



Wenn die Seele leidet

Psychische Erkrankungen und ihre Erscheinungsformen

© **Mag. Karl Wimmer**

Linz, im März 2019

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Gesundheit und Krankheit in ganzheitlich-systemischer Sicht	3
2. Der gesunde Mensch - Gesundheit in systemischer Sicht	4
3. Der kranke Mensch - Krankheit in systemischer Sicht	5
4. Beispielhafte Ausprägungen von psychischen Beeinträchtigungen	6
4.1 Neurotische Beeinträchtigungen	6
4.2 Psychotische Beeinträchtigungen	7
4.3 Borderline Persönlichkeitsstörung	10
4.4 Psychopathische und Soziopathische Persönlichkeitsstörung	11
4.5 Beeinträchtigungen durch Sucht	15
4.6 Affektive Beeinträchtigungen	16
4.7 Beeinträchtigungen durch Demenz	18
4.8 Beeinträchtigung durch Burnout	18
5. Der Mensch in der Krise	19
6. Literatur	21

1. Gesundheit und Krankheit in ganzheitlicher Sicht - das Salutogenesemodell

Im Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky wird der Mensch in einem Kontinuum zwischen den Polen „höchste Lebendigkeit“ und „Tod“ gesehen.¹ Genauso wie ein Mensch nie vollständig krank ist, solange er lebt, wird er auf Dauer auch nie vollständig gesund sein. Die individuelle Balance zwischen Gesundheit und Krankheit zu suchen ist Aufgabe des menschlichen Organismus und des menschlichen Verhaltens, sie ist aber immer zerbrechlich und anfällig.

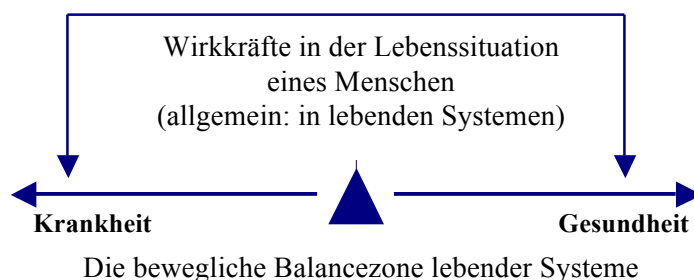


Abb. 1: Das Salutogenesemodell²

In der Salutogeneseforschung geht es primär darum, wie Menschen angesichts der Vielzahl und weiten Verbreitung bedrohlicher körperlicher, psychischer, sozialer und ökologischer Einflüsse es schaffen, ihre Balance immer wieder in Richtung Gesundheit zu bewegen, d.h. um das Erkennen und Nutzen der salutogenen Ressourcen (SR), dazu zählen etwa:³

- kognitive SR, die Einsicht, Besonnenheit und Vorschau ermöglichen;
- seelische SR, die sich in Grundstimmungen, Antriebskräften und Lebensgefühl äußern;
- kreative SR, die zur Gestaltung des Lebens und der Lebenswelt befähigen;
- kommunikative SR, die vertrauensvolle Beziehungen wachsen lassen;
- äußere SR, wie die Ressourcen der Familie, Mitwelt, Natur und der Kultur;
- körperliche SR, wie die Fähigkeit eines mehr oder minder wohl organisierten Körpers, durch Spannungsregulation und Körpermechanik bis hin zum Blutdruck dafür sorgen zu können, dass sich der Mensch in seiner Haut wohl fühlt.

Um die gesundheitsfördernden Ressourcen zu erschließen benötigen alle Beteiligten entsprechende Kenntnisse, Fähigkeiten und oft auch eine neue Grundeinstellung. Die Voraussetzungen dafür sind in einem interdisziplinären Prozess zu schaffen.

¹ Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; dgvt 1997.

² In Anlehnung an: Sturm, Eckhard: Das Salutogenesekonzept; in: Zukünfte, Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 9. Jg., Heft 32/2000, S. 17 ff.

³ Vgl. Sturm, Eckhard: Das Salutogenesekonzept; in: Zukünfte, Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 9. Jg., Heft 32/2000, S. 17 ff. sowie ergänzend: Auerbach, Christian: Wie entsteht Gesundheit? In: Taijiquan & Qigong-Journal, Heft 2, 4/2000, S. 22-27.

2. Der gesunde Mensch - Gesundheit in systemischer Sicht

Die WHO definiert heute (seit 1986) Gesundheit als „positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen biopsychologischen Gleichgewichtszustandes, der erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muss.“⁴ Badura et al. bieten folgende Definition an: „Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden - insbesondere ein positives Selbstwertgefühl - und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“⁵

Bosch definiert: „Hier soll jener Mensch als gesund bezeichnet werden, dem sein Leben gelingt, der den Forderungen seines Wesens und jenen seiner Umwelt entsprechen kann; dem also Selbstverwirklichung entsprechend seinen inneren Bedürfnissen, Wertvorstellungen und Bestrebungen gelingt und der gleichermaßen zu einer ausreichenden Adaptation an sein soziales Umfeld in der Lage ist - mitunter auch trotz einer Krankheit oder gegen den Normendruck der Umgebung“.⁶

Harry Merl definiert Gesundheit als ein subjektiv wahrgenommener, grundsätzlich von Hoffnung und Lebensfreude begleiteter, vielgestalteter Zustand des Befindens, zu dem der Organismus von sich aus immer wieder hintendiert. Er ist ein Zustand auch sinnlich wahrnehmbaren gesamtorganismischen Wohlbefindens und als solcher vermisst und ersehnt, wenn er nicht oder nur teilweise vorhanden ist. Tatsächlich ist er tagtäglich durch alle Einflüsse, die den Organismus im Verlauf seiner Tätigkeiten und Aufgaben treffen, immer wieder mehr oder weniger bedroht und muss in jedem Augenblick wiederhergestellt werden. Dies geschieht teils durch das ihm eigene Schutzsystem, teils aber durch bewusst unternommene Vorsorge, besonders dann, wenn der Organismus ohne eine solche Vorsorge selbst nicht mehr für die Herstellung dieses Zustandes sorgen kann.⁷

Herstellung und Erhaltung dieses Zustandes, die in der Regel trotz ihrer Wichtigkeit für das Leben eher nebenbei geschehen, sind davon abhängig, wie ein Mensch mit sich selbst und anderen und der Umwelt im allgemeinen umgeht. Es handelt sich dabei um einen wesentlichen Teil des Selbstmanagements. Hierbei verknüpfen sich innere (konstitutionell-dispositionell autonome und intrapsychische) und äußere (auf die engere speziell familiäre und allgemein soziale) Umwelt gerichtete Interaktionen, die einander in ihrem Wechselspiel ständig überformen. Innere und äußere Interaktionen ergeben insgesamt ein Netzwerk von „organisierter Komplexität“ des Ökosystems, in dem der Mensch in jedem Augenblick seinen vielfältigen Lebensbedarf als Mensch deckt und so sein Leben verwirklicht.⁸

Anhand eines sich daraus bildenden intrapsychischen persönlichen Referenzmodells für den Umgang des Menschen mit sich und der Welt, das im Laufe des Lebens normalerweise immer weiter ausgearbeitet und „verfeinert“ wird, organisiert jeder Mensch sein Leben und damit auch seine Gesundheit - oder eben auch Krankheit - auf je persönliche Weise. Wie gut die Organisation des Lebens gelingt, d.h. wie brauchbar das Referenzmodell und insbesondere seine Strategien und wie lebensfreundlich der ökologische Raum sind, wird auch durch das

⁴ World Health Organisation WHO, 1986.

⁵ Badura, Bernhard et al.: Betriebliches Gesundheitsmanagement; Edition Sigma 1999, S. 24.

⁶ Bosch, Werner: Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer; Orac 2003, S. 9.

