



Dokumentation

Thementag

Ver-rückt?!

**Selbsthilfegruppen für psychisch Erkrankte -
Wie geht das?**



Paul Goesch (1885 - 1940) Groteske 1917 – 1919
Sammlung Prinzhorn Heidelberg

25. Januar 2011
in Hannover

Fortbildung zur
Qualifizierung von Fachkräften in der Selbsthilfeunterstützung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einführung	2
2 Referent, Anliegen und Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	4
3 Definition „Psychische Störung“	6
4 Hilfesystem für Betroffene	10
5 Spezielle psychische Erkrankungen und Selbsthilfe	11
5.1 Affektive Störungen	11
5.2 Angststörungen	12
5.3 Zwangsstörungen	14
5.4 Trauma/posttraumatische Belastungsstörung	15
5.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung	16
5.6 Borderline Persönlichkeitsstörung	16
6 Abschließende Bemerkung	18
7 Literaturempfehlungen	19

1 Einführung

Ver-rückt?!

Selbsthilfe in Gruppen und psychische Erkrankungen – Wie geht das?

Der Anteil der Menschen, die mit psychischen Einschränkungen leben, wird von Jahr zu Jahr größer. Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Psychiatrie-Erfahrene wie auch Angehörige von Menschen mit psychischen Einschränkungen sind Themen von Selbsthilfegruppen, die in fast jeder Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen zu finden sind. Daneben gibt es Menschen mit psychischen Einschränkungen, die sich in Gruppen zu anderen Themen zusammenfinden. Da können die psychischen Einschränkungen eine Begleiterscheinung oder auch eine Folge der eigentlichen körperlichen Erkrankung, die das Thema der Gruppe bildet, sein.

Wie aber vertragen sich diese Einschränkungen mit der Arbeit in einer Selbsthilfegruppe?

Wie erkenne ich als Kontaktstellenmitarbeiterin oder –mitarbeiter vor oder während des Beratungsgespräches die verschiedenen Symptome psychischer Einschränkungen? Wie kann ich optimal vermitteln, entweder in eine Gruppe oder zu anderer professioneller Hilfe? Wie kann ich entsprechende Gruppen unterstützen? Wie gehe ich mit einer möglichen eigenen Verunsicherung um?

*Das **Selbsthilfe-Büro Niedersachsen** wird am Dienstag den **25. Januar 2011** einen Thementag zu diesen Fragestellungen im Hanns-Lilje-Haus in Hannover durchführen.*

Zunächst wird es einen Überblick über die häufigsten psychischen Krankheitsbilder, deren Diagnosekriterien und Klassifizierungen geben. Darauf aufbauende Themen werden sein: die mögliche eigene Verunsicherung in der Beratung mit psychisch Kranken, das Clearinggespräch und die Arbeit in Selbsthilfegruppen mit ihren Möglichkeiten und Grenzen.

Der Thementag wird sehr praxisbezogen und am Beratungsalltag orientiert ausgerichtet sein.

Angesprochen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Selbsthilfekontaktstellen und anderen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, die Selbsthilfe unterstützen sowohl in Niedersachsen als auch über Niedersachsen hinaus.

So lautete der leicht abgewandelte Ausschreibungstext für den diesjährigen Thementag „Ver-rückt“.

Die Zahl der Teilnehmenden war auf 20 Personen begrenzt, angemeldet hatten sich jedoch mehr als 20 Personen. Daran wird deutlich, wie groß das Interesse am Thema „Psychische Erkrankungen und Selbsthilfe“ ist.

Das Spektrum der psychischen Erkrankungen ist zu umfangreich, um an einem Thementag auf alle Erkrankungen einzugehen. Das beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (**DIMDI**) veröffentlichte weltweit gültige Klassifizierungssystem der Krankheiten gibt einen anschaulichen Überblick über die Vielfalt einzelner Störungen. Siehe hierzu auch Seite 6.

Aus DIMDI

(<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf30.htm+>)

Psychische und Verhaltensstörungen

[\(F00-F99\)](#)

