierte
Psychotherapien**

Gefahren ausschließlich medikamentöser Therapie

- **Weiterbestehen depressionsfördernder Faktoren, Kognitionen und Muster**
- **Fehlende Bereitschaft zu grundlegenden Veränderungen**
- **Schuldgefühle und Resignation bei Rezidivbeginn**
- **Rezidivtendenzen durch neuerliche Überlastung**

Bipolare Störung - Therapiestrategien

1998 US based Consensus Guidelines

first line Therapie: mood stabilisator

1. Spezifische Psychotherapie

2. Antidepressiva´:

- begrenzte Wirkung

- Kippen in Manie (Altshuler et al.1995)

- Erhöhen Phasenhäufigkeit ? (Goodwin 1987)

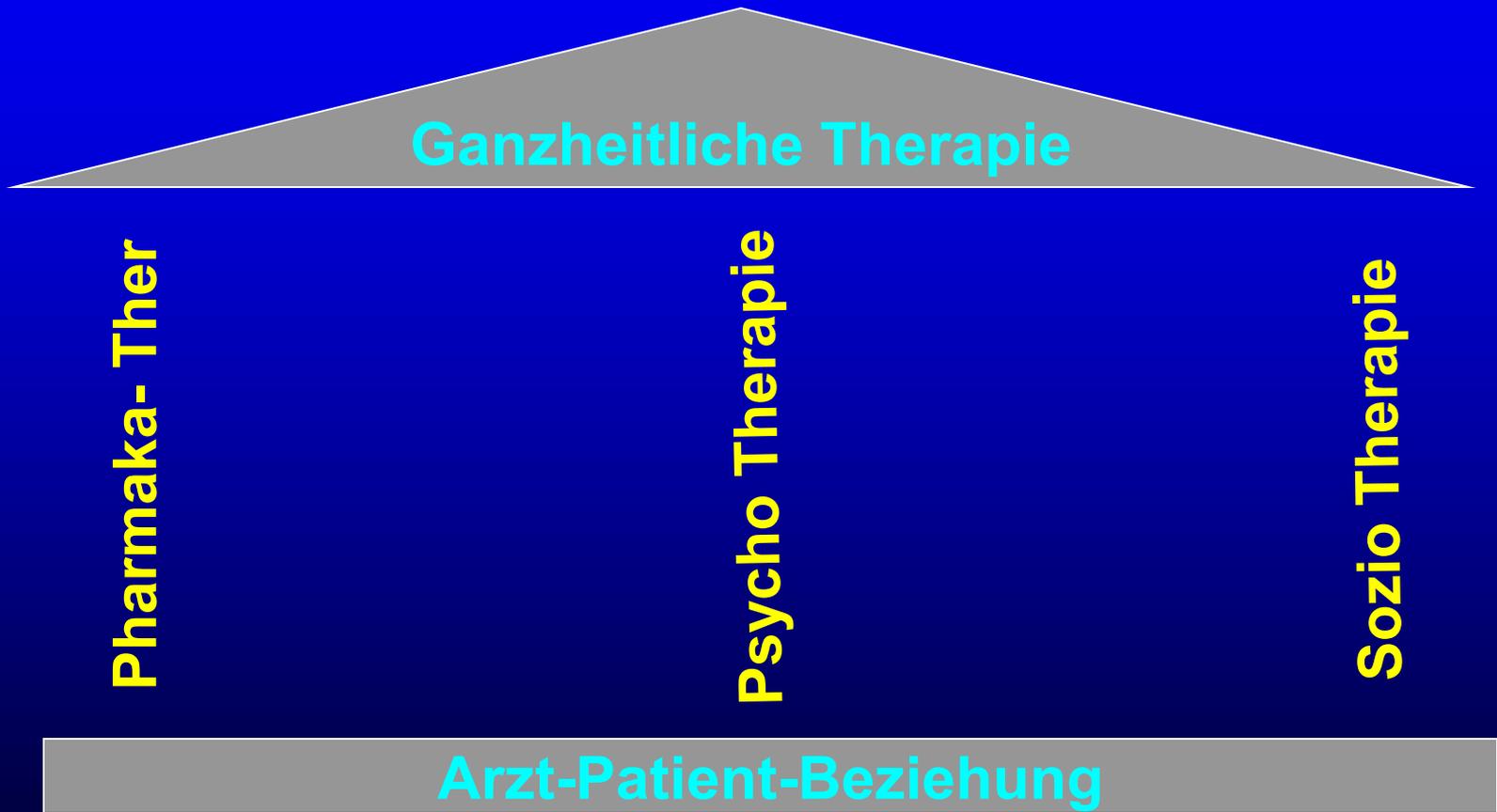
Neuroleptika

3. ECT

Kombination von somatischer mit Psychotherapie

(766 kanadischen Psychiatern: 84%)

