Diagnosen

Friedrich Leidinger

BApK
Der Angehörigenverband

Diagnosen

Friedrich Leidinger

BApK
Der Angehörigenverband

Impressum

Herausgeber:
BApK. Der Angehörigenverband.
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Text und Redaktion:
Friedrich Leidinger, Kerstin Trostmann

Grafische Gestaltung: Agentur milchstrassenfieber, Köln

Druck: Siebengebirgs-Druck, Bad Honnef

Stand: 05/2025

Inhalt

Was bedeutet es „psychisch krank“ zu sein?	S. 6
Medikamente	S. 10
Depressive Störungen	S. 12
Manie / Bipolar	S. 16
Angststörungen	S. 20
Zwangsstörungen	S. 24
Persönlichkeitsstörung	S. 26
Schizophrenie	S. 30
Allgemeine Hinweise zu Medikamenten	S. 35
Weitere Informationen	S. 37

Was bedeutet es „psychisch krank“ zu sein?

Diese Broschüre wendet sich an Angehörige von Menschen, die nicht nur unter einer kurzfristigen, vorübergehenden Verstimmung leiden, sondern längere Zeit mit einer psychischen Krankheit leben.

Psychische Erkrankungen haben meistens eine gute Prognose. Manchmal bessern sie sich spontan oder bilden sich völlig zurück. Und sie lassen sich fast immer gut und mit Erfolg behandeln. Dennoch: Psychische Störungen gehen in aller Regel nicht „einfach so" weg. Sie können das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen nachhaltig prägen. Und manche Krankheiten dauern unter Umständen ein Leben lang.

Doch was bedeutet es genau, „psychisch krank" zu sein? Angehörige bemerken oft als erste eine Veränderung der Persönlichkeit. Die Familie registriert besorgt ein „merkwürdiges" Verhalten, Kollegen oder Freundinnen reagieren verunsichert auf veränderte Reaktionen, ein auffälliges Verhalten. Aber was eine Gesellschaft als „normal" definiert und was als „verrückt", verändert sich und ist oft willkürlich. Auch das subjektive Empfinden, mit dem Leben nicht wirklich zurechtzukommen, muss allein noch kein Anzeichen für eine psychische Erkrankung sein.

Von einer psychischen Krankheit sprechen wir dann, wenn sich eine Person nicht mehr oder nur erheblich eingeschränkt so verhalten kann, wie sie es nach ihrem freien Willen täte oder wie eine bestimmte Situation es erfordert, und wenn sie Leid, Schmerz oder Angst verspürt, ohne dass sich das auf eine körperliche Ursache oder äußere Umstände zurückführen lässt.

In der Wissenschaft herrscht ein breiter Konsens darüber, dass eine psychische Erkrankung sich nie auf eine alleinige Ursache zurückführen lässt.

Zu ihrer Entstehung tragen körperliche Faktoren (Vererbung, Konstitution, Stoffwechsel) sowie psychologische und soziale Faktoren (Biografie, Erziehung, Sozialisation, Lebensbedingungen) bei.

Wie diese Faktoren zur Entwicklung einer psychischen Störung beitragen, ist ziemlich gut erforscht: Die individuelle Fähigkeit zum Aushalten von Stress ist abhängig von der angeborenen Veranlagung und kann durch körperliche Erkrankungen, Erkrankungen des Gehirns, Konsum von Alkohol und anderen Drogen oder schwere seelische oder soziale Belastungen beeinträchtigt werden. Der Mensch wird besonders empfindlich. Kommt es dann zu anhaltender Überforderung, sei es durch Dauerstress oder eine akute Krise, so kann sich als Ausweg eine psychische Störung entwickeln. Der oder die Betroffene hat, wie man sagt, eine „dünnere Haut" als andere und kann sich gegen Belastungen schwerer abgrenzen und schützen. Diesen Mechanismus bezeichnet man als „Vulnerabilität-Stress-Modell".

Bei einer bestimmten Gruppe von psychischen Störungen steht eine körperliche Ursache im Vordergrund. Das kann eine Vergiftung (Alkohol, Drogen) oder eine Erkrankung des Gehirns (z.B. Hirntumor, Gehirnentzündung) oder eine andere körperliche Erkrankung sein. Solche Störungen nennt man „organische" oder „symptomatische psychische Störungen". Sie bilden sich zurück, wenn die ursächliche Erkrankung geheilt ist. Ihr Erscheinungsbild lässt sich meist nicht von anderen psychischen Störungen ohne konkrete körperliche Ursache unterscheiden. Daher muss beim ersten Auftreten einer psychischen Störung immer eine sorgfältige körperliche Untersuchung des ganzen Menschen stattfinden, um sicher zu sein, dass keine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung übersehen wird.

Eine Diagnose hat in der Medizin die Funktion, einen Leidenszustand so zu beschreiben, dass er verständlich und behandelbar wird. Die Diagnose verleiht der betroffenen Person den Krankenstatus und begründet einen Hilfeanspruch – das gilt auch für psychische Erkrankungen.

Die Diagnose einer psychischen Störung findet man nicht über Laborwerte oder typische Röntgenbefunde, auch Fragebögen geben nur einen Hinweis auf Abweichungen von bestimmten Normwerten.