[F00-F09](#) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

[F10-F19](#) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

[F20-F29](#) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

[F30-F39](#) Affektive Störungen

[F40-F48](#) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

[F50-F59](#) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

[F60-F69](#) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

[F70-F79](#) Intelligenzminderung

[F80-F89](#) Entwicklungsstörungen

[F90-F98](#) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

[F99](#) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

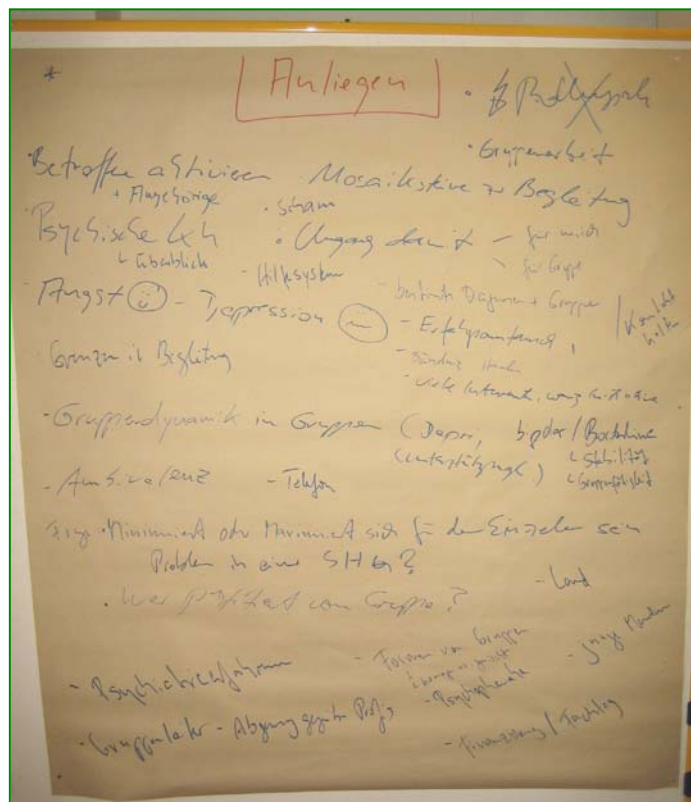
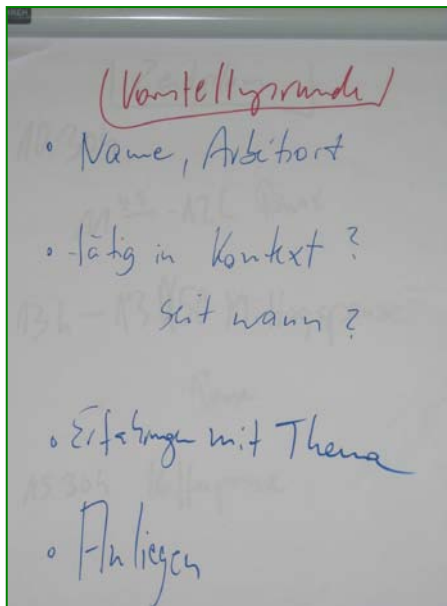
Im Rahmen des hier dokumentierten Thementages wurden Störungen aus den Bereichen F30-39, **Affektive Störungen**, F40-48, **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen** und F60-69, **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen** behandelt.

2 Referent, Anliegen und Fragen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer



Herr **Thomas Marien** aus Hildesheim, niedergelassener psychologischer Psychotherapeut, Lehrbeauftragter unter anderem an der Fachhochschule und Universität Hildesheim, vorher langjähriger Geschäftsbereichsleiter der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle des Caritasverbands Hildesheim, führte durch den Tag. Einerseits durch sein breit gefächertes Wissen über psychische Erkrankungen und andererseits durch seine praktische Erfahrung im Umgang mit psychisch Erkrankten gepaart mit der Nähe zur Selbsthilfe ist ihm dies hervorragend gelungen.

Um sich einen Überblick über die thematischen Erfahrungen und Anliegen der Teilnehmenden zu verschaffen und um alle Anwesenden miteinander bekannt zu machen, gab es eine kurze Vorstellungsrunde.



Wesentliche Anliegen und Fragen:

- Dient die Selbsthilfegruppe als „Lagerort“ für diejenigen, bei denen eine Therapie nicht genützt hat oder die auf der langen Warteliste bei den Therapeuten stehen?
- Gehen Betroffene in die Selbsthilfegruppe, weil sie lediglich eine Bescheinigung benötigen (für die Therapieeinrichtung, die Krankenkasse, das Job-Center ...)?

- Minimiert oder maximiert sich die Problematik der Erkrankung für die jeweilige Person durch die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe?
- Es gibt ein großes Interesse an Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, jedoch wenig Eigeninitiative, bedingt auch durch das Krankheitsbild. Was heißt das nun für die Arbeit der Kontaktstelle?
- Was bedeutet die Arbeit so genannter „bunter“ Gruppen: Gruppen, in denen sich Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen treffen?
- Wie wirkt sich das jeweilige Krankheitsbild auf die Dynamik in der Selbsthilfegruppe aus?



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Thementages

Ein kurzer Einschub zu

Teilnahmebescheinigungen in Selbsthilfegruppen:

Fallmanager aus den Jobcentern geben in den Wiedereingliederungsvereinbarungen vermehrt die verpflichtende Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe als Auflage, v. a. bei gegebener Suchtproblematik. Für alle in der Selbsthilfeunterstützung Tätigen ist klar, dass eine derartige Auflage dem Grundgedanken der Selbsthilfe widerspricht. Eine Empfehlung des Referenten für die Regionen, in denen der Wunsch nach entsprechenden Teilnahmebescheinigungen auftaucht: Die Selbsthilfe-Kontaktstelle könnte eine Fortbildung für Jobcenter im Rahmen des dortigen Curriculums organisieren und die Bedingungen der Selbsthilfearbeit erklären.

3 Definition „Psychische Störung“

Im Folgenden werden einige Passagen aus dem von Herrn Marien zur Verfügung gestellten Handout abgedruckt. Viele der abgedruckten Kästen sprechen für sich selbst, andere werden erläutert oder kommentiert.