⁷ Vgl. Merl, Harry: Gesundheit und Krankheit aus systemischer Sicht; in: Brandl-Nebehay, A. et al. (Hg.): Systemische Familientherapie; Facultas 1998, S. 107 ff.

⁸ Vgl. Merl, Mario: Das Gesundheitsbild; in: Zellkern. Wegweiser zum Leben (Zeitschrift); Ausgabe 9, 2/2000, S. 4-5.

mehr oder weniger gute Gelingen der Herstellung von Gesundheit und von Tag zu Tag am Ausmaß an Wohlbefinden erkennbar. Insofern ist Gesundheit auch ein Maß für ökologische Brauchbarkeit eines bestimmten Referenzmodells eines Menschen und seines Lebensraumes.

Die Zeichen, an denen Menschen Gesundheit an sich selbst und anderen erkennen können, sind mit individuellen Variationen ziemlich gleich:

- aufrechte, manchmal legere Haltung,
- strahlende Augen,
- lockerer, manchmal lächelnder Mund,
- gute Hautdurchblutung,
- Wohlgestaltigkeit,
- fühlbares Wohlbefinden in einem oder mehreren vom Betreffenden klar lokalisierbaren Körperbereichen, wie warmes oder wohlige Gefühl im Oberbauch oder lockere Muskeln in den Beinen bzw. - und oft so beschrieben - Freiheit von Beschwerden in bestimmten Bereichen, z.B. freier Kopf, freie Atmung,
- dem Betreffenden angenehmer Körpergeruch nach Parfum bis zum „angenehmen Schweißgeruch“.

Diese Zeichen sind in allen Sinnesbereichen (visuell, kinästhetisch, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch) individuell variiert und charakterisieren dann das persönliche Bild des Menschen von seiner Gesundheit. Interessant ist, dass von den Menschen in vielfacher Weise versucht wird, dieses Bild auf verschiedene Weise zu „simulieren“, z.B. durch Medikamente, die Missempfindungen blockieren, durch Alkohol und Drogen, oder auch durch Essen, damit Spannungen abgebaut werden und anderes „süchtiges Verhalten“. Hinter all dem liegt die Sehnsucht nach Gesundheit, die den Betreffenden offenbar auf andere Weise nicht erreichbar erscheint. Die Frage danach, welcher Bedarf auf eine dieser Weisen i.S. des sich gesund oder gut Fühlens gedeckt wird, wird gerade bei den gesellschaftlich tolerierten Süchten wie Alkoholgenuß, Rauchen oder Essen oft nicht gestellt. Sie werden entweder augenzwinkernd als notwendiger Genuß dargestellt oder einfach verdammt.⁹

3. Der kranke Mensch - Krankheit in systemischer Sicht

Der Übergang von Gesundheit zur (psychischen) Krankheit ist fließend. Das Wort „Krankheit“ kommt aus dem Mittelhochdeutschen: „kranc“ bedeutet schwach, kraftlos. Die WHO bezeichnet damit jede Störung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Der medizinische Krankheitsbegriff ist enger gefasst - er enthält folgende Elemente:

- eine subjektive Störung des Wohlbefindens,
- eine quantitative und qualitative Störung der elementaren Lebensvorgänge und Funktionen,
- objektivierbare (d.h. sicht- oder messbare) Veränderung der anatomischen Form oder der elektro-chemischen Vorgänge.¹⁰

⁹ Vgl. Merl, Mario: Das Gesundheitsbild; in: Zellkern. Wegweiser zum Leben (Zeitschrift); Ausgabe 9, 2/2000, S. 4-5; Merl, Harry: Gesundheit und Krankheit aus systemischer Sicht; in: Brandl-Nebehay, A. / Rauscher-Gföhler, B. / Kleibel-Arbeithuber, J. (Hg.): Systemische Familientherapie. Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends; Facultas 1998.

¹⁰ Vgl. Bosch, Werner: Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer; Orac 2003, S. 9 f.

Für die Psychiatrie und Psychotherapie ist der körperbezogene, medizinische Krankheitsbegriff nicht immer anwendbar - er passt z.B. nicht auf Neurosen oder endogene Psychosen. Besser geeignet ist hier die Beurteilung unter den Aspekten

- **des Leidens:** Wer Schmerzen, Verluste, Funktionseinbußen erleidet, wobei das Erleiden im Selbstverständnis des Betroffenen und im Urteil seiner Umwelt über das gruppenübliche Ausmaß hinausgeht, ist krank.
- **des Versagens:** Wer in der Bewältigung der gegebenen, nicht allzu extremen Verhältnisse versagt - aus welchen Gründen auch immer -, ist krank.
- **des Beziehungsabbruchs:** Wer infolge seines hochgradigen Andersseins nicht in lebendigen Kontakt und Austausch mit anderen Menschen treten kann, ist krank.¹¹

Damit wird deutlich, dass in dieser Krankheitskonzeption biologische, psychologische und soziale Gegebenheiten bzw. Prozesse berücksichtigt werden. Um der schwierigen und problematischen Definition des Begriffes „Krankheit“ zu entgehen, spricht die neueste Ausgabe der ICD nur mehr von psychischen Störungen (Beeinträchtigungen).

Wie das Salutogenese-Modell (siehe oben) beschreibt, ist jeder Mensch in jeder Situation sowohl gesund, als auch krank. Beide Anteile sind stets in uns vertreten. Die Frage ist wieviel vom Einen und wieviel vom Anderen in einer bestimmten Lebenssituation gegeben ist. Jemand der an einer schweren Psychose oder Alkoholabhängigkeit leidet, wird stärker als krank zu bezeichnen sein als jemand der an einem leichten grippalen Infekt laboriert. Auch in unserer Persönlichkeit haben wir stets sowohl gesunde (starke), wie auch „kranke“ (schwache) Anteile oder „Seiten“. Die schwachen Anteile sind eher geneigt, in eine manifeste Krankheit überzugehen als die starken.

4. Beispielhafte Ausprägungen von psychischen Beeinträchtigungen - Krankheitsbilder und Verhaltensweisen

- Neurosen und Psychosen
- Sucht und Abhängigkeit, insbes. Alkohol / Drogen
- Affektive Beeinträchtigungen: Manie und Depression
- Burnout - der erschöpfte Mensch
- Der Mensch in der Krise

4.1 Neurotische Beeinträchtigungen

1. Angststörungen:

- Agoraphobie: Platzangst
- Panikattacken: unvermutet auftretende Angstzustände
- Generalisierte Angststörung: unrealistische Ängste und Sorgen
- Soziale Phobie: Angst, sich vor anderen zu blamieren
- Einfache Phobie: Angst in spezifischen Situationen oder vor konkreten Objekten, z.B. vor geschlossenen Räumen = Klaustrophobie, vor Höhe = Akrophobie oder vor Spinnen usw.
- Posttraumatische Belastungsstörung: z.B. heftige Angstträume und emotional-gedankliches Wiedererleben erlebter traumatischer Situationen

¹¹ Vgl. Bosch, Werner: Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer; Orac 2003, S. 11 f.

Heilung und Behandlung erfordert Psychotherapie und/oder Psychopharmaka, auch Selbsthilfegruppen erweisen sich als nützlich.

2. Zwangsstörungen: Zwangsgedanken oder/und Zwangshandlungen

3. Somatoforme St.: körperl. Symptome ohne organischen Befund Hypochondrie (unbegründete Angst, an einer schweren Krankheit zu leiden).