Für eine psychiatrische Diagnose gilt es, alle hier genannten Aspekte zu bedenken und abzuwägen. Eine gute Diagnose formuliert keine endgültige Wahrheit, sondern hat den Charakter einer Hypothese. Sie sucht, die Krankheitszeichen sinnvoll zu ordnen, ist offen für neue Erkenntnisse und bezieht jederzeit die Betroffenen und ihre Angehörigen in diese Suche ein. Deswegen steht im Zentrum einer guten psychiatrischen Diagnostik ein Gespräch auf Augenhöhe, ein „sokratischer Dialog" von Psychiaterin und Patient, in dem die fachliche Expertise der einen und die subjektive Erfahrung des anderen zusammengeführt werden. Wenn dieser Dialog um eine Dritte, eine Angehörige, erweitert wird, spricht man vom „Trialog". So kann eine solide Basis für schlüssige und wirksame Behandlungsangebote geschaffen werden.

Aus der psychiatrischen Diagnose folgt die psychiatrische Behandlung. So wie die Diagnose unterschiedliche Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen zu berücksichtigen hat, so muss auch die Behandlung auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und die jeweiligen Heilmittel zu einem sinnvollen Ganzen verbinden. Das setzt eine sorgfältige Planung gemeinsam mit dem Betroffenen und den Angehörigen voraus. Unverzichtbar ist dabei eine zuverlässige und vertrauensvolle Beziehung zu einer therapeutisch kompetenten Person, die den Betroffenen über die ganze Dauer des Behandlungs- und Heilungsprozesses sicher begleitet.

Im Folgenden werden einige in der Psychiatrie besonders häufige Diagnosen kurz vorgestellt. Nicht aufgeführt sind „organische Psychosen" (Demenzerkrankungen, Delir u. a.) und die große Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen, für die ein eigenes Hilfesystem existiert. Problematischer Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen spielt allerdings bei vielen psychischen Störungen eine Rolle und muss daher immer mit bedacht werden.

Medikamente

Medikamente, sogenannte Psychopharmaka, spielen in der Psychiatrie eine wichtige Rolle. Sie können die Betroffenen vor allem bei starker Unruhe, Angst oder Erregung entspannen und beruhigen und die Voraussetzungen für einen therapeutischen Zugang verbessern. Ganz allgemein aber können sie die Erkrankung nicht heilen, sondern nur die Symptome lindern. Daher sind sie kein Ersatz für eine Therapie.

Depressive Störungen

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Jede vierte Frau und jeder achte Mann erkrankt einmal im Leben an einer Depression. Depressionen zeigen sich zumeist bei Menschen in der Lebensmitte und im höheren Lebensalter, es gibt aber auch Depressionen bei Jüngeren, auch bei Kindern und Jugendlichen.

Da eine Depression typischerweise einen Beginn und einen Abschluss hat, spricht man von einer „depressiven Episode". Die Hauptsymptome einer Depression sind eine niedergeschlagene Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung. Hinzu kommen Gefühle der Minderwertigkeit oder des Verlusts an Bedeutung, unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod, mangelnde Aufmerksamkeit für das Geschehen in der Umgebung und verminderte Konzentration, Einschränkungen der Merkfähigkeit und des Denkvermögens, psychomotorische Verlangsamung oder Erstarrung sowie Schlaf- oder Appetitstörungen. Es besteht eine erhöhte Suizidgefahr.

Eine Depression hat immer vielfältige Ursachen. Dazu gehören genetische Faktoren und lebensgeschichtliche Erfahrungen. Viele depressiv erkrankte Menschen haben in ihrer Geschichte einen gravierenden Verlust erlebt. Aber auch körperliche Belastungen oder Erkrankungen können eine Depression herbeiführen.

Depressive Menschen leiden häufig unter einem Mangel an Zuspruch, Ermunterung oder Bestätigung infolge fehlender sozialer Kontakte, sozialer Benachteiligung oder geringer Beziehungsfähigkeit. Daraus entwickeln sich eine negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umgebung, der Zukunft und ein insgesamt negatives Denken. So entsteht ein Teufelskreis aus depressiven Gedanken und dem Gefühl des Versagens.

Viele depressiv erkrankte Menschen berichten, dass die Erkenntnis, krank zu sein, und die Annahme ihrer Krankheit der erste Schritt zur Genesung waren. Wer krank ist, ist dafür nicht verantwortlich.

Depressive Episoden können auch unbehandelt nach etwa sechs bis acht Monaten abklingen. Danach besteht eine erhöhte Rückfallgefahr (55 – 65 %). Bei bis zu 15 % bessert sich die depressive Episode nur zum Teil und wird zu einer chronischen Depression, die als eine unvollständige Besserung der depressiven Episode zu verstehen ist.

Für Angehörige kann es schwierig sein zu akzeptieren, dass die schlechte Stimmung und vorwurfsvolle Haltung bei den Erkrankten Ausdruck der Krankheit sind – und nicht etwas, woran Angehörige „Schuld" sind. Sie können Betroffene unterstützen, indem sie ihre Depressivität akzeptieren, ohne sie zu bemitleiden. Sie können auch Vorschläge machen oder Anregungen einbringen – sollten jedoch nicht entmutigt sein, wenn diese nicht angenommen werden. Angehörige sollten auch nicht vergessen, sich ausreichend um eigene Bedürfnisse zu kümmern und wenn nötig auch Unterstützung von dritter Seite einzufordern. Sie sollten suizidale Äußerungen ernst nehmen und wenn möglich für professionelle Hilfe sorgen.