Allgemeines Krankheitsmodell (Schulte, 1998)

- Krankheitsursachen: biologisch, psychologisch, soziologisch
- Krankheit: pathologische Veränderung (Defekt) in der Person
- Kranksein: Beschwerden, Symptome und Befunde
- Krankheitsfolgen/Krankenrolle (Parsons): System veränderter Erwartungen: Nichtkönnen statt Nichtwollen: Mitleid, Hilfe, Befreiung von Aufgaben; neue Pflichten: Schonung, Gesundung, Compliance

www.thomas-marien.de

3

Frühwarnzeichen psychischer Störungen

- Termine auslassen
- Negative Gefühle
- Störungen von Schlaf und Essen
- Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Anzeichen psychischer Störungen, z.B. sozialer Rückzug, Befürchtungen, Beziehungsideen ...
- Soziale Konflikte, Beziehungsprobleme
- Ersatzsüchte, z.B. Essen, Spielen, Internet
- Keine Tagesstruktur
- (Lebens-)Ziele unwichtig
- Orte aufsuchen, an denen Suchtmittel verfügbar sind, konsumiert werden
- Craving (Suchtdruck)

www.thomas-marien.de

4

Verschiedene Krankheitsmodelle

- Psychiatrie: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten
- Psychoanalyse: zentraler Defekt im Psychischen durch unverarbeiteten Konflikt
- Soziologie: Labeling (Rosenhan 1975, „leer, hohl, plop“), Störung im sozialen System
- Psychologie: Psychische Störung als Extrem des normalen psych. Prozesse (Kontinuitätsannahme)

www.thomas-marien.de

7

Aktuell: Diathese-Stress-Modell

- Biopsychosoziales Krankheitsmodell
- Multifaktorielle Bedingungen:
- Diathese (= genetische Vulnerabilität und/oder prä-, peri- oder postnatale Traumata)
+ Stress (psychosoziale Prädisposition: familiäre und erzieherische Einflüsse, Lerngeschichte, soziale Situation, psychische Belastungen)
- sozialer Rückhalt: Verständnis, Unterstützung

www.thomas-marien.de

8

Zu Abbildung 8: **Diathese-Stress-Modell**

Die Selbsthilfe spielt hier eine große Rolle beim sozialen Rückhalt. Dabei ist nicht die Quantität der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe entscheidend, sondern die subjektiv wahrgenommene Qualität in Form von Verständnis und Aufgehobensein.

Triadisches System der Psychiatrie (K. Schneider)

- Exogene (von außen entstandene) Psychosen
- Infektions- und Intoxikationspsychosen, Delir
- Psychosen nach Hirntrauma etc
- Endogene (von innen entstandene) Psychosen
- Schizophrenie u.a. psychotische St.
- Endogene Depression (Melancholie)
- Neurosen (abnorme Variationen ...)
- Ängste, Zwänge, Persönlichkeitsstörungen, Süchte
- Neurotische Depression

www.thomas-marien.de

9

Aktuelle Klassifikationssysteme

- Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) (WHO; 1996)
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV (1996, APA)

→ deskriptiv, atheoretisch, mehrere Achsen:
(Klinische Syndrome,
Persönlichkeitsstörungen und Intelligenz,
Körperl.-St., Soziale Probleme,
Funktionsniveau)

www.thomas-marien.de

10

Zu Abbildung 9: **Triadischen System**

Das von Kurt Schneider entwickelte Triadische System der Psychiatrie hat als Erklärungssystem der Psychiatrie heute offiziell keine Gültigkeit mehr. Es gibt jedoch nach wie vor einen anschaulichen Überblick über die psychischen Erkrankungen, indem es sie in drei Gruppen einteilt.

- Die **exogenen Psychosen** sind körperlich erklärbar, z. B. durch Erkrankungen mit Hirnbeteiligung. Sie werden i.d.R. neurologisch und/oder internistisch behandelt.
- Bei den **endogenen Psychosen** gibt es bisher noch keine erkennbaren somatischen Ursachen. Hier ist der Psychiater bzw. die Psychiaterin die richtige Adresse.
- Die **Neurosen** als abnorme Variation des geistig seelischen Seins entstehen durch bestimmte Erlebnisse wie z. B. durch posttraumatische Belastungsstörung. Neurosen sind mit Hilfe von Beratung durch Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen i.d.R. beeinflussbar.

Zu Abbildung 10: **ICD-Katalog**

In abgewandelter Form findet sich das Triadische System in der Anordnung von Erkrankungen in dem heute weltweit gültigem Klassifizierungssystem der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, dem ICD-Katalog wieder. ICD steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Für die vertragsärztliche ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland ist heute die Klassifizierung und Verschlüsselung nach ICD-10-GM (German modification) Version 2011 verpflichtend.

Diagnostische Hauptgruppen des ICD-10 Kap. V (F)

- F0** Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (z.B. Demenz, Delir)
- F1** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit)
- F2** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung (z.B. Paranoide Schizophrenie, drogeninduzierte Psychose)
- F3** Affektive Störungen (z.B. Depressive Störung, Dysthymia)
- F4** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen)

www.thomas-marien.de

16

Diagnostische Hauptgruppen des ICD-10 Kap. V (F)

- F5** Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren, z.B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa
- F6** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen z.B. Persönlichkeitsstörungen, pathologisches Spielen, Trichotillomanie
- F7** Intelligenzminderung
- F8** Entwicklungsstörungen z.B. Lese-Rechtschreibstörung, Autismus
- F9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend z.B. ADHS, Mutismus, Ticstörungen

www.thomas-marien.de

17

Im Krankheitskapitel V (s. Abbildung 16 und 17) werden „Psychische und Verhaltensstörungen“ beschrieben.

Zu Abbildung 17: **Trichotillomanie**

Die Trichotillomanie ist das Ausreißen der eigenen Haare. Sie tritt eher selten auf und gehört zum Bereich der **Zwangserkrankungen**.

Die deutsche ICD-Ausgabe wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (**DIMDI**) herausgegeben und gepflegt. Die Sichtweise der Diagnosen im ICD 10 hat sich entwickelt von der Erklärung zur Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder. Näheres unter www.dimdi.de.