Therapiesäulen in der modernen Psychiatrie



Schizophrene Störungen in der Malgruppe

Doz. Dr. Steinbauer

Psychose

Verlust der Verbindung zur Realität

Wahrnehmungsveränderungen
(Halluzinationen)

- akustische Halluzinationen: „Stimmenhören“, Gedankenlautwerden
- optische Halluzinationen
- Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- Taktile und koenästhetische Halluzinationen

Ursachen für psychotische Symptome?

1. Körperliche Erkrankungen:

Delirium: z.B.: Hirntumor, Intoxikation mit Drogen, Alkoholismus,

Schilddrüsenüberfunktion., hohes Fieber:

Symptome: ängstliche Unruhe, optische Halluzinationen, Verlust der Orientierung, Wahnbildungen

2. Trauma: Symptome beginnen plötzlich und dauern weniger als 1 Monat

3. Schizophrenie

Psychose

Wahn:

Kriterien des Wahns:

- falsche Überzeugung, die für den Kranken völlig realistisch erscheint
- Irrational
- feste Überzeugung, nicht veränderbar

Psychose - Schlüsselsymptome

- **Körperlich:**
Fremdartige körperliche Beschwerden
- **Gefühle:** Gefühlsverflachung, Instabilität der Gefühle,
Depressive Verstimmung, "Ratlosigkeit", hochgradige
Angst, Energie- und Antriebsmangel
- **Denken:** Zerfahrenheit, Gedankenabreißen
Wahnvorstellungen
- **Verhalten:**
Neigung zu Isolation und körperlicher Vernachlässigung
Ruhelosigkeit, zielloses Herumwandern
Aggressives oder bizarres Verhalten (Müll horten)
- **Halluzinationen**

Schizophrenie

Schizophrenie ist eine Geisteskrankheit,

Typisch: Ausbruch bei einer Altersgruppe von 15 bis 35 Jahren.

In jedem Land und jeder

Bevölkerungsgruppe leiden ca. 1.% an dieser Erkrankung

Ursachen der Erkrankung

- **Genetische Faktoren:** erhöhte Vulnerabilität (Zwillingsforschung)
- **Stress:** kann zum Ausbrechen der Symptome führen, wenn hereditäre Neigung besteht
- **Gehirnmetabolismus;** Zusammenwirken von gestörten Hirnfunktionen und belastenden Lebensereignissen
- **Störung in der Übertragung der elektrischen Signale** zwischen den Neuronen

Schizophrenie

Auslösefaktoren

- akute Ereignisse: Stresstoleranz ist herabgesetzt
- Spannungen im alltäglichen Erleben
- Überforderung

Verlauf : in Schüben

prozeßhaft,

phasenhaft: die Erkrankung kann in jedem Stadium halten

1/3 der Verläufe ist ungünstig,

ca. die Hälfte der Erkrankungen werden durch Therapie deutlich gebessert

20 % zeigen eine Heilung.

2 Typen von Schizophrenie

Plussymptome: „produktive Symptomatik“

(Dinge, die hinzukommen, über das übliche Erleben deutlich hinausragen)

- akustische Halluzinationen,
 - Gedankenlautwerden, Gedankenausbreitung,
Gedankeneingebung, Gedankenentzug
- Leibhalluzinationen
- Wahnwahrnehmungen

Schizophrenie mit Plussymptomatik

- hohe Farbintensität
- breites Farbspektrum
- viele Formelemente
- zerrissene Darstellungsstruktur
- kein Horizont - keine Perspektive
- chaotischer Bildaufbau

2 Typen von schizophrenem Gestörtsein

Minussymptome: „negative Symptomatik“

(im Vergleich zum üblichen fehlt etwas, weniger Antrieb, weniger Energie, weniger Lebensfreude)

- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Sprachverarmung
- Antriebslosigkeit, Affektverflachung
- Leichte körperliche und seelische Erschöpfbarkeit
- Sozialer Rückzug

Schizophrenie mit Minussymptomatik

- mäßige Farbintensität
- wenige u/o monotone sich
wiederholende Formelemente
- ausgeprägte Leere der Bildfläche
- kein Horizont - keine Perspektive

Ziele in der Malgruppe im Umgang mit schizophrenen Patienten

- tragfähiger, emotionaler Kontakt**
- Stärkung integrativer Kräfte**
- Besserung der Symbolisationsfähigkeit**
- Besserung der Diskriminationsfähigkeit**
- Kontakt zur Realität**

Interventionen in der Malgruppe im Umgang mit schizophrenen Patienten

- Bildelemente beschreiben und benennen**
- Positives erkennen und benennen**
- Gemeinsame Sinnsuche und
Sinnfindung**
- Brückenschlag zur Realität**

Schizophrenie mit Minussymptomatik nach Besserung

- Zunahme v. Farbintensität u. Farbspektrum
- Zunahme der Formenvielfalt
- Horizontbildung
- Sinnzusammenhang der Symbolik

Veränderungen der Bilder schizophrener Patienten in der Stabilisierungsphase

- **Ordnung im Bildaufbau**
- **Klare, zusammenhängende Strukturen**
- **Sinnzusammenhang der Symbolik**
- **Horizontbildung (Rennert)**

Bildinhalte in der Stabilisierungsphase

- Konfliktmaterial**
- postremissive Depression**
- „Rettung“ aus der psychotischen Welt**
- Rückkehr in die „Normalität“**

Suicidalität

M.Steinbauer/ Univ.Klinik f.Psychiatrie Graz

**Denn die einen sind im Dunkeln
Und die andern sind im Licht
Und man siehet die im Lichte
Die im Dunkeln sieht man nicht**

(Berthold Brecht, Dreigroschenoper)

Der Suizid

eine *absichtliche* Selbstschädigung
mit tödlichem Ausgang, die mit einer
mehr oder minder klaren
Selbstvernichtungstendenz
durchgeführt wird

Ringel (1953)

„Selbstmord“

suggestiert fälschlich einen strafrechtlichen
Tatbestand

Seyfried (1995) – erst seit 17. Jahrhundert solche
Begrifflichkeit; von christlich geprägter
Gesellschaft geächtet

heute noch Synonym – Mord von Mörder geplant
und durchgeführt; Tat, unsittlich und
unmoralisch ist

Es sterben mehr Menschen an Suicid als an Verkehrsunfällen

- **Suicidversuche** übersteigt die Zahl der Suizidopfer mindestens um das **Zehnfache**.
- **85,4%** der Suizidversucher während der **2 Monate** vor dem Suicidversuch in hausärztlicher Behandlung
- **37,8%** in der **Woche vor** dem SV bei ihrem Hausarzt - die Hälfte klagte über seelische Beschwerden.
- Studie Haenel und Pöddinger: Stichprobe von Depressiven und Studenten: $\frac{1}{4}$ d. Studenten denken regelmäßig an SM
- Ca. 70% leiden unter einer Depression!

Suicidrisiko

- **mit steigendem Alter nimmt das Suizidrisiko zu** (Krisen - Todesfälle, Krankheiten, Ausscheiden aus Beruf, Beziehungsschwierigkeiten, Pflegebedürftigkeit)
- **besonders gefährdet sind alte Männer:**
bis zu 10-fach höheres Risiko als die Durchschnittsbevölkerung
- **Personen im Alter von 65+ : drei Risikogruppen:**
 - Männer, die Schusswaffen benützen;
 - Frauen, die als Suizidmethode "Vergiften" einsetzen
 - Gruppe alter Menschen beiderlei Geschlechts, die sich durch "Herabstürzen" suizidieren

- **Suizidideen**
- **Suizidversuche (Parasuizid)**
- **Suizide**

Suicidversuche (Bronisch 1995)

- **Parsuicidale Pause** – Wunsch zu „schlafen“
- **Parasuicidale Geste** - Hilferuf
- **Parasuicidale Handlung** – mißglückter Suicid

Meist Impulshandlungen, wobei der momentane seelische Schmerz nicht ausgehalten werden kann.