Behandlung

In erster Linie erfolgt die Behandlung psychotherapeutisch. Besonders gut wirksam sind verhaltenstherapeutische Verfahren, bei denen – meistens in Gruppen – die Vermeidung von depressiven Wahrnehmungsmustern und die Anwendung neuer, positiver Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster eingeübt werden. Bei schwerwiegenden Symptomen und akuter Suizidgefahr werden häufig Medikamente verordnet. Die sogenannten Antidepressiva wirken aber nur bei einem Teil der Betroffenen. Außerdem tritt die Wirkung in der Regel erst nach zwei bis drei Wochen ein. Wegen ihrer unerwünschten Wirkung sollten sie nur unter fachärztlicher Aufsicht eingenommen werden. Die Kombination von Psychotherapie und Medikamenten ist wirksamer als Medikamente allein.

Medikamente

Es gibt Medikamente, die auf die wichtigsten Symptome einer Depression – schlechte Stimmung, Angst und innere Unruhe oder Anspannung, Antriebslosigkeit – günstig einwirken. Aufgrund dieser Wirkung nennt man sie Antidepressiva. Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist in der Fachwelt umstritten. Nach verschiedenen Studien profitiert nur ein Drittel der Behandelten von der Wirkung der Antidepressiva.

Wenn man sich für eine Behandlung mit Antidepressiva entschieden hat, ist es oft nötig, verschiedene Präparate auszuprobieren. Da die Wirkung (oder fehlende Wirkung) erst nach zwei bis drei Wochen beurteilt werden kann, dauert es entsprechend lange, bis man dasjenige Präparat findet, das dem Betroffenen hilft und von ihm auch vertragen wird.

Antidepressiva haben eine Fülle von unerwünschten Wirkungen, die von Gewichtszunahme und Apathie bis zu Muskelkrämpfen und -steifigkeit, Störungen der Sexualität sowie Schluck- und Verdauungsstörungen reichen können. Nicht sehr häufig, aber gefährlich sind Wirkungen auf den Herzrhythmus. Antidepressiva dürfen daher ebenfalls nur unter fachärztlicher Kontrolle mit regelmäßigen Blutuntersuchungen und EKG-Kontrollen eingenommen werden!

Hinzu kommen einige Besonderheiten: Antidepressiva können auch in normaler Dosierung Verwirrtheitszustände und schwere Psychosen auslösen. Und sie können die Wahrscheinlichkeit eines Suizids – vor allem am Beginn der Behandlung – erheblich steigern. Daher ist ein wirksamer Schutz vor suizidalen Handlungen unerlässlich! Da es nach Absetzen der Antidepressiva häufig zu erneuten depressiven Symptomen kommt, wird empfohlen, die Medikamente auch nach Besserung der Symptomatik für einige Monate weiter einzunehmen und auf keinen Fall plötzlich abzusetzen. Das Absetzen sollte mit fachärztlicher Begleitung und in sehr kleinen Schritten über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Manie / Bipolar

In gewisser Weise ist die Manie das Gegenteil einer Depression: Der Antrieb ist enorm gesteigert, das Schlafbedürfnis verringert, Denken und Sprechen sind beschleunigt, die Fähigkeit zur Kritik ist dagegen eingeschränkt. In der Manie halten sich Menschen für grandios, überschätzen ihre Kräfte gewaltig, sind laut, unangemessen heiter oder gereizt aggressiv.

Die Ursachen einer Manie sind ähnlich vielfältig und komplex wie bei einer Depression. So spielen zweifellos genetische Faktoren und die Konstitution eine Rolle. Oft lässt sich ein äußeres Ereignis als Auslöser feststellen, z. B. Trennung oder Scheidung, Verlust der Arbeit oder ein Trauerfall. Biochemische, hormonelle Veränderungen, aber auch chronobiologische, die „innere Uhr" betreffende Umstellungen, etwa beim Tag-Nacht-Rhythmus, können Auslöser sein.

Eine Manie ist für die Umgebung der Betroffenen immer eine erhebliche Belastung. Die Betroffenen zeigen oft ein riskantes oder gesteigert aggressives oder sexuell enthemmtes Verhalten, häufig in Verbindung mit exzessivem Alkohol- und Drogenkonsum oder sinnlosem Geldausgeben. Nach Abklingen einer Manie haben die Betroffenen deshalb nicht selten Scham- oder Schuldgefühle.

Für Angehörige ist es eine große Herausforderung, die Betroffenen während der Manie geduldig und energisch zu begleiten, um sie, aber auch die Familie, vor wirtschaftlichem (Schulden, Arbeitsplatzverlust) und sozialem Schaden zu schützen. Daher ist es für Angehörige hilfreich, wenn sie sich über die Erkrankung informieren, um Frühsymptome zu kennen und präventiv reagieren zu können.

Manische Phasen treten bei 15 – 20 % der von einer bipolaren Störung Betroffenen auf. Nach einer manischen Phase beträgt das Rückfallrisiko sowohl für manische als auch depressive Phasen allerdings 95 %.

Behandlung

Manische Phasen lassen sich therapeutisch nur in geringem Maße beeinflussen. Wichtig ist der Schutz vor schädigendem Verhalten. Betroffene benötigen in der Manie die Möglichkeit, ihren Bewegungs- und Tätigkeitsdrang so auszuleben, dass sie selbst oder Dritte dadurch keinen Schaden nehmen. Nach einer Manie ist die Aufarbeitung des Geschehenen in einem therapeutischen Rahmen und die Vereinbarung von Regeln (Behandlungsvereinbarung) für den Fall einer erneuten Manie anzuraten.