Bei der Erstellung von Diagnosen besteht immer auch die Problematik so genannter **Trenddiagnosen** wie z. B. derzeit ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) bei Erwachsenen. Zu bedenken ist dabei das Interesse und der Einfluss der Pharmalobby. Durch eine verstärkte Nachfrage nach Gruppen zu bestimmten Themen können diese Trends in der Selbsthilfe-Kontaktstelle deutlich werden und das Spannungsfeld zwischen der Pharmalobby und den Betroffenen sollte hier benannt werden.



Teilnehmerinnen des Thementages

Was ist eine psychische Störung?

- „klinisch erkennbarer Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten... die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind.“
- „Soziale Abweichung oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigung sollten nicht als psychische Störung ... angesehen werden.“ (ICD-10 Kap. V (F) S. 23)

www.thomas-marien.de

11

Ab wann spricht man von psychischer Störung?

- Klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen im sozialen Bereich, bei der Arbeit oder in anderen wichtigen Lebensbereichen
- Die Symptome sind keine direkte physiologische Folge einer Substanz oder eines allgemeinen medizinischen Krankheitsfaktors

www.thomas-marien.de

12

Grenzen von Selbsthilfegruppen zu psychischen Störungen werden durch die Art und die Auswirkung der jeweiligen Erkrankung gesetzt. Orientierungsstörungen, Antriebsstörungen, Trugwahrnehmungen und viele andere Krankheitsfolgen (siehe Abbildung 13) können der Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe im Weg stehen.

<u>Psychischer Befund</u> (AMDP-System, 2000)	
- Bewusstseinsstörungen (quantitativ, qualitativ)	- Wahrnehmungsstörungen
- Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit	- Formale Denkstörungen
- Orientierungsstörungen (zeitlich, örtlich, situativ)	- Wahn/Inhaltliche Denkst.
- Auffassungsstörungen	- Ich-Störungen
- Gedächtnisstörungen	- Störungen der Affektivität
- Störungen der Intelligenz	- Störungen des Antriebs und Der Psychomotorik
	- Zwänge, Phobien, Ängste

www.thomas-marien.de 13

Zu Abbildung 13: **AMDP-System und formale Denkstörungen**

Mit dem international anerkanntem AMDP-System, dem System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, existiert ein System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation von psychopathologischen Erkrankungen. Das AMDP-System besteht aus einem Manual und aus umfangreichen Fragebögen zur praktischen Anwendung.

Formale Denkstörungen sind beispielsweise an der Neubildung von Wörtern, so genannter Neologismen, die keine Bedeutung haben, zu erkennen. Dies kann ein Hinweis auf eine schizophrene Erkrankung sein.

<u>Fragen zu möglichen psychischen Störungen</u>
An geeigneter Stelle einstreuen:
<ul style="list-style-type: none">• Haben Sie schon mal Geräusche oder Stimmen gehört oder Dinge gesehen, die andere nicht hören oder sehen konnten?• Waren Sie schon mal so traurig oder unglücklich, dass Sie dachten, es wäre besser tot zu sein oder sich selbst zu töten?• Haben Sie schon mal erlebt, dass Ihre Gedanken von Kräften beeinflusst werden, die Sie nicht kontrollieren können?• Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass es Leute gibt, die Ihnen schaden oder Sie verletzen wollen?• Sind Sie manchmal übermäßig besorgt oder haben Sie Ängste oder Panik, so dass Sie auf Dinge, die Sie tun möchten oder sollten, verzichten müssen?• Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher ein impulsiver Mensch sind, der rasch wechselnde und intensive Gefühle erlebt (z.B. ideale Liebe, heftige Wut, große Leere)?

www.thomas-marien.de 14

4 Hilfesystem für Betroffene

Zahlenmäßig häufen sich die Anfragen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Selbsthilfe-Kontaktstellen, auch wenn sie oft unter anderen Stichworten auftreten, z. B. Einsamkeit, Trennung, Ängste, ... Die Scham, psychisch krank zu sein, ist nach wie vor sehr groß.

Selbsthilfe-Kontaktstellen sollten die regionale Versorgung mit Fachpersonal gut kennen und Kooperationen suchen und pflegen.

Einschub zum Behandlungs-/ Versorgungssystem bei psychischen Erkrankungen

Als Leistung der Krankenkassen:

- Nervenarzt (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie)
- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie
(vorher: Facharzt für psychotherapeutische Medizin)
- Psychologischer Psychotherapeut (seit 1999)
- Kinder- und Jugendpsychotherapeut
(behandeln ausschließlich Kinder und Jugendliche)

Ohne Leistung der Krankenkassen:

- „Psychotherapeuten“ nach dem Heilpraktikergesetz



Herr Thomas Marien

5 Spezielle psychische Erkrankungen und Selbsthilfe

5.1 Affektive Störungen

Affektive Störungen

- Depressive Episode
- Rezidivierende depressive Störung
- Manische Episode
- Bipolare Störung
- Anhaltende affektive Störungen:
 - Dysthymia
 - Zykllothymia

www.thomas-marien.de 37

Depressive Episode
Rezidivierende depressive Störung

- Kriterien nach ICD-10:
- **Hauptsymptome (HS):** depressive Stimmung, Interesse- u. Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs/Energieverlust/Müdigkeit
- **Andere häufige Symptome (NS):** verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder Handlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit

www.thomas-marien.de 38

Zu Abbildung 37: **Affektive Störungen** sind die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen.