4. Dissoziative St.: Amnesie - Erinnerungslücken
Fugue - "Wanderattaken" z.B. plötzliches und unvermutetes Weggehen von zu Hause oder von der Arbeit
Multiple Persönlichkeitsstörung - krasser Wechsel im Persönlichkeitszustand
Depersonalisation - Gefühl vom eigenen psychischen und körperlichen Befinden losgelöst zu sein

5. Anpassungsst.: Depressive, ängstliche Verstimmung, Verhaltensauffälligkeiten, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder auch körperliche Beschwerden in Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastung

6. Sonst. Störungen: Neurasthenie (Erschöpfung oder Konzentrationsprobleme schon bei geringer Belastung)
Münchhausen-Syndrom (vorgetäuschte Störung)
Simulation (z.B. zum Zwecke der Arbeitsvermeidung usw.)
Renten-, Kompensations- od. Unfallneurose (Verstärkung der Symptome durch die materielle Belohnung)

4.2 Psychotische Beeinträchtigungen (Schizophrenie)

Dieses Krankheitsbild wurde von **Kraepelin** Ende des 19. Jahrhunderts als Dementia praecox (= fortschreitende Verblödung) bezeichnet. Er beschreibt den Verlauf in Schüben und als unaufhaltsam. **Bleuler** prägte 1907 den Begriff der Schizophrenie als eine Störung des Denkens und der Wahrnehmung (später auch Morbus Bleuler genannt) und meinte mit diesem Begriff eine Spaltung geistiger Funktionen (Störung der Assoziation, der Affekte und des Willens).

Das **ICD 10** beschreibt die Schizophrenie als eine Störung des Denkens und der Wahrnehmung und bezieht zur Diagnosenstellung - wie auch das **DSM IV** - einen Zeitfaktor mit ein.

Ein bis zwei eindeutige Symptome (z.B. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Beeinflussungsideen, Kontrollideen, bzw. damit verbundene Wahnvorstellungen, kommentierende oder dialogische Stimmen, anhaltender kulturell unangemessener bzw. bizarrer Wahn) müssen nach **ICD 10** mindestens einen Monat lang kontinuierlich bestehen.

Typische Symptome einer schizophrenen Erkrankung sind:

- **Wahrnehmungsstörungen:** gestörte Filterfunktion führt zu verwirrender Reizüberflutung - oft auch dann, wenn die Umgebung bedrohlich erlebt wird
- **Inhaltliche Denkstörungen:** Wahnphänomene wie Beziehungsideen, Verfolgungswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, religiöser Wahn usw.

- **Formale Denkstörungen:** Abreißen des Gedankenganges - bis hin zu völliger Verwirrtheit
- **Halluzinationen:** meist akustische Halluzinationen in Form von Stimmen, aber auch Geruchs-, Geschmacks-, Berührungs- und optische Halluzinationen
- **Affektive Störungen:** veränderte Intensität emotionaler Reaktionen, z.B. Angst als häufiges Begleitsymptom aufgrund veränderter Wahrnehmung)
- **Verhaltensauffälligkeiten:** z.B. Manierismus: ein eigenartiges geschraubtes, unnatürliches Verhalten; Stupor: die spontanen Aktivitäten nehmen ab, Interessensverlust; Anhedonie: völliger sozialer Rückzug, Vernachlässigung der Körperpflege
- **Antriebsstörungen:** das Antriebsniveau nimmt meist ab, in akuten Episoden kann eine zum Teil massive psychomotorische Unruhe auftreten

Umgang mit Menschen, die unter Symptomen einer schizophrenen Erkrankung leiden:

Zur Verhinderung von Rückfällen ist neben der medikamentösen Behandlung und anderer Therapieformen auch entscheidend, wie BehandlerInnen, BetreuerInnen und Angehörige mit diesen Menschen umgehen.

Um diese Menschen besser zu verstehen, ist es wichtig zu wissen, dass auch nach Abklingen der Akutsymptomatik häufig für längere Zeit noch Restsymptome vorhanden sind, die zu einer Beeinträchtigung des Denkens und der Wahrnehmung führen.

Manchmal nimmt die Krankheit auch einen chronischen Verlauf und bestimmte Symptome bleiben jahrelang oder immer bestehen.

Folgende Störungen können andauern:

- Denkstörungen, Wahnideen, veränderte Wahrnehmung der Umwelt (Halluzination) = Plus-Symptomatik
- Gestörte Beziehungen zu anderen Menschen = Kontaktstörungen
- Zurückgezogenheit, Gleichgültigkeit, Apathie, Inaktivität = Minus-Symptomatik

Wichtig ist:

- Eine Grundhaltung, mit der die Betroffenen in ihrer Eigenart akzeptiert werden.
- Bei Wahnideen fruchten logische Argumente nicht. Es hat keinen Sinn die so genannte "Realität" (z.B. "logische Argumente") dem sogenannten "Wahn" entgegenzustellen.
- Es fördert den Kontakt, den Klienten mit seiner "Wahn-Welt" anzunehmen, das verpflichtet uns jedoch nicht die "Wahn-Welt" des Klienten zu teilen.
- Im akuten Stadium kann es sehr schwierig sein, eine ausreichende Vertrauensbasis aufzubauen.
- Psychotische Menschen brauchen Schutz vor Verwirrung. Sie brauchen klare, einfache Orientierungsmöglichkeiten.
- Sie können keine Doppeldeutigkeiten, keine Unklarheit und keine Reizverarmung brauchen.

- Eigene (machbare) Verantwortungsbereiche und Verpflichtungen geben strukturelle Unterstützung.
- Emotionale Dichte wird als Bedrohung des Ichs erlebt. Die Betroffenen können sich nicht ausreichend abgrenzen.

Hilfreich ist dabei:

- Eine vertrauliche Situation herzustellen, wenige, aber verlässliche und eindeutige Beziehungen zu ermöglichen.
- Zu einer disziplinierten klaren und einfachen Lebensführung anregen.
- In der Nachbetreuung und Rehabilitation muss man ständig abwägen zwischen Reizarmut und Überforderung.
- Manchmal ist es erforderlich den Tagesablauf zu strukturieren ("ein fester Rhythmus gibt Sicherheit").
- Hier ist ein kontinuierliches Abwägen zwischen Gewähren lassen und Anregen von Veränderungen erforderlich.
- Manchmal muss man auch akzeptieren, dass ein chronisch schizophrener Mensch nicht bereit ist "seine Welt" mit uns zu teilen, bzw. sie nach unseren Vorstellungen zu verändern.

Hilfreich ist insbesondere in Bezug auf Arbeit:

- Konzentrationsstörungen machen meist in der beruflichen Rehabilitation Schwierigkeiten. Um den Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag zu unterstützen sind Organisationsformen erforderlich, die eine klare, einfache Aufgabenstellung ermöglichen.
- Sinn und Zusammenhang der Arbeit sollen deutlich erkennbar sein. Arbeitsaufträge sollen erfüllbar sein, obwohl Konzentrationsvermögen, Ausdauer und Zuverlässigkeit schwanken.
- Es darf kein Zeit- oder Erfolgsdruck bestehen und Arbeitsabläufe sollen leicht durchschaubar sein und Routine ermöglichen. In der Gestaltung der Abläufe soll Freiraum für Eigenverantwortlichkeit sein.
- Für schizophrene Menschen hat Arbeit denselben Stellenwert wie für "Gesunde": nämlich Geld verdienen, Aufgabe haben, Selbstwert haben, Status und Bedeutung haben, Kontakt haben, Ärger und Freude haben, Erfolg haben.

Umgang mit Angehörigen:

- Die Geschichte der Psychoseerfahrung ist auch immer eine zentrale Geschichte im Leben der Angehörigen.
- Eltern und Partner wie auch Kinder von Schizophrenen werden häufig von Schuldgefühlen geplagt, fragen sich was sie im Umgang mit ihren Angehörigen falsch gemacht haben.
- Zwischen Staunen und Bestürzung, Selbstanklage und Schuldzuweisung, Hoffnung und Verzweiflung, Ängsten um, aber auch vor den Betroffenen erleben sie, wie ein naher und vertrauter Mensch ihnen fern und fremd werden kann.
- Sich mitzuteilen, Fragen zu stellen und verstehen zu lernen ist darum ein immer wieder geäußerter Wunsch der Angehörigen.