Medikamente

Medikamente können die Symptome lindern, jedoch nur selten die Dauer einer Manie beeinflussen. Zum Einsatz kommen meistens antipsychotisch wirksame oder Beruhigungsmittel.

Seit den 1950er-Jahren kennt man die günstige Wirkung von Lithiumsalzen auf Stimmungsschwankungen. Daher eignen sich Lithiumpräparate zur Prophylaxe bei einer bipolaren Störung. Bei täglicher Einnahme über viele Jahre kann ein relativ guter Schutz vor dem Auftreten erneuter manischer oder depressiver Phasen erzielt werden. Allerdings muss dazu eine stabile Konzentration des Lithiums im Blut erreicht werden. Bereits eine nur geringfügige Überschreitung der therapeutisch wirksamen Konzentration kann eine schwere Vergiftung mit Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, neurologischen Störungen, Bewusstlosigkeit bis hin zum Tod verursachen.

Auch bei therapeutischer Dosierung können unerwünschte Wirkungen auftreten. Dazu gehören: Tremor (Zittern) der Hände, Herzrhythmusstörungen, Vergrößerung der Schilddrüse, Durchfall, Erbrechen, neurologische Störungen und viele mehr.

Die Einnahme von Lithiumpräparaten darf nur im Rahmen einer fachärztlichen Behandlung und unter fortlaufender Kontrolle der Lithiumkonzentration im Blut erfolgen.

Wegen der Schwierigkeiten in der Dosierung des Lithiums und der Gefahr der Lithiumvergiftung hat man in den letzten Jahren auch andere Medikamente – Antiepileptika – zur Phasenprophylaxe eingesetzt. Allerdings sind sie deutlich weniger wirksam als Lithium.

Angststörungen

Eigentlich ist Angst etwas Gutes: Sie fördert Aufmerksamkeit und Vorsicht und vergrößert damit unsere Überlebenschancen in einer gefahrvollen Welt. Und dennoch ist Angst das Hauptsymptom einer Störung, von der Hunderte Millionen Menschen weltweit betroffen sind. Man nimmt an, dass über 10 % der Menschheit an einer krankhaften Angststörung leiden, Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer.

Als krankhaft gilt Angst dann, wenn sie in Häufigkeit, Dauer und Intensität über das normale Maß hinausgeht. Oder wenn die Betreffenden das Gefühl haben, die Kontrolle über die Angst zu verlieren. Oder wenn die Angst mit einem starken Leidensdruck einhergeht.

Da Angst ein unangenehmes Gefühl ist, werden die meisten Menschen versuchen, angstauslösende Situationen zu vermeiden. Das kann bei einer Angststörung dazu führen, dass die Betreffenden im Alltag zunehmend eingeschränkt sind.

Aus psychologischer Sicht werden verschiedene Typen von Angststörungen unterschieden:

Phobie: Die Angst bezieht sich auf ein bestimmtes Objekt – Spinnen, Schlangen, andere Menschen – oder bestimmte Situationen, wie enge Räume, Aufzug, große Höhe usw.

Agoraphobie: Aus Angst vor öffentlichen, größeren Menschenansammlungen, größeren Straßen usw. wollen die Betroffenen nicht mehr (allein) das Haus verlassen oder suchen ständig nach einem Fluchtweg.

Soziale Phobie: Die Angst, sich in Gesellschaft anderer zu blamieren oder abgelehnt oder erniedrigt zu werden, führt zu Rückzug und Selbstisolation. Prüfungsangst ist eine weitere Form der sozialen Phobie.

Panikstörung: Eine bestimmte Situation löst Fluchtverhalten mit unkontrollierbaren, starken körperlichen Reaktionen – Herzklopfen, Herzrasen, schnelles Atmen, Kopfschmerzen, Schwindel usw. – aus.

Generalisierte Angststörung: Das Gefühl von Gefahr ist im Alltag immer präsent, die Betreffenden denken ständig darüber nach, sind jederzeit besorgt, es könnte etwas Schlimmes passieren, und können an nichts Anderes mehr denken.

Angststörungen ziehen für die Betroffenen oft erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität nach sich. Partnerschaft, Familienleben und berufliche Leistungsfähigkeit leiden. Nicht selten kommt es zu einem schädlichen Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten. Oft treten Angst- und Zwangsstörungen auch in Verbindung mit einer Depression auf.

Für die Entstehung von Angststörungen werden verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht. Als psychologische Komponenten gelten das Erleben eines Verlustes – z.B. durch Trennung der Eltern in der Kindheit – oder eine traumatische Erfahrung.

Angehörige können die Betroffenen unterstützen, indem sie ihnen Sicherheit geben, sie mit ihrer Angst nicht allein lassen und zeigen, dass sie nicht in Gefahr sind. Ratschläge wie „Nun reiß dich mal zusammen!“ oder „Stell dich nicht so an!“ sind hingegen nicht hilfreich.

Lerntheorien verweisen auf das zunehmende Missverhältnis zwischen realer Gefahr und subjektiver Beurteilung, das durch Vermeidungsverhalten und sozialen Rückzug gefördert wird. Deshalb ist der erste Schritt, dass die Betroffenen sich selbst wieder Ziele setzen, die sie realistisch erreichen können, wodurch sie wieder Erfolg und Selbstwirksamkeit erfahren.