Bipolare Störung (manisch-depressiv)

Nach den leitliniengestützten Empfehlungen ist bei der bipolaren Störung eine Medikation nötig. Bei guter medikamentöser Einstellung kann eine Selbsthilfegruppe hier gut funktionieren. Eine mögliche Setzung in der Selbsthilfegruppe kann sein, dass Menschen, die ihre Medikamente nicht einnehmen, nicht am Gruppentreffen teilnehmen können. In der Beratung zur Gruppengründung ist es daher ratsam, folgende Frage zu stellen: „Wie wollen Sie mit dem Aspekt der Medikamenteneinnahme umgehen?“

Menschen mit bipolaren Störungen fühlen sich meistens gut aufgehoben in **Selbsthilfegruppen** mit rezidivierenden depressiven Störungen (vgl. Abbildung 40), da die depressiven Phasen bei den bipolar Erkrankten i.d.R. häufiger und langwieriger sind und daher die depressiven Phasen überwiegen. In der **manischen** Phase wird die Bereitschaft zur Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe eher nicht gegeben sein. Der Referent riet davon ab, dass Selbsthilfegruppen sich auf Diskussionen mit einer Person einlassen, die gerade in einer manischen Phase ist.

Affektive Störungen
Generelles

Suizidalität bei depressiven Störungen

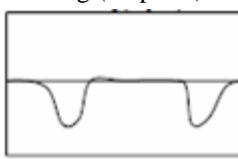
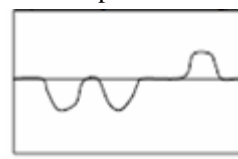
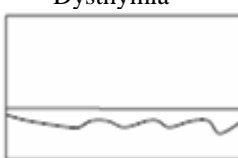
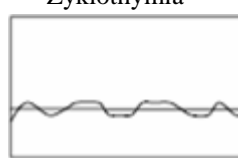
- 15% Suizidrate bei schweren Depressionen
- 20-60% Suizidversuch
- 40-80% Suizidideen

Verteilung der Verlaufsformen

- Unipolar **65%**; ♀: ♂ = **2:1**
- Bipolar **30%**; ♀: ♂ = **1:1**

www.thomas-marien.de 39

Affektive Störungen
Verlauf I

Rezidivierende depressive Störung (unipolar)	Bipolare affektive Störung (manisch-depressive Erkr.)
	
Dysthymia	Zykllothymia
	

www.thomas-marien.de 40

Zu Abbildung 40:

Eine **Dysthymia** ist eine depressive Dauerverstimmung. Die Erkrankten sind niedergeschlagen, freudlos, müde, missmutig, voller Selbstzweifel etc.

Bei der **Zyklothymia** handelt es sich um eine dauerhaft instabile Stimmung. Leicht manische und leicht depressive Phasen treten im schnellen Wechsel hintereinander auf.

75 Prozent der **Depressionen** sind wiederkehrende Depressionen. Die Phase der Depression dauert i.d.R. circa ein halbes Jahr. Danach tritt meistens die „hypomane“ Phase ein, die gekennzeichnet ist durch eine leicht gehobene Grundstimmung und einen gesteigerten Antrieb.

Bei Depressionen ist die Mitarbeit in einer **Selbsthilfegruppe** sehr vielversprechend hinsichtlich der Rückfallprophylaxe und der Sekundärprävention. Eine **gemischte Selbsthilfegruppe** von **Menschen mit Ängsten und Menschen mit Depressionen** verhindert ein „Suhlen im Elend“.

Eine wichtige Regel in einer Selbsthilfegruppe zum Thema Depression ist die Klärung der Frage, wie mit dem Thema Suizid umgegangen wird.

Einschub zu **Medikamenten**:

Bei mittleren bis schweren Depressionen sind **Antidepressiva** wichtig, um über die Schwelle zur Aktivität zu kommen. Medikamentengabe bei Depressionen lassen sich in etwa mit dem Einsatz einer Gehhilfe bei einem Beinbruch vergleichen. Die Bedeutung der nachfolgenden Krankengymnastik bei einem Beinbruch ist vergleichbar mit der Bedeutung von Gesprächen in einer Selbsthilfegruppe bei der Depression.

Antidepressiva machen nicht abhängig und haben kein Suchtpotenzial. Anders sieht es aus bei **Neuroleptika**, die bereits nach zwei Wochen abhängig machen.

5.2 Angststörungen

<u>F4 Angststörungen</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Agoraphobie• Panikstörung• Soziale Phobie• Spezifische Phobie• Generalisierte Angststörung	
<ul style="list-style-type: none">• Lebenszeitprävalenz: 15%• Die meisten Angststörungen <u>bei Frauen häufiger</u>.	
www.thomas-marien.de	43

<u>F40.0 Agoraphobie</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Angst tritt in <u>mindestens zwei</u> der folgenden Situationen auf: Menschenmengen; auf öffentlichen Plätzen; bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause; bei Reisen allein• Zentrale Befürchtung ist, nicht fliehen zu können oder die Kontrolle zu verlieren• Vermeidung der phobischen Situationen• Die psychischen und vegetativen Symptome sind primäre Manifestationen der Angstsein und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken	
<ul style="list-style-type: none">• Tritt häufig <u>zusammen mit depressiven Störungen</u> auf.• Prävalenz 5,4%	
www.thomas-marien.de	44

Angststörungen treten bei Frauen weitaus häufiger auf als bei Männern und Angststörungen zeigen sich oft in Kombination mit Depressionen.