- Es gibt in diesem Spannungsfeld keinen Experten der weiß, wie die richtige Lösung aussieht, sondern es gibt eine Vielzahl von Spezialisten für Detailbereiche (gemeint sind wieder die Betroffenen, die Angehörigen und die verschiedenen Professionisten).
- Betroffene und deren Familien sollen mit Unterstützung von "Experten" die Krankheit verstehen lernen sowie Chancen zur Förderung der seelischen Gesundheit wahrnehmen.

4.3 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Schizophrenie

Die Borderline-Störung wird vielfach auch als "multiple Persönlichkeitsspaltung" bezeichnet (= komplexe, mehrdimensionale Erkrankung). Es handelt sich dabei um Entwicklungsstörungen im Denken, Erleben, Fühlen sowie im (Beziehungs-)Verhalten.

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV sind:

- Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.
- Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet.
- Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühles für sich selbst.
- Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle).
- Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.
- Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, üblicherweise wenige Stunden und nur selten länger als einige Tage andauernd).
- Chronisches Gefühl der Leere.
- Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien).
- Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Leitlinien für ein diagnostisches Interview für Borderline-PatientInnen nach J. G. Gunderson sind:¹²

Affektiv:

- Chronische depressive Verstimmung
- Anhaltende Gefühle von Hilf-, Hoffnungs- und Wertlosigkeit
- Chronischer Ärger, Wut, wütendes, impulsives Verhalten
- Chronische Angst, Einsamkeit, Langeweile und Leere

¹² Das *Diagnostische Interview für Borderline-Patienten* wurde 1978 von Gunderson und Kolb entwickelt und dient der Erfassung der Borderline-Diagnose. Dabei wird neben der individuellen aktuellen Symptomatik des Patienten auch die Entstehung der Erkrankung erfasst.

Es handelt sich hierbei um ein halbstrukturiertes Interview, bestehend aus 123 Fragen, mit denen insgesamt 29 Charakteristika von Borderline-Patienten erfasst werden sollen. Die Fragen werden zu fünf für die Borderline-Diagnose relevante Bereiche gestellt, nämlich: Soziale Anpassung, Impuls- bzw. Handlungsmuster, Affekte, Psychose und zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. Gunderson 1990; Rohde-Dachser 2004; Fiedler 2007; Bateman, Fonagy 2008).

Kognitiv:

- Magisches Denken, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
- Flüchtige, nicht-wahnhafte paranoide Erlebnisse
- Pseudopsychotisches Erleben

Impulskontrollstörungen:

- Drogenmissbrauch
- Sexuell abweichendes Verhalten
- Selbstschädigung, manipulative Selbstmorddrohungen
- anderes manipulatives Verhalten

Interpersonelle Störungen:

- Unfähigkeit allein zu sein, Verlassenheitsängste
- Konflikt zwischen Versorgen und Versorgtwerden
- Intensive, instabile enge Beziehungen, Abhängigkeit
- Abwertendes, manipulatives, sadistisches Beziehungsverhalten

Da es sich bei dieser Störungsgruppe häufig um komplexe, mehrdimensionale Erkrankungen handelt, muss zunächst die Frage geklärt werden, in welcher Reihenfolge die jeweiligen Behandlungsstrategien zur Anwendung kommen, und unter welchen Bedingungen sie durchgeführt werden sollten. Patienten, die selbstschädigende Verhaltensmuster, Zwangsgedanken, affektive Schwankungen und ausgeprägte Schlafstörungen aufweisen haben häufig Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, problematische Partnerschaften und finanzielle Probleme.¹³

4.4 Psychopathische und Soziopathische Persönlichkeitsstörung

Die **Psychopathie** ist eine schwere Persönlichkeitsstörung. Psychopathen manipulieren und handeln, ohne Reue zu empfinden. Sie lügen, betrügen und nutzen ihre Mitmenschen geschickt aus. Dabei sind sie ausgesprochen risikobereit und verhalten sich verantwortungslos.

Psychopathie gilt als eine extreme Form der Dissozialen Persönlichkeitsstörungen. Die Abgrenzung ist wissenschaftlich jedoch nicht klar definiert. Es gibt viele Überschneidungen zwischen den beiden Störungen. Sowohl bei Psychopathen als auch bei Menschen mit dissozialen Persönlichkeitsstörung zeigen die Personen dissoziales Verhalten. Experten gehen aber davon aus, dass Psychopathen stärker emotional beeinträchtigt sind. Sie setzen zum Beispiel hemmungslos Aggression ein, um Kontrolle über andere Menschen auszuüben und ihre Ziele durchzusetzen.

Psychopathie und Kriminalität

Menschen mit Psychopathie sind im Alltag oft nicht von anderen Menschen zu unterscheiden. Sie können jedoch für die Gesellschaft sehr gefährlich werden, da ihnen die Fähigkeit fehlt, sich in andere Menschen einzufühlen. Sie haben keine Schuldgefühle, wenn sie sich unsozial oder gesetzeswidrig verhalten. In Gefängnissen ist die Rate an Psychopathen sehr hoch. Menschen mit Psychopathie gelten potenziell als gefährlichste Straftäter. Durch das fehlende Einfühlvermögen sind manche von ihnen zu äußerst grausamen Gewalttaten fähig. Allerdings wird nicht jeder psychopathische Mensch kriminell. Und umgekehrt ist natürlich nicht jeder

¹³ Vgl. Bohus, Martin: Kognitive Verhaltenstherapie bei Borderline-Störungen, S. 1.

Kriminelle psychopathisch veranlagt. Die Psychopathologie tritt in westlichen Gesellschaften etwa bei 1,5 bis 3,7 Prozent der Bevölkerung auf.¹⁴

Meister der Manipulation

Im Umgang mit anderen Menschen sind Psychopathen sehr manipulativ. Sie wissen, wie sie ihren Charme einsetzen können. Ihre Mitmenschen und auch Fachleute führen sie oft in die Irre, indem sie Schuldgefühle oder Empathie vorspielen. Denn sie wissen sehr genau, welche Reaktionen gesellschaftlich als angemessen gelten. Psychopathen haben aber kein Gewissen, das sie plagt, wenn sie unmoralisch handeln. Die fehlenden Emotionen verschaffen ihnen den Vorteil, dass sie ihre Handlungen sehr rational durchdenken können. Menschen mit Psychopathie gelangen durch diese Fähigkeit schnell in hohe berufliche Positionen. Angst oder Zweifel sind ihnen fremd. Sie verfolgen ihre Interessen ohne Rücksicht auf Verluste oder die Auswirkungen auf andere Menschen zu bedenken.

Psychopathie in Wirtschaft und Unternehmen

Das Pendant zu kriminellen Psychopathen bildet die Gruppe der hoch funktionalen „erfolgreichen Psychopathen“.¹⁵ Obwohl Psychopathie nur eine geringe Verbreitung in der allgemeinen Bevölkerung hat, sind Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung nicht nur in Gefängnissen, sondern auch in höheren Hierarchiestufen überrepräsentiert, etwa sechsfach in Führungspositionen:¹⁶

„Sie rauben keine Bank aus, sie werden Bankenvorstand.“ (Robert D. Hare, Begründer der Psychopathieforschung)

Nach Reinhard Mohn gehen viele Probleme in der Wirtschaft auf Menschen mit psychischen Problemen zurück, insbesondere auf Narzissten und Psychopathen. Psychopathie, Narzissmus und Machiavellismus sind Teil der sogenannten Dunklen Triade.