Angehörige können die Betroffenen in ihrem Bemühen um Abbau von Vermeidungsverhalten ermutigen und sie bei der Suche nach professioneller Hilfe aktiv unterstützen.

Behandlung

Die am häufigsten empfohlene Therapie ist die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Dieses Verfahren ist besonders gut erforscht und gilt sowohl bei Angst- als auch bei Zwangsstörungen als sehr wirksam.

Wenn eine Psychotherapie nicht durchführbar erscheint oder nicht ausreichend wirksam ist, kann eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva versucht werden. Für verschiedene Substanzen ist eine gute Wirkung bei Angststörungen nachgewiesen. Eine Behandlung mit Beruhigungsmitteln vom Benzodiazepin-Typ ist wegen des hohen Abhängigkeitspotenzials dieser Substanzen nicht zu empfehlen.

Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind in der Öffentlichkeit immer noch relativ wenig bekannt, dabei sind sie keine seltene Erkrankung (ca. 1 % der Erwachsenen). Die Erkrankten verspüren den inneren Drang oder Zwang, etwas Bestimmtes zu denken (z.B. etwas falsch zu machen, etwas Verbotenes oder Schädliches zu tun, Gegenstände zu zählen) oder zu machen (waschen, putzen, desinfizieren, Dinge kontrollieren, sortieren oder berühren, bestimmte Sätze oder Melodien wiederholen usw.). Obwohl sie es als völlig sinnlos erkennen, können sie, auch bei aller Willensanstrengung, dem Zwang nichts entgegensetzen.

Die Auswirkungen von Zwängen auf den Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen können erheblich sein.

Behandlung

Auch bei der Entstehung von Zwangsstörungen scheint es, neben verschiedenen neurobiologischen und psychosozialen Mechanismen, auch eine genetische Komponente zu geben.

Zur Behandlung wird die Kognitive Verhaltenstherapie empfohlen, gegebenenfalls in Kombination mit antidepressiv wirkenden Medikamenten (siehe das Kapitel Behandlung mit Medikamenten). Eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ist wahrscheinlich nicht erfolgreich. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe kann die Erfolgsaussichten einer Therapie vergrößern.

Persönlichkeitsstörung

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bezeichnet eine charakteristische und dauerhafte Abweichung der inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen von kulturell erwarteten und akzeptierten Normen. Die Abweichung muss stabil und anhaltend sein, im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen haben und sich nicht durch das Vorliegen oder als Folge einer anderen psychischen oder organischen Störung erklären lassen.

Die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung

Die Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung ist eine relativ häufige Störung. Dazu gehört auch als Untergruppe die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Man nimmt an, dass ca. 3 % der Bevölkerung die diagnostischen Kriterien erfüllen, allerdings Jugendliche mit 6 % viel häufiger als Ältere. Das lässt vermuten, dass sich die Störung im Laufe des Lebens verliert.

Auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren erklärt: genetische Veranlagung, psychosoziale Faktoren (u. a. emotionale Vernachlässigung), prekäre Lebensverhältnisse in Kindheit und Jugend und einige mehr. In sehr vielen Fällen lässt sich eine schwerwiegende traumatisierende Erfahrung nachweisen.

Typisch sind stark schwankende oder wechselnde Zielsetzungen, Vorlieben, Wertvorstellungen und berufliche Pläne. Die Fähigkeit, die Gefühle und Bedürfnisse anderer Personen zu erkennen, ist eingeschränkt. Zugleich besteht eine Überempfindlichkeit im Kontakt mit anderen Menschen.

Engere zwischenmenschliche Beziehungen sind intensiv, aber instabil und konfliktreich, gekennzeichnet durch Misstrauen, Bedürftigkeit und ängstliche Beschäftigung mit tatsächlichem oder vermeintlichem Verlassenwerden.

Nahe Beziehungen werden oftmals in Extremen idealisiert oder abgewertet. Gleichzeitig ist die Angst vor Zurückweisung oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen groß, begleitet von Furcht vor übermäßiger Abhängigkeit und komplettem Autonomieverlust. Niedergeschlagenheit, Pessimismus hinsichtlich der Zukunft, tiefgreifende Gefühle der Scham und Minderwertigkeit sind häufig. Handlungen erfolgen Hals über Kopf als unmittelbare Reaktion auf einen Auslöser, sie sind vom Augenblick bestimmt, oft riskant, ohne Plan oder Berücksichtigung der Folgen. Für Angehörige kann das Zusammenleben mit Betroffenen sehr anstrengend sein. Oft kommt es zu Beziehungsabbrüchen, zu Streit und Versöhnung in kurzer Folge, zu Wutausbrüchen und verzweifelten Tränenausbrüchen aus einem für die übrigen Beteiligten nicht erkennbaren Anlass. Sehr schnell kann sich aus einer Konfliktsituation eine suizidale Krise entwickeln. Häufige Suizidversuche und selbstschädigendes Verhalten, das zwar gefährdend ist, aber nicht mit Selbsttötungsabsicht geschieht, sind typische Kennzeichen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Betroffenen berichten, dass sie durch das Zufügen von Schnitt- oder Brandwunden Spannung oder Angst lindern können.

