

Wer ist schon normal?

Im Januar und Februar 2012 wurde von der Sächsischen Landesärztekammer in Kooperation mit dem Deutschen Hygiene-Museum in Dresden eine Veranstaltungsreihe zu psychischen Störungen durchgeführt. Die fünf Fachvorträge in der Reihe „Wer ist schon normal?“ wurden von insgesamt 1.300 Gästen besucht.

Was ist normal? – Einführung

„Vor hundert Jahren hätten so manche Personen des heutigen öffentlichen Lebens eine eindeutige psychiatrische Diagnose bekommen“ formulierte Prof. Dr. med. habil. Otto Bach, Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, und, „dass sich die Ansichten zu ‘Was ist normal und was nicht?’ ändern können und auch stark vom gesellschaftlichen Kontext abhängig sind“. Er eröffnete damit am 11. Januar 2012 die Vortragsreihe zu psychischen Störungen. Insbesondere ging er auf die schwierige Unterscheidung von „normal“ und „krank“ ein, weil die Übergänge immer fließend sind und Symptome niemals losgelöst von persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Faktoren betrachtet werden dürften. In Deutschland nehmen psychische Erkrankungen nicht zuletzt wegen der immer älter werdenden Bevölkerung, aber auch wegen der Änderung des sozialen Umfeldes zu. Der Anteil der über 75-Jährigen mit riskantem Alkoholkonsum liegt bei 6,5 Prozent. Depressionen haben in dieser Altersgruppe 6,8 Prozent der Männer und 11 Prozent der Frauen. Dies sei unter anderem darauf zurück zu führen, dass immer mehr Menschen allein leben und kaum soziale Kontakte haben. Die soziale Isolierung sei das häufigste Problem bei psychischen Störungen, nicht nur bei älteren Menschen, betonte Prof. Dr. Bach.

Zitterpartien: Angststörungen

Angst ist eine wichtige Emotion und physiologische Reaktion in Gefahrensituationen, die das Überleben des

Menschen sicherstellt. Allerdings können Angst und Panik auch in Situationen und Formen auftreten, die nicht bei allen Menschen mit Gefahr verknüpft sind. Die Differenzierung zwischen gesunder und pathologischer Angst und wann eine Angststörung vorliegt, erläuterte Dipl.-Psych. Katja Petrowski in ihrem Vortrag über Angststörungen. Dass Angststörungen mittlerweile keine Seltenheit mehr sind, zeigt sich in einer Studie, nach der bei 13 Prozent der deutschen Bevölkerung im Laufe des Lebens einmal eine Angststörung aufgetreten ist. Und acht Prozent aller Deutschen entwickeln spezielle Phobien. Des Weiteren gibt es soziale Phobien und generalisierte Angststörungen. Zu den Ursachen von Angststörungen können Bindungsstörungen in der Kindheit, wie der Tod eines Elternteils, alkoholabhängige Eltern oder Gewalt in der Familie gehören. Auch die Übertragung von Ängsten durch die Mutter auf das Kind (Zahnarztphobie/Höhenangst) spielen eine nicht unwesentliche Rolle. Aber es gibt auch hormonelle Ursachen zum Beispiel für Panikattacken. Bei Patienten, die darunter leiden, kann eine Hormonüberproduktion von CHR oder Cortisol vorliegen, wodurch der Angstpegel nicht abgebaut werden kann. Bevor aber eine solche Störung erkannt wird, haben diese Menschen zumeist eine langjährige Patientenkarriere beim Hausarzt oder in der Kardiologie hinter sich. Die Ausprägung der Angststörung kann zu eingeschränkter Lebensqualität, Alkoholabhängigkeit und Krankschreibung führen. Obwohl die Spontan-Remissionsrate gering ist, lassen sich Angststörungen gut behandeln. Welche psychotherapeutischen Interventionen und welche Bedingungen die Erfolgchancen einer Therapie von Angststörungen verbessern, wurde von Frau Dipl.-Psych. Petrowski unter Verwendung neuester empirischer Ergebnisse dargestellt. Erste Wahl ist nachweislich die Konfrontationstherapie in Verbindung mit Einzel- oder Gruppengesprächen sowie einer medikamentösen Behandlung. Die Anzahl der an Angststörungen erkrankten Personen nahm in den



Prof. Dr. med. habil. Otto Bach und Dipl.-Psych. Katja Petrowski

letzten fünf Jahren um 27 Prozent zu. Diesem Ansturm sind die Versorgungsstrukturen laut Katja Petrowski derzeit in Sachsen nicht gewachsen. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Therapeuten liegt hier bei vier Monaten. „Eine Prävention von Angststörungen“, so Frau Petrowski auf Nachfrage aus dem Publikum, „findet praktisch nicht statt“.