„Sie sind nicht gewalttätig [...] Der Schaden, den sie aber in unserer Gesellschaft anrichten, ist immens.“ (Niels Birbaumer, Neurobiologe)

„Ein normaler Mensch würde kotzen, wenn er gerade eine Milliarde versammelt hätte. Der Psychopath geht unverdrossen nach Hause und denkt nicht mehr daran.“ (Kevin Dutton, Psychopathieforscher)

Psychopathie: Symptome

Die Symptome der Psychopathie ähneln sehr stark der der dissozialen Persönlichkeitsstörungen. Um die Psychopathie besser differenzieren zu können, hat der kanadische Kriminalpsychologe Robert Hare einen Test zur Erkennung von Psychopathen entwickelt: die Psychopathie Checkliste (PCL-R). Sie enthält folgende 20 Kriterien:¹⁷

¹⁴ Vgl. <https://www.netdoktor.de/krankheiten/dissoziale-persoeneichkeitsstoerung/psychopathie/>

¹⁵ Vgl. Nadine Defiebre / Denis Köhler: Erfolgreiche Psychopathen? Zum Zusammenhang von Psychopathie und beruflicher Integrität; Verlag für Polizeiwissenschaft Prof. Dr. Clemens Lorei, Frankfurt 2012.

¹⁶ Vgl. Heiner Thorborg: Psychopathen in der Chefetage - Zeitbomben mit Schlipps. In: Der Spiegel. 9. April 2015, abgerufen am 27. April 2015.

¹⁷ Vgl. Hare, Robert D.: Gewissenlos. Die Psychopathen unter uns; Springer 2005.

Dimension 1: interpersonell-affektiv

(Kernmerkmale der psychopathischen Persönlichkeit, selbstsüchtig und ausnützerisch - stabil über die Lebenszeit)

- trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme
- erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl
- pathologisches Lügen (Pseudologie)
- betrügerisch-manipulatives Verhalten
- Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein
- oberflächliche Gefühle
- Gefühlskälte, Mangel an Empathie
- mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen

Dimension 2: antisozial-deviant

(Verhaltensstörung, chronisch instabiler und antisozialer Lebensstil - tendenziell Abnahme mit dem Alter)

- Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger), ständiges Gefühl der Langeweile
- unzureichende Verhaltenskontrolle
- frühere Verhaltensauffälligkeiten
- Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen
- Impulsivität
- Verantwortungslosigkeit
- Abwertung anderer Menschen
- Jugendkriminalität
- Verstoß gegen Bewährungsaufgaben bei bedingter Haftentlassung

Weitere Punkte (nicht einer der Subdimensionen zuzuordnen)

- Promiskuität
- viele kurzzeitige eheähnliche Beziehungen
- polytrope (vielgestaltige) Kriminalität

Diese 20 Kriterien werden je nach Ausprägung mit 0 (*keine Ausprägung*), 1 (*teilweise Ausprägung*) oder 2 (*volle Ausprägung*) Punkten bewertet. Ab 25 von insgesamt 40 zu erreichenden Punkten wird ein hoher Psychopathie-Wert konstatiert. Ab einem PCL-R-Wert von 30 Punkten (Cutoff-Wert) erfolgt die Diagnose Psychopathie.¹⁸ Zu beachten ist jedoch, dass die Kriterienauswahl der Psychopathie-Checkliste (*PCL-R*) von Robert D. Hare zur Diagnostik im forensischen Bereich für straffällig gewordene Psychopathen entwickelt wurde und für sozial angepasste Psychopathen (siehe oben „Psychopathie in Wirtschaft und Unternehmen“),

¹⁸ Vgl. Henning Ernst Müller (Uni Regensburg): Die PCL-R von Hare aus kriminologischer und strafprozessrechtlicher Sicht. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. - Sektion Rechtspsychologie, 17. November 2012, abgerufen am 27. April 2015.

bei denen die Dimension 2 schwächer ausgeprägt bzw. in Erscheinung getreten ist, wenig geeignet ist.¹⁹

Psychopathie: Behandlung

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung kann bislang nicht ausreichend behandelt werden. Die Betroffenen sehen keinen Grund, warum sie sich oder ihr Verhalten ändern sollten. Menschen, die psychisch oder körperlich krank sind, haben in der Regel einen Leidensdruck und gehen zum Arzt oder Therapeuten, damit dieses Leid verringert wird. Menschen mit Psychopathie empfinden jedoch kein Leid. Zudem lügen sie häufig und versuchen, ihre Mitmenschen zu manipulieren. Dies und die Gefühllosigkeit anderen Menschen gegenüber machen eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Therapeuten, die für den Erfolg einer Behandlung entscheidend ist, unmöglich. Auch Psychopharmaka zur Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung scheinen keine überzeugende Wirkung zu zeigen.

Menschen mit Psychopathie können ihre Krankheit oft gut verheimlichen. Sie können den Therapeuten in die Irre führen, indem sie Empathie vortäuschen. Psychopathen haben oft einen starken inneren Trieb Gewalt und Macht auszuüben. Dieses Verlangen kann man in der Therapie nicht löschen. Manche Psychopathen lernen allerdings in der Therapie, diesen Trieb besser zu kontrollieren.²⁰

Schutz vor Menschen mit Psychopathie

Psychopathen begegnen uns im Alltag. Es kann der eigene Chef sein, der Partner oder ein Freund. Da Menschen mit Psychopathie selbst für Experten schwer zu erkennen sind, ist es wichtig, genau hinzusehen. Personen, die übermäßig selbstbewusst, schlagfertig und nur oberflächlich an anderen interessiert sind, sollten einen skeptisch machen. Besonders herausfordernd ist es, sich nicht von großartigen Versprechungen oder überwältigenden Reden blenden zu lassen. Menschen mit Psychopathie wollen die absolute Kontrolle über andere Menschen haben. Grenzen zu ziehen und einzuhalten, kann einen vor dem unguten Einfluss von Menschen mit Psychopathie schützen.²¹

Soziopathie

Soziopathie, ein Kunstwort aus lateinisch *socius* „Gefährte, Genosse“ und altgriechisch *páthos* ‚Leiden‘ ist ein Begriff der angloamerikanischen Psychiatrie für eine psychische Störung vor allem des Sozialverhaltens der Person.²²

Geprägt wurde der Begriff 1909 von Karl Birnbaum, populär wurde er allerdings erst nach 1930 durch George Partridge. Die heutige Bedeutung des Begriffes **Soziopath** bezieht sich entweder auf psychopathische Personen, die nicht oder nur eingeschränkt fähig sind, Mitgefühl zu empfinden, sich nur schwer in andere hineinversetzen können und die Folgen ihres Handelns nicht abwägen können, oder - anderen Definitionen gemäß - unterscheiden sich Soziopathen von Psychopathen u. a. dadurch, dass sie grundsätzlich zu (funktionaler) Empathie

¹⁹ Vgl. Hedwig Eisenbarth: PsychopathINNEN - mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede? In: Saimeh, Nahlah: Das Böse behandeln (Seite 1-8), Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie, Band 1, MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2014.

²⁰ Vgl. <https://www.netdoktor.de/krankheiten/dissoziale-persoenslichkeitsstoerung/psychopathie/>

²¹ Vgl. ebenda.

²² Vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Soziopathie>

befähigt sind, sich aber dennoch antisozial verhalten.²³ In der Beziehung mit Menschen mit soziopathischen Persönlichkeitsanteilen geht es ebenfalls in erster Linie um Selbstschutz.²⁴

4.5 Beeinträchtigungen durch Sucht (Suchtstörungen)

Definition von Sucht:

Sucht ist ein Zustand chronischer oder periodischer Berausung durch die wiederholte Einnahme einer natürlichen oder synthetischen Droge (WHO).

Typische Kennzeichen von Sucht sind:

- der überwältigende Wunsch oder das Bedürfnis, den (Drogen-) Gebrauch fortzusetzen und sich das Mittel unter allen Umständen zu verschaffen,
- die Tendenz die Dosis zu erhöhen,
- psychische und physische Abhängigkeit von der Wirkung der Substanz und eine
- zerstörerische Wirkung auf den Einzelnen und die Gemeinschaft.