Angehörige können durch eine wohlwollende und geduldige Haltung unterstützen und die emotionalen Ausbrüche ausgleichen. Negative Zuschreibungen, abwertende oder ablehnende Äußerungen führen dagegen zur Verschlimmerung der Symptome. Gleichzeitig sollten sie auf ihre eigenen Bedürfnisse achten. Auch hier kann der Austausch mit anderen helfen, Stress abzubauen und sich von schwierigen Situationen nicht überwältigen zu lassen.

Behandlung

Die Behandlung erfolgt in erster Linie psychotherapeutisch und ambulant. Zur Anwendung kommen verhaltenstherapeutische Verfahren wie die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und tiefenpsychologische Verfahren. Die Aussichten sind in der Regel gut. Die meisten Patientinnen und Patienten zeigen eine deutliche Besserung, Rückfälle sind selten. Allerdings dauert die Therapie oft mehrere Jahre oder Jahrzehnte.

Schizophrenie

Das Wort Schizophrenie (Bewusstseinsspaltung; von griechisch spalten, zerspalten, zersplittern) beschreibt eine Erkrankung, bei der die betroffene Person verschiedene Wirklichkeiten parallel erleben kann. Neben der vertrauten Realität fühlt sie sich zugleich in eine andere Realität versetzt. Wahrnehmung, Denken, Fühlen und das Erleben des eigenen Ichs sind verändert. Bei mehr als der Hälfte der schizophren Erkrankten tritt die Psychose erstmalig in der Jugend oder jungem Erwachsenenalter, also zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr, auf. Es gibt aber auch Menschen, deren Erkrankung wesentlich später beginnt. Beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen, jedoch liegt bei Frauen der Beginn der Ersterkrankung meist später. Das durchschnittliche Erkrankungsrisiko liegt bei etwa 1 % der Bevölkerung, unabhängig von ethnischer oder kultureller Zugehörigkeit, Einkommen oder Bildungsstand.

Bei jungen Menschen steht das Auftreten schizophrener Störungen sehr oft in Verbindung mit Drogenkonsum. Oft kann man nicht unterscheiden, ob der Drogenkonsum die Psychose oder umgekehrt die Psychose den Drogenkonsum ausgelöst hat. Da Drogen fast immer den Verlauf einer Psychose negativ beeinflussen, sollten die Betroffenen auf die Einnahme von Drogen verzichten.

Man nimmt an, dass bei einer Schizophrenie die Verarbeitung der inneren und äußeren Wahrnehmung gestört ist. Das Gehirn wird dadurch von Reizen überflutet. Die Betroffenen fallen oft durch merkwürdiges, zur Situation unpassendes, mitunter extremes Verhalten auf. Sie berichten von Wahrnehmungen – Geräuschen, Gerüchen, Körperempfindungen, Stimmen, Farben, Personen usw., die für andere nicht nachvollziehbar sind und als Trugwahrnehmungen oder Halluzinationen bezeichnet werden. Sie äußern Ideen oder Vorstellungen, die schlicht nicht stimmen

können, aber von ihnen mit Überzeugung vorgetragen werden. Solche Wahnvorstellungen können mitunter sehr komplex sein und die ganze Umgebung einbeziehen. Die Gedanken erscheinen skurril, manchmal verworren oder völlig zerfahren.

Schizophrene Symptome wirken auf das Umfeld fremdartig und beunruhigend und lösen oft Angst aus, auch bei den Betroffenen selbst. Die Gefahr eines Suizides ist hoch!

Manchmal zeigt sich die Erkrankung auch in einem allgemeinen Aktivitätsverlust, in Sprachverarmung, Störungen des Gefühls- und Gemütslebens, reduzierter geistiger Aktivität und sozialem Rückzug. Angehörige können helfen, den Bezug zur Realität nicht zu verlieren. Auch ein geschützter Ort kann den Betroffenen helfen: Ein eigenes Zimmer, eine eigene Wohnung oder ein anderer Rückzugsort können vor zu viel Unruhe und Reizen schützen. Dieser Rückzugsort sollte ein Refugium sein, in dem der Betroffene sich sicher fühlt, das er aber auch jederzeit wieder verlassen kann.

Wenn Betroffene Wahnvorstellungen äußern, sollten Angehörige darauf reagieren. Sie sollten ehrlich sagen, was sie darüber denken, ohne die wahnhaften Vorstellungen abzuwerten. Nachfragen und das Zeigen von Verständnis können die Situation entspannen. Angehörige sollten auch auf die eigenen Bedürfnisse achten. Dazu gehören die Pflege von Freundschaften und das Einholen von Rat und Unterstützung von fachlicher Seite.

Behandlung

Die Behandlung schizophren Erkrankter besteht aus einer Vielzahl von Maßnahmen, die jeweils der Symptomatik und dem Krankheitsverlauf angepasst werden müssen. Dazu gehören das Herstellen von Sicherheit und Vertrauen, der Schutz vor schädlichen Außenreizen, Förderung von Bewegung und Sport, psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen, sinnvolle Beschäftigungen sowie Medikamente.

Die Behandlung erfolgt in der Regel in einem Team von Fachleuten unterschiedlicher Berufe: Ärzte, Psychologinnen, Sozialpädagogen, Pflegende, Ergotherapeutinnen und Sporttherapeuten.

Alle benötigen Erfahrung, Einfühlungsvermögen, Geduld und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, auch und vor allem mit den Angehörigen. Oft braucht es Zeit, um die individuell geeignete Therapie herauszufinden.