F41.0 Panikstörung

- **Angstattacke mit plötzlichem Beginn** mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühl, Schwindel, Entfremdungsgefühl (Depersonalisation, Derealisation) („wie aus heiterem Himmel)
- Dauer meist nur Minuten, selten länger
- **Zentrale Befürchtung ist zu sterben, wahnsinnig zu werden oder keine Hilfe zu bekommen.**
- Mehrere schwere Angstanfälle innerhalb eines Monats
- In Situationen, in denen **keine objektive Gefahr** besteht
- Angstanfälle sind nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt
- zwischen den Attacken weitgehend angstfreie Zeiträume (aber Erwartungsangst möglich)

- Lebenszeitprävalenz: F 1%, M 7%

www.thomas-marien.de

45

F40.1 Soziale Phobie

- Furcht vor **prüfender Betrachtung** durch andere Menschen, zentrale Angst vor **Peinlichkeit oder Blamage**, Angst insbesondere in **kleinen Gruppen**
- Angst ist auf **bestimmte soziale Situationen** beschränkt oder überwiegt darin
- **Vermeidung** der phobischen Situationen
- Die psychischen und vegetativen Symptome sind primäre Manifestationen der Angst und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken.
- Prävalenz 11,3%; F:M = 1:1
- Beginn häufig in der Jugend, DD selbstunsichere Persönlichkeit

www.thomas-marien.de

46

Zu Abbildung 46: **Soziale Phobie**

Selbsthilfegruppen von Menschen mit einer **sozialen Phobie** wie z. B. extrem Schüchterne stellen eine besondere Herausforderung dar. Die Betroffenen brauchen eine Selbsthilfegruppe, das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens ist jedoch oftmals sehr groß. Effektiv kann hier die Unterstützung der Gruppenarbeit mit Hilfe von Trainingsbüchern sein, siehe Literaturhinweis am Ende dieser Dokumentation. Selbsthilfegruppen sollten größer sein als sieben bis acht Personen oder sollten mit anderen Ängsten gemischt werden.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit finden sich in Selbsthilfegruppen zum Thema soziale Phobie auch Personen mit narzisstischen Störungen (s. Abbildung 63).

F40.2 Spezifische Phobie

- Angst bei Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder in einer spezifischen Situation.
- Z.B. Höhenangst, Tierphobien, Blut und Spritzen, Prüfungsangst, Zahnarzt ...
- Vermeidung der phobischen Situationen
- Die psychischen und vegetativen Symptome sind primäre Manifestationen der Angst und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken.
- Prävalenz 5,6%

www.thomas-marien.de

47

F41.1 Generalisierte Angststörung

- **Frei flottierende Angst** mit Symptomen wie **ständige** Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle, Oberbauchbeschwerden
- Befürchtungen und **Sorgen** im Vordergrund (z.B. Patient selbst oder Angehörige könnten verunglücken/erkranken)
- Motorische Spannung, vegetative Übererregbarkeit
- Symptome der Angst müssen an den meisten Tagen, meistens mehrere Wochen lang (meist mehrere Monate) vorhanden sein.
- Prävalenz 7,5%
- Verlauf tendiert zu Schwankungen und Chronifizierung.

www.thomas-marien.de

48

Selbsthilfegruppen von Menschen mit einer „**Generalisierten Angststörung**“ können laut Referent eine stützende Wirkung für die Betroffenen haben.

5.3 Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind nach Erfahrung des Referenten gut und effektiv behandelbar mit einer Konfrontationstherapie. Die Konfrontationstherapie ist eine Therapieform, in der gezielt angstbesetzte Situationen durchlebt werden, um dadurch zu erfahren, dass die Angst auszuhalten ist und letzten Endes vergeht.

F42 Zwangsstörungen

- Diagnose: Mindestens zwei Wochen lang unangenehme, sich aufdrängende Zwangsgedanken, -handlungen oder beides (z.B. Waschen Kontrollieren, Ordnen, Zählen, Gedanken anderen ein Leid anzutun...);
- Gedanken sind als eigene Gedanken erkennbar;
- Widerstand; dürfen nicht angenehm sein;
- Hohe Verheimlichungstendenz („abstrus, bizarr, unsinnig, peinlich“)
- Fast immer Vermeidungsverhalten
- Lebenszeitprävalenz: 1-2%
- F : M = 1:1; beginnt meist in der Adoleszenz/frühem Erwachsenenalter

www.thomas-marien.de

49

Angststörungen, Therapie

- Alle Angststörungen sind psychotherapeutisch effektiv zu behandeln.
- Kognitive Verhaltenstherapie** besonders wirksam
- Zentrale Therapieprinzipien: Konfrontation und kognitive Umstrukturierung
- Psychopharmaka**
- ggf. als Begleitmedikation, besonders bei Panikstörung
 - Antidepressiva wirksam
 - Benzodiazepine sehr wirksam, aber hohes Suchtpotential, nur kurzfristig sinnvoll

www.thomas-marien.de

50

Zu Abbildung 49: **Zwangsstörungen**

Sind die Zwänge wiederkehrend, so eignet sich die Mitarbeit in einer **Selbsthilfegruppe** sehr gut für die weitere Unterstützung. Die Selbsthilfegruppe kann dabei helfen, die Angst bspw. das Gas nicht abgestellt, die Tür nicht verschlossen zu haben, auszuhalten. Optimal unterstützend wirken hier spezielle Gruppen zum Thema Zwänge. Laut Referent sollten dabei Menschen mit Depressionen nicht an eine Gruppe vermittelt werden, in der speziell Menschen mit Zwangsstörungen teilnehmen. Eine bedeutende **Gruppenregel** sollte sein, dass es keine Antworten auf Rückversicherungsfragen gibt, wie sie beispielsweise oben genannt sind: „Habe ich zu Hause die Fenster geschlossen? Habe ich die Haustür abgeschlossen?“.