Beispiele von Suchtformen:

a) Nichtsubstanzgebundene Suchtformen:

z.B. Essstörungen, Spielsucht, Fernseh- und Videosucht, Computersucht, süchtiges Verhalten im Sport, süchtiges Risikoverhalten, süchtiger Umgang mit Sexualverhalten

b) Substanzgebundene Suchtformen:

b1) legale Suchtmittel: Alkohol, Nikotin, Koffein, Schnüffelstoffe, Schmerzmittel, manche Medikamente

b2) illegale Suchtmittel: Opiate (Opium, Morphin, Heroin), Kokain und Crack, Cannabis, Halluzinogene (LSD, Pilze), Stimulanzien

Erklärungsmodelle zur Sucht:

- aus der Sicht der Psychologie:
 - Antwort auf Sehnsucht, Suche nach Halt
 - erworbene Verhaltensanomalie
 - ein Versuch, aus belastenden Alltagssituationen zu entfliehen
 - neurotische Fehlentwicklung
 - ein Versuch, auf kürzestem Weg zu einem höchstmöglichen Maß an Lustgewinn zu gelangen
 - Regression auf eine frühkindliche Entwicklungsstufe mangelnder Selbstverantwortung und Triebsteuerung

²³ Vgl. Henning Saß: Psychopathie - Soziopathie - Dissozialität: Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie). Springer Verlag, Heidelberg 1986.

Martha Stout: Der Soziopath von nebenan. Die Skrupellosen: ihre Lügen, Taktiken und Tricks (Originaltitel: The Sociopath Next Door übersetzt von Karsten Petersen); Springer, Wien 2006.

Birger Dulz / Peer Briken / Otto F. Kernberg / Udo Rauchfleisch: Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung; Schattauer Verlag, Stuttgart 2015.

²⁴ Vgl. Handler, Beate: Monster von nebenan. Wie gut kennen Sie Ihren Nachbarn?; Goldegg 2011.

- aus Sicht der Medizin:
 - körperliche Abhängigkeit von der Substanz
 - nach Absetzen treten körperliche und psychische Entzugserscheinungen auf
 - psychische Abhängigkeit
- aus Sicht der Soziologie:
 - Rausch und Betäubung spielen in jeder Gesellschaft eine Rolle
 - Suchtmittelkonsum ist ein Bedürfnis, das zum Menschen gehört (Dionysos-Kult, Friedenspfeife, Trinksitten)
- aus Sicht der Theologie:
 - Suche nach neuen moralisch-ethischen Werten
 - Suche nach einem tieferen Sinn des Da-Seins, des Mensch-Seins
 - Geistige Verarmung, Vakuum an Idealen

Kriterien von Sucht sind:

- Kontrollverlust - die Unfähigkeit, mit einem bestimmten Mittel oder Verhalten kontrolliert umzugehen
- Wiederholungszwang / Abstinenzunfähigkeit - Unfähigkeit, auf Dauer auf ein bestimmtes Mittel oder Verhalten verzichten zu können.
- Toleranzbildung - ist ein pharmakologisches Phänomen, das bei jedem Menschen auftritt. Wenn man eine Substanz einige Zeit regelmäßig nimmt, lässt die Wirkung bei gleicher Dosis nach. Daraus folgt das Verlangen nach Dosissteigerung.
- Entzugserscheinungen - sind physische und/oder psychische Reaktionen, wenn das Suchtmittel nicht mehr zur Verfügung steht.
- Interessenabsorption - das Suchtmittel, dessen Konsum und Beschaffung bestimmen weitgehend das alltägliche Leben. Anderes tritt immer stärker in den Hintergrund (Suchtspirale).

4.6 Affektive Beeinträchtigung (Manie und Depression)

Definition: Eine oder mehrere manische oder depressive Krankheitsphasen, die sich vom bis dahin bestehenden Stimmungsniveau deutlich abheben.

Symptome der Manie:

- Gehobene, eventuell auch gereizte Stimmungslage
- Antriebssteigerung
- Überaktivität, gesteigerter Selbstwert
- Herabgesetzte Kritikfähigkeit (Größenideen)
- Rededrang oder Ideenflucht
- Vermindertes Schlafbedürfnis

Symptome der Depression:

- Rasche Ermüdbarkeit bzw. ständige Müdigkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis
- Verlust von Interesse, Vermeidungsverhalten

- Gefühlsleere, Freudlosigkeit und Verlust der Genussfähigkeit
- Antriebsstörungen, sozialer Rückzug
- Niedergeschlagene, manchmal auch gereizte Stimmung
- Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen
- Schlafstörungen (Einschlafen und/oder Durchschlafen)
- Appetitlosigkeit und Verlust der Libido
- Körperl. Symptome (Gewichtsverlust, Schwindel, Herzprobleme, Atembeschwerden u.a.)
- Obstipation, trockener Mund
- Herabgesetztes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit und Ängste
- Schuldgefühle bis hin zum Schuld- und Verarmungswahn
- Selbstmordgedanken, -impulse, -handlungen

Ursachen:

- Es ist bekannt, dass die Erkrankung familiär gehäuft auftritt ohne sichere Hinweise für genetische Faktoren.
- Biorythmusstörungen, die sowohl die zirkadiane Rhythmik (Tagesrhythmik) als auch jahreszeitliche Schwankungen betreffen
- Verschiebungen im Neurotransmittergleichgewicht (Serotonin, Dopamin, Noradrenalin).
- Psychologische Faktoren können Krankheitsphasen auslösen, aber auch zur Aufrechterhaltung von Symptomen beitragen.
- Soziale Faktoren: Frauen sind im Vergleich zu Männern im Verhältnis 2 : 1 häufiger betroffen. Die Ursachen für dieses Phänomen sind vielfältig.
- Organische Faktoren, die die Entwicklung depressiver Symptome fördern können sind:
 - endokrine (hormonelle) Störungen
 - Alkohol, Drogen, diverse Medikamente
 - chronische Schmerzen
 - chronische Krankheiten (Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, etc.)
 - verschiedene Infektionskrankheiten (wie z.B. Tuberkulose)
 - Demenzen
 - Gefäßerkrankungen

Verlauf:

- Die Dauer der Episoden schwankt stark. Sie kann zwischen Wochen und Jahren variieren, wobei die depressiven Phasen eher länger andauern als die manischen.
- Im Gegensatz zu schizophrenen Erkrankungen kommt es bei manisch-depressiven Erkrankungen selten zu Residualsymptomen. Es können aber erhebliche ökonomische oder soziale Beeinträchtigungen die Folge sein.
- Bei jeder Art von depressiver Erkrankungen besteht ein Selbstmordrisiko, dessen Abschätzung im Umgang mit depressiven Klienten wichtig ist. Wichtig und entlastend ist es, das Thema "Selbstmord" anzusprechen.

4.7 Beeinträchtigung durch „Demenz“: Der geistig beeinträchtigte Mensch

Das dementielle Syndrom, als Folge einer Erkrankung des Gehirns, verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend, unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Diese Symptome gehen auch gelegentlich voran.

Insbesondere die Alzheimer-Demenz ist im Zunehmen. Alzheimer ist (k)eine Alterserscheinung. Grund für Alzheimer ist eine Stoffwechselstörung im Gehirn - es kommt zum Verklumpen von Eiweißen. Die Alzheimer-Krankheit ist eine chronische, langsam fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die zu Störungen des Gedächtnisses, der Sprache, des Denkvermögens, des Erkennens und der Handhabung von Gegenständen sowie der örtlichen Orientierung führt.