Die Welt in Grautönen – Depression

Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung. Es ist eine affektive Störung, die mit einer Veränderung der Stimmungslage einhergeht. Eines der Hauptsymptome depressiver Episoden ist die gedrückte Stimmung des Patienten und der Verlust der affektiven Resonanz, das heißt der Patient ist durch Zuspruch nicht aufmunterbar. Aber auch eine Reihe anderer Symptome, wie unter anderem Antriebsminderung, Appetitminderung und Schlafstörungen bis hin zu Suizidgedanken, gehen mit Depressionen einher. Auch Kinder und Jugendliche können schon an Depressionen erkranken.

Der Psychiater Prof. em. Dr. med. habil. Werner Felber erklärte in seinem Vortrag, dass depressive Erkrankungen verschiedene Auslöser haben können: als Folge organischer Krankheitsprozesse oder veränderter Stoffwechselprozesse im Gehirn (endogene Depressionen), als Reaktion auf ein aktuell belastendes Ereignis oder auf eine länger andauernde Belastung, zum Teil aber auch ohne erkennbare Ursache, genetisch bedingt. Oft kehrt die Erkrankung in Episoden wieder, zwischen welchen bis zu zehn Jahre vergehen können.



Prof. Dr. med. habil. Werner Felber

„Die mangelnde oder verzögerte Behandlung führt häufig zur Chronifizierung, Rezidivierung oder auch zu einer Therapieresistenz“, so Prof. Dr. Felber.

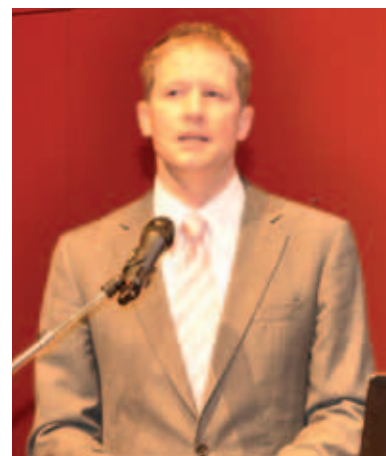
Im Lebensverlauf erkranken fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung an Depressionen. 80 Prozent der Erkrankten werden beim praktischen Arzt behandelt bzw. von diesem an Therapieeinrichtungen weiter überwiesen. Psychiatrisch behandelt werden meist nur schwere Ausprägungen, die Suizidalität und/oder wahnhaftige Gedanken aufweisen. Bei leichteren Depressionen ist die Behandlung mittels Therapie ausreichend, während diese bei schweren oder chronischen Fällen mit einer Pharmakotherapie verbunden wird.

Meist ist es eine Kombination mehrerer Faktoren, die zur Entstehung einer Depression führt. Frühe Traumata, zum Beispiel durch frühkindliche Deprivation, führen zu einem „biological priming“ mit einer Änderung der Rezeptorstruktur der „second-messenger“-Kaskade. In der ersten Latenzphase kommt es zu einer Reaktivierung durch psychologische Mechanismen wie Trauer oder Rollenwechsel oder „physiologische Ereignisse“ wie Operationen oder Unfälle. Durch das Fehlen einer adäquaten emotional-kognitiven Verarbeitung kommt es zu einer zweiten Latenzphase, in der im Gehirn psychobiologische Stressreaktionen erfolgen und eine erhöhte Menge CRH, Cortisol und β -Rezeptoren produziert werden. Dies führt dann zu einem Ausbrechen der Krankheit.

ADHS – eine erfundene Erkrankung?