5.4 Trauma/posttraumatische Belastungsstörung

F43 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

- Diagnostik:
- Wiederholtes Erleben eines Traumas (Traumakriterien!) in sich aufdrängenden Erinnerungen (flashbacks)
- Gefühl des Betäubtseins, emotionalen Stumpfseins, Gleichgültigkeit (oder Angst, Aggressivität) gegenüber Anderen
- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
- vegetative Übererregtheit und Vigilanzsteigerung, übermäßige Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit
- Störung folgt innerhalb von 6 Monate nach einem traumatischen Erlebnis.
- DD: Borderline Persönlichkeit

www.thomas-marien.de

51

Zu Abbildung 51: Das Thema **Trauma/posttraumatische Belastungsstörung** ist zurzeit en vogue. Als Kriterium für ein Trauma gilt, dass es sich dabei um ein Erlebnis handelt, das auch für andere Menschen extrem beängstigend wäre. Bei Flashbacks handelt es sich um Erinnerungen, die unvermittelt hoch kommen. Vigilanzsteigerung ist gleichzusetzen mit einer ausgeprägten Wachsamkeit. Traumatisierte Menschen neigen nicht selten dazu, sich selbst zu verletzen.

Die Mitarbeit in einer **Selbsthilfegruppe zum Thema Trauma** ist sinnvoll, um die Erlebnisse ein Stück weit zu verarbeiten und sich gegenseitig Mut zu machen. Selbsthilfe wirkt dabei unterstützend. Monotraumata wie z. B. ein Trauma nach einem Unfall oder einem Einbruch können in einer Gruppe gemischt werden. Menschen mit extremen, komplexen Traumata wie Vergewaltigung, Missbrauch oder frühkindlich erlebte Traumata sind in einer speziell zu dem Thema arbeitenden Gruppe besser aufgehoben.

Für **Selbsthilfegruppen** zum Thema „**Posttraumatische Belastungsstörung**“ warnte der Referent davor, bei den Gruppentreffen das Trauma zu schildern. Die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Schilderung bei den Betroffenen eine Retraumatisierung auftrete, sei hoch und die Gruppe könne diese nicht auffangen.

Trauma-Selbsthilfegruppen sind oft extrem fordernd. Für die Selbsthilfe-Kontaktstellen heißt es, hier besonders besonnen zu reagieren.

5.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung

Histrionische Persönlichkeitsstörung

- durchgängiges Muster von übermäßiger Emotionalität und übermäßigem Verlangen nach Aufmerksamkeit
- Dramatisierung der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen
- Suggestibilität; oberflächliche und labile Affektivität
- andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere
- unangemessen verführerisch im Erscheinenden und Verhalten, übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität

www.thomas-marien.de

62

Narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

- Überdauerndes Muster: 5 von 9:
- Kritikreaktion: Wut, Scham, Demütigung
- Ausnutzen von Beziehungen
- Übertriebenes Selbstwertgefühl
- Eigene Probleme sind einzigartig
- Phantasien grenzenlosen Erfolgs
- Anspruchsdenken
- Verlangt Aufmerksamkeit und Bewunderung
- Mangel an Einfühlungsvermögen
- Starke Neidgefühle

www.thomas-marien.de

63

Frauen entwickeln tendenziell eher histeroide Eigenschaften, Männer eher narzisstische. Menschen mit einer **histrionischen** oder auch **narzisstischen Persönlichkeitsstörung** übernehmen schnell und gerne die Leitungsfunktion in einer **Selbsthilfegruppe** nach dem Motto „Probleme haben die anderen, nicht ich“. Je nach Zusammensetzung der Gruppe muss das nicht schlecht sein, kann jedoch dann, wenn es zuviel wird, eine destruktive Wirkung haben.

Für die Arbeit in der **Selbsthilfe-Kontaktsstelle** heißt es, achtsam zu sein und sich nicht in die Verhaltensmuster der narzisstischen Person zwingen zu lassen. Angemessen ist ein Verhalten, das komplementär zu den Bedürfnissen des narzisstischen Menschen ist. Wichtig ist, zu loben und einen „Beziehungskredit“ aufzubauen, der langsam wieder abgebaut werden kann. Es empfiehlt sich auch, sich weder auf Abwertungen noch auf detaillierte Gespräche über ihre bzw. seine Gruppe und der Einforderung vieler Dienstleistungen einzulassen. Der Bochumer Psychologieprofessor Rainer Sachse hat ein empfehlenswertes Buch zum Umgang mit dieser Betroffenenengruppe geschrieben (s. Literaturhinweis).