Psychotherapie hat in der Behandlung der Schizophrenie eine wachsende Bedeutung. Welches spezielle Verfahren zu welchem Zeitpunkt angeboten wird, muss vom Arzt oder von der Therapeutin je nach Situation, insbesondere nach der Belastbarkeit und Aufnahmefähigkeit des oder der Betroffenen, entschieden werden. Auch Medikamente können die Symptome von Schizophrenie günstig beeinflussen.

Die Heilungschancen bei schizophrenen Psychosen sind grundsätzlich gut. Eine Faustregel besagt, dass ein Drittel der Erkrankten nur einmal im Leben eine Krankheitsepisode erleidet, die dann auch vollständig ausheilt. Bei einem weiteren Drittel kommt es im Laufe ihres Lebens – oft durch besondere Belastungen ausgelöst – zu erneuten Episoden, die sich bei entsprechender therapeutischer Begleitung relativ gut zurückbilden. Beim letzten Drittel nimmt die Schizophrenie einen chronischen Verlauf und führt zu mehr oder weniger starker Einschränkung der Fähigkeit, die in Familie, Beruf und Gesellschaft anfallenden Aufgaben zu erfüllen.

Medikamente

Seit Anfang der 1960er-Jahre stehen für die Behandlung von Schizophrenie geeignete Medikamente zur Verfügung. Da sie psychotische Symptome mildern oder unterdrücken können, nennt man sie Antipsychotika (früher auch Neuroleptika). Antipsychotika können die Schizophrenie aber nicht heilen. Nach Absetzen der Medikation kann es zu Rückfällen kommen. Daher wird allgemein empfohlen, die Antipsychotika auch nach Abklingen der Symptome über längere Zeit (oft mehrere Jahre) einzunehmen und erst abzusetzen, wenn sich der oder die Betreffende stabilisiert hat und die Lebensverhältnisse ebenfalls übersichtlich und stabil erscheinen.

Das Absetzen sollte nur unter fachärztlicher Begleitung und in kleinen Schritten über einen längeren Zeitraum geschehen.

Antipsychotika werden auch bei anderen als schizophrenen Störungen, z. B. bei Manie, bei depressiven Wahnvorstellungen und bei anderen schweren Angst- und Unruhezuständen, verordnet.

Dem Nutzen der Antipsychotika – der Milderung oder Unterdrückung psychotischer Ängste, Unruhe, Halluzinationen und Wahnvorstellungen – stehen allerdings erhebliche Risiken und unerwünschte Wirkungen gegenüber. Dazu gehören u.a. die Entwicklung von Muskelkrämpfen und -steifigkeit, Schluck- und Verdauungsstörungen, Störungen von Mastdarm- und Blasenfunktion, Gewichtszunahme, Diabetes mellitus, Hormonstörungen, Impotenz, Depression, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Herzrhythmusstörungen und vieles mehr. Diese unerwünschten Wirkungen können erhebliche gesundheitliche Schäden verursachen und unter Umständen auch tödlich sein.

Aus diesem Grunde dürfen Antipsychotika nur unter fortlaufender fachärztlicher Kontrolle mit regelmäßigen Blutuntersuchungen und EKG-Kontrollen eingenommen werden.

Allgemein wird empfohlen, nur jeweils ein antipsychotisches Medikament und nur die niedrigste wirksame Dosis zu verordnen. Eine Dosissteigerung oder die Kombination mehrerer Medikamente erhöht oft das Risiko von unerwünschten Wirkungen, ohne die erwünschte Wirkung zu verbessern.

Allgemeine Hinweise zu Medikamenten

Wenn Psychopharmaka verordnet werden, wünschen sich Betroffene wie ihre Familien vor allem eine gute Wirkung bei guter Verträglichkeit. Das ist aber keineswegs garantiert. Oft ergeben sich nach dem Arztbesuch neue Fragen, kommt es zu Beeinträchtigungen durch die Medikamente, die unter Umständen sehr belastend oder auch gefährlich sein können. Auch lässt die erwünschte Wirkung eventuell wochenlang auf sich warten oder bleibt ganz aus. Eine unregelmäßige Einnahme kann z. B. unerwünschte Effekte auslösen, die Betroffenen müssen den Einfluss anderer Medikamente, bestimmter Lebensmittel oder Genussmittel (Alkohol, Nikotin, andere Drogen) oder körperlicher Störungen auf die Behandlung mit Psychopharmaka kennen und einschätzen, sie müssen die Anzeichen einer unerwünschten Wirkung wahrnehmen und richtig deuten, sie müssen Anzeichen einer Überdosierung erkennen und sie müssen die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen wahrnehmen. Das stellt selbst hoch motivierte Patientinnen und Patienten vor große Probleme. Als Faustregel gilt: Je besser jemand „sein" Medikament kennt und damit umgehen kann, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es gut wirkt und dass keine unerwünschten Wirkungen auftreten.

Angehörige können hier eine wertvolle Unterstützung sein. Sie können Rückmeldung geben, wenn ihnen Veränderungen auffallen, sie können ermutigen, im Zweifel die verordnende Ärztin oder den Arzt zu fragen. Aber sie können nicht die Verantwortung für das Medikamentenmanagement übernehmen.