Die Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS, wird seit circa 150 Jahren in der Literatur beschrieben und ist seit 1980 in die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufgenommen. „ADHS beginnt bei den meisten Betroffenen bis zum 6. Lebensjahr“, erklärte Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner, ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus im vierten Vortrag der Reihe. Die psychische Störung weist drei Kernsymptome auf: Die Störung der Aufmerksamkeit, die motorische Hyperaktivität und Impulsivität. Dabei können verschiedene Ausprägungen auftreten: eine Störung des Sozialverhaltens, welches durch Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet ist oder aber auch die primäre Unaufmerksamkeit ohne andere Symptome, zu welcher bisher wenig geforscht wurde. Die Prävalenz liegt im Vorschulalter bei zwei Prozent und steigt im Schulalter auf fünf bis sieben Prozent an. Jungen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Damit einhergehen Probleme wie die Ausgrenzung durch Gleichaltrige, häufige Auseinandersetzungen mit Lehrern oder Eltern, und ein von den Betroffenen wahrgenommenes Gefühl des Andersseins. Die Störung kann mit einer etwas veränderten Symptomatik bis ins Erwachsenenalter (Prävalenz zwei bis drei Prozent) bestehen, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Zur Ausprägung von ADHS bei über 45-Jährigen existiert bisher keine Forschung.

ADHS ist zu 70 bis 80 Prozent genetisch angelegt. Ungünstige Umweltfaktoren wie Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Infektionen oder traumatische Hirnschädigungen in früher Kindheit, aber auch die Toxinexposition kann zum Ausbrechen einer solchen Störung führen. Allergien und bestimmte Nahrungsmittelunverträglichkeiten spielen dagegen eine untergeordnete Rolle. ADHS ist eine dimensionale Störung. Die Festlegung, ab wann eine Störung vorhanden ist, erfolgt nach



Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner

bestimmten Diagnosekriterien. Für eine verlässliche Diagnose müssen verschiedene Parameter wiederholt gemessen werden. Das Verhalten wird dazu in Bezug zum Alter, Entwicklungsstand und IQ gesetzt. Neben einer ausführlichen Exploration mit Eltern, Jugendlichen und Lehrern oder Erziehern, werden zum Teil andere Diagnoseverfahren wie Aktometrie, Videoring oder neuropsychologische Testung eingesetzt, die allerdings eine geringere Vorhersagewahrscheinlichkeit und Verlässlichkeit aufweisen.

Erste Wahl bei der Behandlung von ADHS sollte eine Psychotherapie sein, wenn diese nicht anschlägt, wird der Patient auf ein Methylphenidat eingestellt. Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Psycho- oder Pharmakotherapie oder einer Kombination von beiden erläuterte Prof. Dr. Rößner anhand einer Studie von van der Oord et al. (2008). Diese zeigt, dass gerade aus Perspektive der Lehrer, die besten Effekte auf das Sozialverhalten der betroffenen Kinder durch eine medikamentöse Behandlung erreicht werden, während eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie die Wirkung nur wenig erhöht. Optimal sind gleichzeitige Interventionen in der Familie, um eventuell verstärkende Umwelteinflüsse zu minimieren oder die Familie durch ein Elterntaining zu unterstützen, das hilft, die Kinder konsequent mit den richtigen Methoden zu erziehen. Ein solches wird unter anderem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Dresden angeboten.

Psychische- und Verhaltensstörungen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	27,6%	28,0%	27,9%	28,6%	29,0%	31,4%	31,9%

Quelle: Barmer GEK Arztreport 2012: Auszug aus der Tab. Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2004 – 2010 nach Diagnosekapiteln

AUSNAHME | ZUSTAND: Psychose und Schizophrenie

Krankheitszustände, die von einer schweren geistig-psychischen Störung gekennzeichnet sind, werden allgemein als Psychosen bezeichnet. Psychosen – die in der psychiatrischen Praxis aber eher als Symptomkomplexe verstanden werden – bedürfen einer genaueren Beschreibung der gestörten menschlichen Wahrnehmungsmuster und Funktionen, um eine Krankheit konkret benennen und behandeln zu können. Im Falle der Schizophrenie spricht man deshalb von schweren Psychosen, die mit Denkstörungen, Halluzinationen oder Wahn einhergehen.

Jene Krankheitsbilder, bei denen das Fühlen, Denken und Wollen der Betroffenen beeinflusst und wie von außen verändert und gesteuert wahrgenommen wird, erscheinen nicht nur den Patienten zumeist erschreckend. Vorurteile und Ängste im Umgang mit diesen Krankheiten und den davon Betroffenen sind weit verbreitet. Schließlich greifen die Symptome Funktionen der Psyche an, die den Kern des menschlichen Ichs und der individuellen Persönlichkeit ausmachen. Für einen adäquaten und stigmafreen Umgang mit der Erkrankung sind die Vermittlung von Wissen und die Auseinandersetzung mit diesen Themen grundlegend wichtig. Dieser Aufgabe sah sich auch Frau Dr. med. Karolina Leopold im fünften Vortrag der Reihe „Wer ist schon normal“ im Hygiene-Museum verpflichtet.