Die parasuizidale Pause

(Bronisch 1995)

Wunsch , für immer zu schlafen, einfach abzuschalten und seine Ruhe haben zu wollen (Tabletten- oder Alkoholintoxikation)

nicht unbedingt der Wunsch des Sterbens oder sich Tötens

Die parasuizidale Geste

mit dem Motiv des Appells u beinhaltet
einen Hilferuf an die Mitmenschen

die verbale Kommunikation ist nicht mehr
möglich (z.B. Beziehungs- u
Partnerschaftskrisen)

die Notlage in Gesten ausdrücken

Die parasuizidale Handlung

**Es besteht die Intention zu sterben, ein
rechtzeitiges Auffinden wird vom
Betroffenen nicht zugelassen,
Suizidmethoden, die mit großer
Wahrscheinlichkeit zum Tod führen**

Motive und Bedeutungsmöglichkeiten

(Hoffmann 2000)

- **Erlösung vom seelischen (Depression, Angst, Psychose) und körperlichen (Krebs, Aids, Diabetes) Leid.**
- **Wunsch nach einem Gottesurteil** bezüglich des eigenen Weiterlebens.
- **Suche nach Ruhe und Geborgenheit.**
- **Hilferuf und Hilfsappell.**
- **Entlastung von Schuldgefühlen.**
- **Wendung der Aggression gegen das eigene Ich**, da Aggression gegen das Gegenüber nicht erlaubt

Suizidtypen (Reinecker 1993)

- **Hoffnungslosigkeits-Suizid: nichts tun können, um Situation zu verändern**
- **Psychotischer Suizid: imperative Stimmen**
- **Rationaler Suizid: terminale Erkrankung**
- **Histrionisch-impulsiver Suizid:
Aufmerksamkeit**

Erweiterter Suizid – Mitnahmesuizid

- **andere Personen werden in das eigene suizidale Geschehen mitgenommen**
- **meist folgt auf die Tötungshandlung der mitgenommenen Person der eigene Suizid**
- **Hauptmotivation – das eigene Leben aufzugeben**
- **z.B. wahnhaft depressive Mutter nimmt Kinder mit in den Tod - pseudoaltruistisch**

Das präsuizidale Syndrom (Ringel)

1. Einengung:

situativ

dynamisch: Stimmung, Gedanken, Gefühle

nur in neg. Richtung – Panik, Verzweiflung

zwischenmenschliche Beziehungen: Isolierung

Verlust der Wertwelt- Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit

Selbstwertverlust

2. Gehemmte gegen eigene Person gerichtete Aggression

Freud: Aggressionsumkehr

Adler: Racheakt, man meint sich selbst, andere werden vorwurfsvoll belastet

3. Selbstmordphantasien

Suizid: Abschluß einer krankhaften seelischen Entwicklung

Suizid - Risikogruppen

Hohes Risiko: 50-500mal höher als in Normalbevölkerung

1. Depressive aller Art
2. Alkohol-,Medikamenten-, Drogenabhängige
25% aller SV (60-120mal höheres Risiko)
3. Alte und Vereinsamte: Suizidrate höher, (SV:15-25J.)
4. Personen, die Suizidankündigungen machen: 80%
unternehmen einen SV (Pöldinger 1989)
5. Personen, die bereits einen SV gemacht haben
20-30% neuerlicher SV innerhalb von 10J.
10% tödlicher Ausgang
Suizidrisiko im ersten halben Jahr nach SV am höchsten
6. Post-traumatic-stress Syndrome

Weitere Risikogruppen

- **⋮**
- **Jugendliche**
- **Körperlich Erkrankte** (Dialysepat., HIV-Pat. MS)
Ärzte (USA): 24 –40J S-Rate 4mal so hoch
- **Studenten Suizidgefährdung** um ein Drittel höher als bei Nichtstudierenden (Medizin, Sozialwiss.)
- **Schizophrene Patienten:** meist jüngerer, männlicher Pat.