Das gilt auch für Beruhigungs- und Schlafmittel, die in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten verordneten Medikamente überhaupt. Die allermeisten zählen zur Gruppe der Benzodiazepine. Diese Medikamente haben allgemein ein hohes Suchtpotenzial. Daher eignen sie sich nicht für eine längere Einnahme über drei bis fünf Tage hinaus. Bei akuter Erregung und Angst sowie bei der Behandlung einer Manie können sie allerdings sehr wirksam sein.

Zu den häufigsten unerwünschten Wirkungen der Benzodiazepine zählen Benommenheit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Muskel-

schwäche und Agitiertheit. Nach längerem Gebrauch kann es beim Absetzen zu Entzugserscheinungen mit quälender Unruhe und Depression kommen. Benzodiazepine sollten nur nach ärztlicher Verordnung und nur über einen kurzen Zeitraum eingenommen werden.

In vielen Klinikambulanzen wird inzwischen eine sogenannte Adherence-Therapie (engl. adherence = Festhalten) angeboten. Dabei können sich die Teilnehmenden in der Gruppe über ihre Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Medikamente austauschen. In einem weiteren Schritt werden praktische Probleme bei der Einnahme erörtert und Lösungen erarbeitet. Schließlich wird der Erfolg gemeinsam evaluiert. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten nach einer Adherence-Therapie viel zuverlässiger ihre Medikamente einnehmen und seltener Probleme mit der Medikation haben.

Weitere Informationen

Zum Thema Medikamente

Bschor, T. (2018): Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte. München: Südwest Verlag.

DGSP (2014): Neuroleptika reduzieren und absetzen.
Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen.

https://www.dgsp-ev.de/images/Broschuren/Brosch%C3%BCren_Volltexte_PDF/DGSP_Broschuere_Neuroleptika_reduzieren_2024.pdf

Greve, N.; Osterfeld, M.; Diekmann, B. (2017): Umgang mit Psychopharmaka. 5. Auflage. Köln: Balance Buch + Medien Verlag.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.:
Aufklärungsbogen Antipsychotika. (22.09.2020) und Aufklärungsbogen Antidepressiva. (22.09.2020)
https://www.absetzen.info/lv-pe-rheinland-pfalz/

Laux, G.; Dietmaier, O. (2018): Psychopharmaka: Ratgeber für Patienten und Angehörige. Heidelberg: Springer Verlag.

Schlimme, J. E.; Scholz, T.; Seroka, R. (2019): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Stolz, P.; Kalms, J.; Winkels, S. (2015): Nicht alles schlucken. Krisen und Psychopharmaka. DVD. Köln: Psychiatrie Verlag.

Zum Thema Depression

Deutsche Depressionsliga e. V.

www.deutsche-depressionshilfe.de

Bischkopf, J. (2019): So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. 4., überarbeitete Auflage.
Köln: BALANCE buch+medien verlag.

Hautzinger, M. (2017): Ratgeber Depression: Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

Teismann, T.; Hanning, S. (2020): Das Depressionsbuch. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Köln: BALANCE buch+medien verlag.

Kirst, M.; Schmidt, A. (2017): Die Mitte der Nacht ist der Anfang vom Tag. Dokumentarfilm mit Informationen der Deutschen Depressionshilfe. Vertrieb: Psychiatrie Verlag.

Manie / Bipolar

www.bipolar-forum.de

Bock, T. (2018): Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen. 4. Auflage. Köln: BALANCE buch+medien verlag.

Bräunig, P. (2018): Leben mit bipolaren Störungen. Manisch-depressiv: Antworten auf die meistgestellten Fragen. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.

Angst

www.angstselbsthilfe.de

Consbruch; K. v.; Stangier, U. (2010): Ratgeber Soziale Phobie: Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

Hoyer, J.; Beesdo-Baum, K. (2016): Ratgeber Generalisierte Angststörung: Informationen für Betroffene und Angehörige. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Zwang

Fricke, S.; Hand, I. (2018): Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe. 8. Auflage. Köln: BALANCE buch+medien verlag.

Fricke, S.; Rufer, M. (2016): Der Zwang in meiner Nähe:
Rat und Hilfe für Angehörige von zwangskranken Menschen.
2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Borderline

www.borderlinetrialog.de

Kreger, R.; Shirley, J. P. (2019): Das Schluss-mit-dem-Eiertanz-Arbeitsbuch. Für Angehörige von Menschen mit Borderline.
4. Auflage. Köln.

Schizophrenie

Finzen, A. (2020): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 3. korrigierte Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Linksammlung: Alle verwendeten Web-Links und Quellen finden Sie auf unserer Internetseite unter https://www.bapk.de/themen/broschueren/diagnose

Der BApK hat zu einer Vielzahl von Diagnosen Videos aus der Sicht von Angehörigen und Betroffenen gedreht. **Sie finden sie unter:**

www.youtube.com/@familienselbsthilfe_/videos

Zum Inhalt

Diese Broschüre wendet sich an Angehörige von Menschen, die nicht nur unter einer kurzfristigen, vorübergehenden Verstimmung leiden, sondern längere Zeit mit einer psychischen Krankheit leben. Sie gibt einen kurzen Überblick über die wichtigsten psychischen Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten.

Der Autor

Dr. med. Friedrich Leidinger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2014 Beisitzer im Vorstand des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) und Mitglied im Vorstand des europäischen Angehörigenverbandes EUFAMI. Er veröffentlichte verschiedene Publikationen zur Geschichte und Ethik der Psychiatrie.

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

BApK
Der Angehörigenverband

06/2025