Die Alzheimer-Krankheit kann auch Menschen um das 50. Lebensjahr treffen. Sich steigernde Vergesslichkeit weist bei zwei Drittel der Betroffenen auf Alzheimer hin. Zeitweise Desorientiertheit kann Alzheimer anzeigen und soll abgeklärt werden. In Österreich gibt es rund 90.000 Alzheimer-Kranke und etwa 80.000 anderen Demenzpatienten. Nur 10 % der Alzheimer-Kranken stehen in ärztlicher Betreuung. Im Schnitt wird um 4 Jahre zu spät diagnostiziert. Früherkennung und Therapie können den geistigen Verfall hinauszögern.

Bei der Demenz kommt es zu einer entscheidenden Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit und gewöhnlich auch zu Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönliche Hygiene, bei Körperausscheidungen und der Benutzung der Toilette. Wie sich die Beeinträchtigung äußert, hängt stark von den sozialen und kulturellen Gegebenheiten ab, in denen die betroffene Person lebt. Veränderungen der sozialen Leistungsfähigkeit, wie die zunehmende Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu finden oder zu behalten, sind nicht als Kriterium für eine Demenz zu werten, wegen der großen trans- oder sogar interkulturellen Unterschiede hinsichtlich des Stellenwertes und der Möglichkeiten zur Arbeitsaufnahme.

4.8 Beeinträchtigung durch “Burn-out” (Burnout-Syndrom): Der erschöpfte Mensch

Das Burnout-Syndrom ist ein Prozess, der in der Regel durch berufsbezogene Stressoren ausgelöst wird, und über charakteristische Zwischenstadien zu totaler Erschöpfung führt. Chronische Überforderung - oder auch Unterforderung! - in Verbindung mit hoher Verantwortung und Zeitdruck ist auslösend. Risikofaktoren für die Entwicklung von Burnout sind hohe Ansprüche und Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit.

In Zusammenhang mit der Tätigkeit können unklare Erfolgskriterien, geringer Handlungsspielraum und die Beschäftigung mit unklar definierten, alltagsnahen Schwierigkeiten besonders belastend sein. Die Kenntnis von Burnout-Anzeichen kann hilfreich sein, um durch Ver-

haltensänderungen rechtzeitig die Entwicklung des vollen Burnout-Syndroms zu verhindern, bzw. den Prozess umzukehren.

Indikatoren / Anzeichen für Burnout:

- Nicht zur Arbeit gehen wollen
- Fortgesetztes Klagen wegen Arbeitsunlust oder Überforderung
- Sich wie abgeschnitten von der Welt fühlen
- Das Leben dumpf und schwer erleben
- Irritierbarkeit, Ablenkbarkeit, Gereiztheit und Unduldsamkeit, insbesondere auch zu Hause
- Häufige Erkrankungen ohne erkennbare Ursache
- Flucht und Selbstmordgedanken

5. Der Mensch in der Krise

Definition:

Unter psychischer Krise versteht man nach Caplan (1964) und Cullenberg (1978) den Verlust des inneren (seelischen) Gleichgewichtes, den der Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er (im Augenblick) nicht bewältigen kann weil sie von Art und Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.

Merkmale einer psychischen Krise:

- Verlust des inneren Gleichgewichtes
- Überforderung durch Lebensumstände
- Keine (ausreichende) Handlungsmöglichkeit
- Belastende Emotionen wie Angst, Druck etc.

Wichtig für die Intervention ist die Kenntnis von:

- Krisenanlass (z.B. Lebensveränderungskrise oder traumatische Krise?)
- inneren Bedeutung (d.h. der Stellenwert, den das Ereignis im Leben des Betroffenen hat)
- Verlauf (Schock, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase)
- der sozialen Situation (Beziehungsnetz?)

Zum Verlauf von Krisen:

Veränderungskrisen:

- 1. Phase: Konfrontation**
Konfrontation mit Ereignis
- 2. Phase: Misslingen**
Lösungsversuch misslingt
Gefühl des Versagens
- 3. Phase: Lösung o. Resignation**
Mobilisierung der Bewältigungskapazitäten führt zu
 - a) Lösung, Bewältigung oder
 - b) Resignation, Rückzug
 CHRONIFIZIERUNGSGEFAHR
- 4. Phase: Neuanpassung**
Vollbild der Krise mit innerer Lähmung oder ziellose Aktivitäten
Zuletzt Neuanpassung mittels konstruktiver oder destruktiver Strategien

Traumatische Krisen:

- 1. Schockphase**
Erstarrung oder chaotisch-ungesteuerte Aktivität
- 2. Reaktionsphase**
Konfrontation mit Realität
Versuche, sie zu ignorieren
FIXIERUNGSGEFAHR
CHRONIFIZIERUNGSGEFAHR
- 3. Bearbeitungsphase**
Lösung von Trauma und Vergangenheit
- 4. Neuorientierung**
Neuer Selbst- und Weltbezug

Gefahren im Umgang mit Krisen bei anderen:

- Vorschnelle Tröstung ("Das wird schon wieder ...")
- Ermahnung ("Jetzt reiß' dich doch zusammen!")
- Belehrung ("Wenn du das so gemacht hättest ...!")
- Herunterspielen ("Ist doch nicht so schlimm ...")
- Ausfragen und Analysieren ("Was haben Sie da gemacht ...?")
- Vorschnelle Aktivitäten entwickeln ("Das machen wir jetzt so!")

Wichtig ist hingegen:

- Den anderen annehmen, wie er/sie ist. Wertschätzenden Kontakt, Beziehung aufbauen.
- Erfassen der Situation aus Sicht und Erleben des anderen. Dort anfangen, wo der/die andere steht – ihn/sie in seinem/ihrem Problemerleben "abholen".
- Einschätzen der Krise, insbes. Suizidrisiko oder sonstige gravierende Auswirkungen.
- Einbeziehen bestehender Hilfsysteme, ggfs. Kontaktierung kompetenter Stellen.
- Abklärung weiterer Begleitung und der Arbeit an der Bewältigung.