Risikofaktoren für suizidale Handlungen

A. Klinische Faktoren:

in erster Linie: Vorliegen eines depressiven Syndroms

Status nach Suizidversuchen

im weiteren: Alkohol-, Drogenmißbrauch

schmerzhafte, chronische ,

lebenseinschränkende körperliche

Erkrankungen

im speziellen: Borderline-Persönlichkeitsstörungen

schizophrene Erkrankungen

Risikofaktoren für suizidale Handlungen

- **B.Psychopathologische Faktoren:**
 - Gefühle der Hoffnungs- u. Aussichtslosigkeit
- **C. Soziodemografische Faktoren:**
 - allein lebend,
 - Arbeitslosigkeit
 - Alter über 45 Jahre bei männl. Geschlecht
 - Alter zwischen 15 und 24 Jahren
 - Verwitwung, Partnerverlust
 - Beziehungskrisen

Suizidale Ideen (Ringel 1993)

- **Unspezifische Gedanken:** „Das Leben ist nicht lebenswert“
- **Spezifische Gedanken:** „Ich wollte, ich wäre tot“
- **Ideen mit Suizidabsicht:** „Ich denke daran, mich zu töten“
- **Ideen mit Suizidplan:** „Ich denke daran, mich mit ..zu töten

Traumatisch Krise (Cullberg, 1978)

Traumatische Krisen werden ausgelöst durch:
plötzlich auftretende Ereignisse, deren
schmerzliche Natur allgemein anerkannt ist
(z.B. den Tod einer nahestehenden Person, den
Ausbruch einer lebensbedrohlichen
Erkrankung, Trennungen und Verluste,
plötzlicher Arbeitsplatzverlust etc.)

Lebensveränderungskrise (Caplan, 1964)

Lebensveränderungskrisen werden ausgelöst durch: Ereignisse, die zu veränderten Lebensumständen führen (z.B. das Verlassen des Elternhauses, Heirat, Umzug oder beruflicher Aufstieg)

der/die Betroffene fühlt sich im Moment massiv überfordert

oft ist der Anlass der Krise für die Umwelt u auch den Betroffenen nur schwer nachvollziehbar

Psychologische Aspekte im Zusammenhang mit Suizidalität

- Impulsivität
- Schwarz-weiß Denken
- Kognitive Rigidität
- Eingeschränkte Problemlös- Ressourcen
- Hoffnungslosigkeit
- Familiäre Häufung: genetische Einflüsse,
„Lernen am Modell“

Suizid - Entstehungstheorien

Medizinische Suizidtheorie:

Symptom einer Krankheit (Ringel)

Genetische Aspekte (Haenel, Pöldinger 1986)

69,7%: Suizide in Familie

56,2%: endogene Psychosen

Erhöhtes Risiko von Kindern bei Eltern mit suizid. Verh.

Affekt. Störungen , Abhängigkeitssyndromen

Risikofaktor Depression

- **ca.17%** der Gesamtbevölkerung erkrankt
zumindes einmal im Leben an einer Depression
- **Zunahme der depressiven Störungen**
- **2010 Volkskrankheit Nr.1 (WHO)**
- **ca. 15%** schwer Depressiver begehen **Suizid**

Suizidalität - Indikatoren (Bronisch 1998)

Personale Faktoren

- Pat distanziert sich nicht von SV
- Drängende Suizidgedanken
- Wirkt hoffnungslos
- Keine Zukunftsperspektive
- Sozial isoliert, hat sich zurückgezogen
- Reagiert gereizt, aggressiv
- **Schwere depressive Verstimmung**

Chronische Suizidalität

Wiederholter intrapsychische und interpersoneller Regulationsversuch. Meist frühe Störungen :

Borderline-/oder narzisstische Persönlichkeitsstörung

Chronische Angst, verlassen zu werden, einsam zu sein

Suizid: Ausweg aus ihrer Gefühlslage

Auslöser für suicidale Krise: Enttäuschung, Kränkung

Suizidversuch: verzweifelt Mittel andere Personen zu Kontakt und Anteilnahme zu zwingen,

wenn keine andere Mittel mehr zur Verfügung stehen

Nicht die Suizidalität ist chronisch ,

sondern die dahinterliegenden Probleme!