5.6 Borderline Persönlichkeitsstörung

Borderline Persönlichkeitsstörung

- Instabilität des eigenen Selbstbildes, Ziele und innere Präferenzen unklar und gestört,
- rascher Wechsel zwischen Überidealisierung und Abwertung gekennzeichnet.
- Häufig Suizidandrohungen und Suizidversuche.
- chronisches Gefühl der Leere und Langeweile gegenüber
- häufig Selbstverletzung.

- Hohe Tare an Opfern sexuellen oder körperlichen Missbrauchs.
- DD: PTBS, Sucht

www.thomas-marien.de

66

Der Begriff Borderline heißt übersetzt *grenzwertig* oder *Grenzlinie*. Er wurde als Fachbegriff gewählt, da die Merkmale der **Borderline Persönlichkeitsstörung**, abgekürzt **BPS**, im Grenzbereich zwischen Neurosen und Psychosen liegen.

Kennzeichnend für eine BPS sind extreme emotionale Schwankungen, unklare Ziele und starke Identitätskrisen. Beispielhaft ist der Wechsel zwischen einer inneren Leere und einer intensiven, kaum auszuhaltenden Spannung. Die daraus folgende fehlende Impulskontrolle hat ein unangemessenes emotionales Verhalten zur Folge, was sich wiederum in instabilen sozialen Beziehungen niederschlägt. Die BPS wird oft begleitet von Depressionen und/oder selbstverletzendem Verhalten. Nicht selten liegen frühkindliche traumatische Störungen zugrunde.

Für die Unterstützung dieser **Selbsthilfegruppen** ist es ratsam, Anfangsgespräche über einen längeren Zeitraum zu führen und genau zu schauen, wie stabil die Interessentinnen und Interessenten sind.

Gruppen zum Thema BPS funktionieren in der Regel jedoch nicht als Selbsthilfegruppen, sondern nur mit enger professioneller Begleitung. Klare Regeln im Umgang mit Suchtmitteln sind eine wichtige Voraussetzung für das Arbeiten in einer Gruppe. Eine weitere Regel ist, dass nicht über Details des Traumas gesprochen werden darf, um somit eine Retraumatisierung zu verhindern.

Ein funktionierendes Beispiel für BPS-Gruppen sind sogenannte **SKILL-Gruppen**. Fertigkeiten, eben Skills, im Umgang mit den Problemen, die eine BPS mit sich bringt, werden mit Hilfe eines speziellen Trainingsprogramms erlernt, ausprobiert und vertieft. Dabei wird der Trainingsprozess nicht nur durch die Trainerin oder den Trainer vermittelt, sondern in dem geschützten Gruppenrahmen ist es ein Lernen voneinander. In diesem Zusammenhang fällt der Begriff DBT (**dialektische behaviorale Therapie**), eine verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieform.

6 Abschließende Bemerkung

Deutlich wurde, dass Selbsthilfegruppen zum Thema **Psychische Störungen** eine andere, intensivere Unterstützung von den Selbsthilfe-Kontaktstellen benötigen als viele andere Gruppen. Bereits in der Phase der Beratung und Gruppengründung ist eine besondere Achtsamkeit gefragt. Es ist ratsam, einen regelmäßigen Kontakt zu diesen Gruppen zu halten.

Wir bedanken uns bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mit ihren beständigen Fragen, ihren Beiträgen mit Beispielen aus der praktischen Arbeit und ihren Kommentaren wesentlich zum Gelingen des Thementages beigetragen haben. Gleichzeitig bedanken wir uns auch bei Herrn Marien, der uns durch seine fesselnde Wissensvermittlung viel Rüstzeug für die konkrete Arbeit mitgegeben hat.



Teilnehmerinnen des Thementages

7 Literaturempfehlungen

- Alsleben, Heike; Hand, Iver:
Soziales Kompetenztraining & CD-ROM: Gruppentherapie bei sozialen Ängsten und Defiziten
- Bohus, Martin; Wolf, Martina:
Therapieprogramm für Borderline-Patienten. Patienten-Version
- Doering, Stephan; Möller, Heidi:
Frankenstein und Belle de Jour: 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen
- Doering, Stephan; Möller, Heidi:
Batman und andere himmlische Kreaturen – Noch mal 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen
- Fricke, Susanne; Hand, Iver:
Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Hilfe zur Selbsthilfe
- Sachse, Rainer:
Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten
- Ullrich & de Muynck:
ATP: Anleitung für den Therapeuten: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (sowie ATP 1-3 für die praktischen Übungen!)

Zusätzlich:

ICD-10 Kapitel V (F). Leitlinien (oder Forschungskriterien) [im Internet unter www.dimdi.de verfügbar]

Impressum

Herausgeber: Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
Gartenstraße 18
30161 Hannover
Tel.: (05 11) 39 19 28
Fax: (05 11) 39 19 07
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de
www.selbsthilfe-buero.de

Redaktion: Dörte von Kittlitz
Roswitha Schulterobben

Mitwirkung: Bei der Vorbereitung der Tagung haben mitgewirkt:
Monika Klumpe, BeKoS Oldenburg, Beratungs- und Koordinierungsstelle
für Selbsthilfegruppen e.V.
Annegrete Schmidt, Selbsthilfe-Kontaktstelle im Gesundheitsamt
des Landkreises Leer
Hans-Hinrich Vervoort, Selbsthilfe-Kontaktstelle im Gesundheitsamt
des Landkreises Leer

Finanzierung: Diese Dokumentation wird finanziert aus Mitteln der
niedersächsischen Krankenkassen

Copyright: Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
Eine Einrichtung der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

Im Juni 2011