In ihrem anschaulichen Vortrag erläuterte Frau Dr. Leopold Diagnose, Genese, Epidemiologie und Therapiemöglichkeiten von schizophrenen Psychosen. Schon bei der Beschreibung der Krankheitsgruppen nach den auftretenden Merkmalen wurden sowohl der große Erfahrungsschatz der Psychiaterin als auch die

besonderen Zustände der Patienten deutlich. Schizophrenie äußert sich demnach unter anderem in einer Störung der Ich-Umwelt-Grenze, also einer Wahrnehmung der Welt als fremd und gemacht, in Halluzinationen oder einer wahnhaften Fehlbeurteilungen der Realität. Eine weitere Kategorie – die Gruppe der formalen Denkstörungen – erhielt ein besonders drastisches Bild durch die Beschreibung einer extremen Form des Konkretismus. Hier berichtete die Ärztin von einer Patientin, die aus Ermangelung der Fähigkeit zur Unterscheidung von abstraktem und konkretem Denken auf den Hinweis, sie solle wieder „auf den Boden zurück kommen“ aus dem Fenster sprang. Relativ unbekannt ist die schizophrene Ausprägung in Negativ-Symptomen. Diese durch das Fehlen essenzieller Antriebe gekennzeichnete Gruppe, die sich in Sprachverarmung, Genussverlust oder sozialem Rückzug zeigt, findet immer stärkere Beachtung nicht zuletzt deshalb, weil diese Merkmale bisher oft als Nebenwirkung der medikamentösen Therapie fehl gedeutet wurden.

Schizophrenie, welche bei etwa einem Prozent der Bevölkerung diagnostiziert wird, tritt in allen Kulturen gleichhäufig auf. Ein Fakt, der für Frau Dr. Leopold mit ausschlaggebend dafür ist, sich gegen anhaltende Theorien stark zu machen, wonach die Krankheit auch durch bestimmte westliche Erziehungsstile ausgelöst werden soll. Die Faktoren für eine Anfälligkeit bestehen nach dem heutigen medizinischen Stand aus einer Kombination von biologischen (genetischen) und psychosozialen Merkmalen. Die Krankheit an sich kann als eine Störung des neurologischen Netzwerkes im Gehirn begriffen werden. Genau hier setzen auch die etablierten Behandlungsmöglichkeiten über Neuroleptika und Antipsychotika ein. Eine Thera-

pie mit dem Ziel möglichst symptomfreien Lebens setzt sich dennoch aus einer Verbindung von medikamentöser Behandlung, Psychoedukation – Patienten und Angehörige müssen zu Experten werden – und Soziotherapie zusammen. Frau Dr. Leopold betonte zum Ende ihrer Ausführungen noch einmal die Wichtigkeit der frühzeitigen Krankheitserkennung für eine erfolgreiche Therapie. Um Betroffenen die Akzeptanz der immer noch stigmatisierten Diagnose zu erleichtern, nimmt die Bedeutung von neuen anonymen und unbürokratischen Hilfe-Angeboten zu, wie sie im Dresdener Früherkennungszentrum bereits praktiziert werden.

Den Abschluss der Reihe „Wer ist schon normal?“ bildete eine spannende Lesung unter dem Titel „Großstadtneurotiker“ mit Jens Sparshuh und Jakob Hein.

Knut Köhler M.A.
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Maxi Moder M.A.
Martin Kandzia B.A.

Weitere Informationen/ Kontakt:
Angststörungen
Dr. phil. Dipl.-Psych. Katja Petrowski
Klinik & Poliklinik für Psychotherapie und
Psychosomatik des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
www.psychosomatik-ukd.de
Forschungsbereich Angst- und
Bindungsforschung

ADHS
Prof. Dr. med. habil. Veit Rößner
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus
www.kjp-dresden.de
Spezialambulanz für Kinder und
Jugendliche mit ADHS
Studien u. a. zur Wirkung von Elterntraining
bei ADHS und expansivem Problemverhalten

Psychosen und Schizophrenie
Dr. med. Karolina Leopold
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des Universitätsklinikums
Carl Gustav Carus
http://psychiatrie.uniklinikum-dresden.de
Forschungsbereich Klinische
Psychopharmakologie