Akutinterventionen

- **pos.emotionale Zuwendung: Hoffnung- Entlastung**
- **Suizidpakt (Nicht länger als 1 Woche)**
- **Feste Terminvereinbarung**
- **Einbeziehung der Angehörigen (Erlaubnis)**
Bei depressiver Symptomatik:
- **Einleitung einer Psychopharmakotherapie (Aufklärung!)**
Tranquilizer in geringen Mengen als „eiserne Ration“
- **Manchmal zusätzlich Psychiater:**
Borderlinepersönlichkeitsstörung
Chron. Suicidalität, Schizophrene Störungen
Gleichzeitig Termine bei Hausarzt!
- **Bei akuter Suizidalität Einweisung!!**

Bildnereien in der Psychiatrie

Prinzhorn (1923) "Bildnerereien der Geisteskranken"

- starke schöpferische Kraft
- Zugang zur Emotionalität/Psychodynamik

C.G.Jung: Methode der "aktiven Imagination"

Rennert(1966), Navratil(1969), Bader (1975) u.a.

- systematische Beschreibung der Bilder.

Leo Navratil (1965): "Kunstübung" - Medium der Selbstregulation

Naumburg, 1966, Wadeson, 1980: Mittelpunkt: therapeut. Aspekt

Ziel: therapeutischen Prozeß beschleunigen,
innere Abwehr vermindern

Jacobi (1969) Möglichkeit, Unbewußtes sichtbar/ gestaltbar machen.

Psychiatrisch-psychotherapeutisches Therapiekonzept

Univ. Klinik f. Psychiatrie Graz
M. Steinbauer/ J.Taucher/ A. Martischnig

- I. "Integrativen Maltherapie"
- II. Medikamentöse Therapie
- III. Teamvernetzung

Die Malgruppe – Methodik

offene, heterogene Gruppe

Teilnehmerzahl: 6-8 Pat.

Frequenz: 2x wöchentlich

Dauer: ca. 120 min.

Malgruppe – Struktur

1. Einleitungsphase

2. Anwärmphase

3. Hypnoide Phase

4. Arbeitsphase

5. Besprechungsphase

Malgruppe: Einleitungsphase

Ziel: Vermittlung von Sicherheit/Geborgenheit

- Information über Rahmenbedingungen:
- kein Anspruch auf:
 - Ästhetik
 - künstlerischen Wert
- Möglichkeit der Selbsterfahrung
- Therapeut malt mit_

Malgruppe: Anwärmphase

Ziel: Entwicklung des Gruppengefühls

- **Kontaktaufnahme**
- **Mitteilung v. aktueller Gefühlslage**
- **Focusierung von Problemkreisen**

Malgruppe/ Hypnoide Phase

Zugang zu "Inneren Bildern"

- Entspannung mit geschl. Augen
- Visualisierung von
 - Gefühlen u. Stimmungen :
 - Symbole aus Pflanzen/Tierwelt
 - Realen oder Traumsituationen
- Erinnerungen aus Kindheit
- Farb- oder Formeneindrücke
- Entspannung genießen

Malgruppe/Arbeitsphase

Ziel: “Vergegenständlichung“

Malen und Zeichnen „innerer Bilder“ od.
spontaner Vorstellungen

Einfache Materialien:

- Ölkreiden, Kohlestifte
- Buntstifte, Wasserfarben

Malgruppe/ Besprechungsphase

- Patient erklärt sein Bild
- Bild in der Gruppe herumgereicht
- **Phantasien** der Gruppenmitglieder
- Vorsichtige **Deutung**
semantisch → metaphorisch

- **Bildtitel** → Verankerung

Malgruppe - Psychodynamik

Inneres Bild → äußeres Bild →

verbale Reflexion:

- **Semantische** Interpretationsebene →
- **Symbolebene:**
 - Überwindung des Widerstandes
 - Zugang zu verdeckten Konflikten / Gefühlen
 - Verknüpfungen zu aktuellen / vergangenen Erfahrungen
- **Assoziationen** der Gruppenmitglieder:
 - Anregung zur Selbstreflexion
 - Förderung von Selbsterfahrung

Der Gestaltungsprozeß

Therapeut: Hilfs-Ich-Funktion, ermöglicht die Erfahrung v. “intermediären Raum” (Winicott)
komplexer Austausch

- Patient, Therapeut, Gruppe
- zwischen dem Unbewußten des
Einen/Anderen

Gestaltung: enge Verwandtschaft zwischen präverbalen Kommunikationsformen der frühen Mutter-Kind-Beziehung:

Der Gestaltungsprozeß

Gestaltung: Materialisation psychischer Inhalte:

- **Konkretisierung** - Vergegenständlichung(Benedetti)
- **Distanzierung** - Affekte im Bild gebunden - “gebannt”.
- **Kommunizierbarer Zugang** zu abgespaltenen Anteilen
- **reparative Funktion**:
 - Füllen narzisstischer Lücken
 - Unsterblichkeitsphantasien.(Freud, Abraham, Klein, Segal, Kohut, Benedetti)
- **Identifikation** mit den guten inneren Objekten (Ich-Ideal)
Lebendiges, Neues entsteht (Balint)

Der Gestaltungsprozeß

Der Gestaltungsprozeß unterstützt

- die **Differenzierung** zwischen
 - dem Innen und dem Außen
 - Nähe und Distanz
 - zwischen Subjekt und Objekt.

- **Förderung der Entwicklung von Phantasie †**
 - Bindung und Regulierung von Affekten
 - Integration von triebhaften Impulsen.

Wichtige psychotherap.Faktoren in der Malgruppe

- Geschützter „Erlebensraum“
 - Verminderung von Versagensängsten
Über-Ich-Anforderungen
 - Katharsis: Entlastung – Distanzierung
- Bilder: Symbol für narzißtische Stärkung
 - Schöpferische Fähigkeit
 - Kommunikationsfähigkeit
 - Quelle für Empathie
- Positiver Rückkoppelungsprozeß

Aspekte diagnostischer Beurteilung “

- **Phänomenologie des Bildes**
 - formaler Bildaufbau
 - Inhalt/Symbolik
- **Aussagen des Patienten zu seinem Bild**
- **Verhalten im sozialen Feld der Gruppe**

Diagnostische Beurteilungskriterien

- **Farbe:** Farbspektrum und Farbintensität
- **Formelemente:** Zahl und Variationsbreite,
- **Darstellungsstruktur** Homogenität/Zerissenheit
- **Nutzung** der Bildfläche
- **Horizontdarstellung**
- **Inhalt**

Bilder bei „endogener“ Depression

- dunkle Farben u/o geringe Farbintensität
- wenig Formelemente
- schlechte Bildflächennutzung
(leere Bildflächenanteile)
- depressive Symbolik

„Endogene“ Depression nach Therapie

- Aufhellung der Farben
- Zunahme der Farbintensität
- Zunahme und Vielfalt der Formelemente
bessere Bildflächennutzung
- Veränderung der Symbolik /Lebensbejahung

Schizophrenie mit Plussymptomatik

- hohe Farbintensität
- breites Farbspektrum
- viele Formelemente
- zerrissene Darstellungsstruktur
- kein Horizont - keine Perspektive
- chaotischer Bildaufbau

Schizophrenie mit Minussymptomatik

- mäßige Farbintensität
- wenige u/o monotone sich wiederholende Formelemente
- ausgeprägte Leere der Bildfläche
- kein Horizont - keine Perspektive

Ziele in der Malgruppe im Umgang mit schizophrenen Patienten

- **tragfähiger, emotionaler Kontakt**
- **Stärkung integrativer Kräfte**
- **Besserung der Symbolisationsfähigkeit**
- **Besserung der Diskriminationsfähigkeit**
- **Kontakt zur Realität**

Interventionen in der Malgruppe im Umgang mit schizophrenen Patienten

- Bildelemente beschreiben und benennen**
- Positives erkennen und benennen**
- Gemeinsame Sinnsuche und Sinnfindung**
- Brückenschlag zur Realität**

Bildinhalte in der Stabilisierungsphase

- Konfliktmaterial**
- postremissive Depression**
- „Rettung“ aus der psychotischen Welt**
- Rückkehr in die „Normalität“**

Schizophrenie mit Minussymptomatik nach Besserung

- Zunahme v. Farbintensität u. Farbspektrum
- Zunahme der Formenvielfalt
- Horizontbildung
- Sinnzusammenhang der Symbolik

Veränderungen der Bilder schizophrener Patienten in der Stabilisierungsphase

- Ordnung im Bildaufbau**
- Klare, zusammenhängende Strukturen**
- Sinnzusammenhang der Symbolik**
- Horizontbildung (Rennert)**