6. Literaturverzeichnis

- Amendt, Gerhard: Das Leben unerwünschter Kinder; Fischer 1992.
- Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit; dgvt 1997.
- Assfalg, Reinhold: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit; Neuland 2003.
- Auerbach, Christian: Wie entsteht Gesundheit? In: Taijiquan & Qigong-Journal, Heft 2, 4/00, S. 22-27
- Badura, Bernhard et al.: Betriebliches Gesundheitsmanagement; Edition Sigma 1999.
- Bandelow, Borwin: Wenn die Seele leidet. Handbuch der psychischen Erkrankungen; Rowohlt 2011.
- Bäumel, Josef: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer, Einführung für interessierte Laien; Springer 2008.
- Berry, C. R.: Die Erlöserfalle. Lust und Frust der Helfertypen; Econ 1993.
- Bohus, Martin: Borderlinestörung. Fortschritte der Psychotherapie; Hogrefe 2002.
Dsb.: Borderline-Störung; in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie; Springer 2009, S. 534-559.
- Bondy, Brigitta: Was ist Schizophrenie? Verlag C. H. Beck 1994.
- Burck, Eskil: Angst - Was hilft wirklich gegen Angst und Panikattacken? Die effektivsten Strategien gegen Angst und Panik aus Sicht der Forschung; Books on Demand 2019.
- Brosch, Renate / Juhnke, Günter: Sucht in Österreich; Orac 1993.
Dsb.: Jugend und Sucht; Orac 1995.
- Bosch, Werner: Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer; Orac 2003.
- Burisch, Matthias: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung; Springer 1994.
- Cullberg J. (1978) Krisen und Krisentherapie. Psychiatrische Praxis, 5, S. 25-34.
- Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Sprache der Seele. Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder; C. Bertelsmann 1992.
- Defiebre, Nadine / Köhler, Denis: Erfolgreiche Psychopathen? Zum Zusammenhang von Psychopathie und beruflicher Integrität; Verlag für Polizeiwissenschaft Prof. Dr. Clemens Lorei, Frankfurt 2012.
- Dethlefsen, Thorwald / Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Weg; Goldmann 1991.
- Dietrich, Reinhold: Analytische Bioenergetik; Eigenverlag Dietrich 1990.
- Dietze, K: Alkohol und Arbeit; Orell Füssli 1992.
- Dörner, Klaus u.a.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie; Psychiatrie 2016.
- Dulz, Birger / Briken, Peer / Kernberg, Otto F. / Rauchfleisch, Udo: Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung; Schattauer Verlag, Stuttgart 2015.
- Eisenbarth, Hedwig: PsychopathINNEN - mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede? In: Saimeh, Nahlah: Das Böse behandeln (Seite 1-8), Eickelborner Schriftenreihe zur Forensischen Psychiatrie, Band 1, MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2014.
- Faust, Volker: Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann; C.H.Beck 2007.
- Fassel, Diane: Wir arbeiten uns noch zu Tode. Die vielen Gesichter der Arbeitssucht; Knaur 1999.
- Fengler, Jörg: Helfen macht müde; Reihe Leben lernen 77, Pfeiffer Verlag 1996.
- Feser, H.: Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeitern; Sauer Verlag 1997.
- Frankfurter Lehrtherapeutenteam (Hg.): Sucht in systemischer Perspektive. Theorie - Praxis - Forschung; Vandenhoeck & Ruprecht 1998.
- Freudenberger, Herbert / North, Gail: Burn-out bei Frauen; Krüger 1992,
- Gühne, Uta u.a.: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige; Springer 2019.
- Haller, Reinhard: (Un)Glück der Sucht. Wie Sie Ihre Abhängigkeit besiegen; Ecowin 2007.
- Handler, Beate: Monster von nebenan. Wie gut kennen Sie Ihren Nachbarn?; Goldegg 2011.
- Hammer, Matthias / Plöbl, Irmgard: Irre verständlich. Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam unterstützen; Psychiatrie Verlag 2012.
- Hare, Robert D.: Gewissenlos. Die Psychopathen unter uns; Springer 2005.
- Hell, Daniel: Die Sprache der Seele verstehen; Herder 2002.
Dsb.: Welchen Sinn macht Depression? Rowohlt Tb 1994.
- Henzl, Siegfried (Hg.): Krankheit, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion; EV 1998.
- Joseph, Betty / Vorspohl, Elisabeth: Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung; Klett-Cotta 1994.
- Kast, V.: Lebenskrisen werden Lebenschancen. Wendepunkte des Lebens aktiv gestalten; Herder 2003

- Köhler, Thomas: Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie; Kohlhammer 2017.
- Kolitzus, Helmut: Ich befreie mich von deiner Sucht. Hilfen für Angehörige von Suchtkranken; Kösel 2003.
- König, Karl: Arbeitsstörungen und Persönlichkeit; Psychiatrie-Verlag 1998.
- Lenfers, H.: Alkohol am Arbeitsplatz, Luchterhand 1993.
- Malchow, C.P / Kanitz, R.-D. / Dilling, H.: ICD-10 Computer-Tutorial: Psychische Störungen; Verlag Hans Huber 1995.
- Maslach, C. / Leiter, M. P.: Die Wahrheit über Burnout. Wie Organisationen Stress verursachen und was man dagegen tun kann; Springer 2001.
- Merl, Harry: Gesundheit und Krankheit aus systemischer Sicht; in: Brandl-Nebehay, A. et al. (Hg.): Systemische Familientherapie; Facultas 1998, S. 107 ff.
- Merl, Mario: Das Gesundheitsbild; in: Zellkern. Wegweiser zum Leben (Zeitschrift); Ausgabe 9, 2/2000, S. 4-5.
- Müller, Henning E.: Die PCL-R von Hare aus kriminologischer und strafprozessrechtlicher Sicht. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V., Sektion Rechtspsychologie, 17. November 2012, abgerufen am 27. April 2015.
- Navarrow, Joe: Die Psychopathen unter uns. Der FBI-Agent erklärt, wie Sie gefährliche Menschen im Alltag erkennen und sich vor ihnen schützen; mvg 2014.
- Nuber, Ursula: Depression, die verkannte Krankheit; Kreuz-Verlag 2000.
- Payk, Theo R.: Checkliste Psychiatrie; Georg Thieme 1992.
- Rennert, Monika: Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet; Lambertus, 3. Aufl. 2012.
- Retzer, Arnold / Simon, Fritz B.: Therapeutische Schnittmuster -Ein Projekt; in: Familiendynamik, Heft 3 (23), 1998, S. 303 ff.
- Riemann, Fritz: Grundformen der Angst; Reinhardt-Verlag 2002.
- Rohde-Dachser, Christa: Das Borderline Syndrom; Verlag Hans Huber 1995.
- Sachse, Rainer: Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten; Psychiatrie Verlag 2010.
- Saß, Henning: Psychopathie - Soziopathie - Dissozialität: Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie). Springer 1986.
- Schaeff, Anne Wilson: Im Zeitalter der Sucht; dtv 1991.
Dsb.: Die Flucht vor der Nähe; dtv 1992.
Dsb.: Co-Abhängigkeit; Wilhelm Heyne Verlag 1999.
- Schaeff, Anne Wilson / Fassel, Diane: Suchtsystem Arbeitsplatz; dtv 1994.
- Schanz, G. et al: Alkohol in der Arbeitswelt; dtv 1995.
- Schmieder, A.: Alkohol & Co; Thieme 1992.
- Schulz, K. H. / Kugler, J. / Schedlowski, M. (1997): Psychoneuroimmunologie - ein interdisziplinäres Forschungsfeld; Hans Huber.
- Seligman, Martin E.P. / Petermann, Franz: Erlernte Hilflosigkeit; Beltz 2000.
- Servan-Schreiber, David: Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente; Goldmann 2006.
- Sonneck, Gernot (Hg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen; UTB 2016.
- Sternberg, E. M. / Gold, P. W. (1999): Psyche, Stress und Krankheitsabwehr; Spektrum der Wissenschaft, Dossier Stress, S. 32-39.
- Stout, Martha: Der Soziopath von nebenan. Die Skrupellosen: Ihre Lügen, Taktiken und Tricks; Springer 2010.
- Straube, Eckart: Zersplitterte Seele oder Was ist Schizophrenie? Fischer 1992.
- Sturm, Eckhard: Das Salutogenese-Konzept; in: Zukünfte, Zeitschrift für Zukunftsgestaltung und vernetztes Denken, 9. Jg./2000, Heft 32, S. 17 ff.
- Thorborg, Heiner: Psychopathen in der Chefetage - Zeitbomben mit Schlipps. In: Der Spiegel. 9. April 2015, abgerufen am 27. April 2015.
- Uhl, Alfred / Kopf, Nikolaus / Springer, Alfred u.a.: Handbuch Alkohol - Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends; Hg. Republik Österreich: BMSG 2002.
- Weiländer, Georg: SehnSucht nach der „erträglichen Leichtigkeit des Seins“. Entstehung und Bedeutung von Drogensucht aus systemischer Sichtweise; in: sub 4/96, S. 30-40.

WHO-Weltgesundheitsorganisation: ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, hg. von Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H.; Hogrefe 2015.

Wimmer, Karl (Juli 2001): Gesundheit und Wellness in systemischer Sicht; in: www.wimmer-partner.at/aktuell.htm

Wormer, Eberhard J.: Bipolar - mit extremen Emotionen leben. Wege zur Hilfe und Selbsthilfe bei manisch-depressiver Erkrankung; Humboldt 2018.

Elektronisches Nachschlagewerk:

HELP-CD, erstes österreichisches Sozialtelefonbuch, 1999, www.help-cd.at

BILANCIA, Diehlgasse 1a/12/18, 1050 Wien; Tel/Fax 01/5444046

ICD-10 Computer-Tutorial: Psychische Störungen. Software und Handbuch. Programmkonzeption, Programmbeschreibung und Gebrauchsanleitung.