

Krankheitsbilder – psychische Erkrankungen im Überblick



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Andrea Riecken

Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
a.riecken@hs-osnabrueck.de

Gliederung

1. Datenlage
2. Diagnosen in der ICD (Depression am Nachmittag)
3. Abhängigkeitserkrankungen (F1)
4. Schizophrenie (F2)
5. Persönlichkeitsstörungen (F6)
6. Zwangsstörungen (F4)



1

Psychisch erkrankte Klienten in Praxisfeldern der Sozialen Arbeit Wie ist die Datenlage?



Geschätzte Beratungsprävalenz

Quelle: Riecken (2018). Gesundheitsarbeit und Soziale Arbeit. *Soziale Arbeit*. 67/H.1, 10-19.

Praxisfelder gruppiert	Anzahl der beteiligten Einrichtungen	Anteil psychisch erkrankter Klienten in Prozent				Anteil der Befragten, die von einer Zunahme ausgehen in Prozent
		M	SD	Minimal	Maximal	
Wohnen		M	SD	Minimal	Maximal	
Ambulant betreutes Wohnen	5	75,0	36,5	18,0	100,0	50,0
Stationär betreutes Wohnen	4	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Wohnungslosenhilfe	2	70,0	0,0	70,0	70,0	100,0
Altenheime	4	58,0	28,3	30,0	92,0	100,0
Mutter-Kind-Einrichtung	4	85,0	9,1	75,0	95,0	75,0
Stationäre Jugendhilfe	4	58,7	20,9	30,0	80,0	75,0
Bildung und Arbeit		M	SD	Minimal	Maximal	
Schulsozialarbeit	4	12,6	15,1	2,0	30,0	0,0
Offene Jugendarbeit	5	18,2	27,9	1,0	60,0	60,0
WfbM	4	72,5	41,9	10,0	100,0	25,0
Tagesstätten	4	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Sonstige Angebote		M	SD	Minimal	Maximal	
Allgemeine Sozialberatung	4	30,0	18,7	5,0	50,0	100,0
Schuldnerberatung	2	10,0	2,8	8,0	12,0	50,0
Familienberatung	4	19,5	15,4	3,0	40,0	50,0
Migrationssozialarbeit	4	11,0	12,6	4,0	30,0	50,0
Straffälligenhilfe	4	23,0	15,2	5,0	40,0	75,0
Rechtliche Betreuung	3	50,0	39,9	5,0	75,0	66,7
Gesamt im Durchschnitt	61	51,3	37,2	29,1	67,1	61,0

Anmerkungen: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

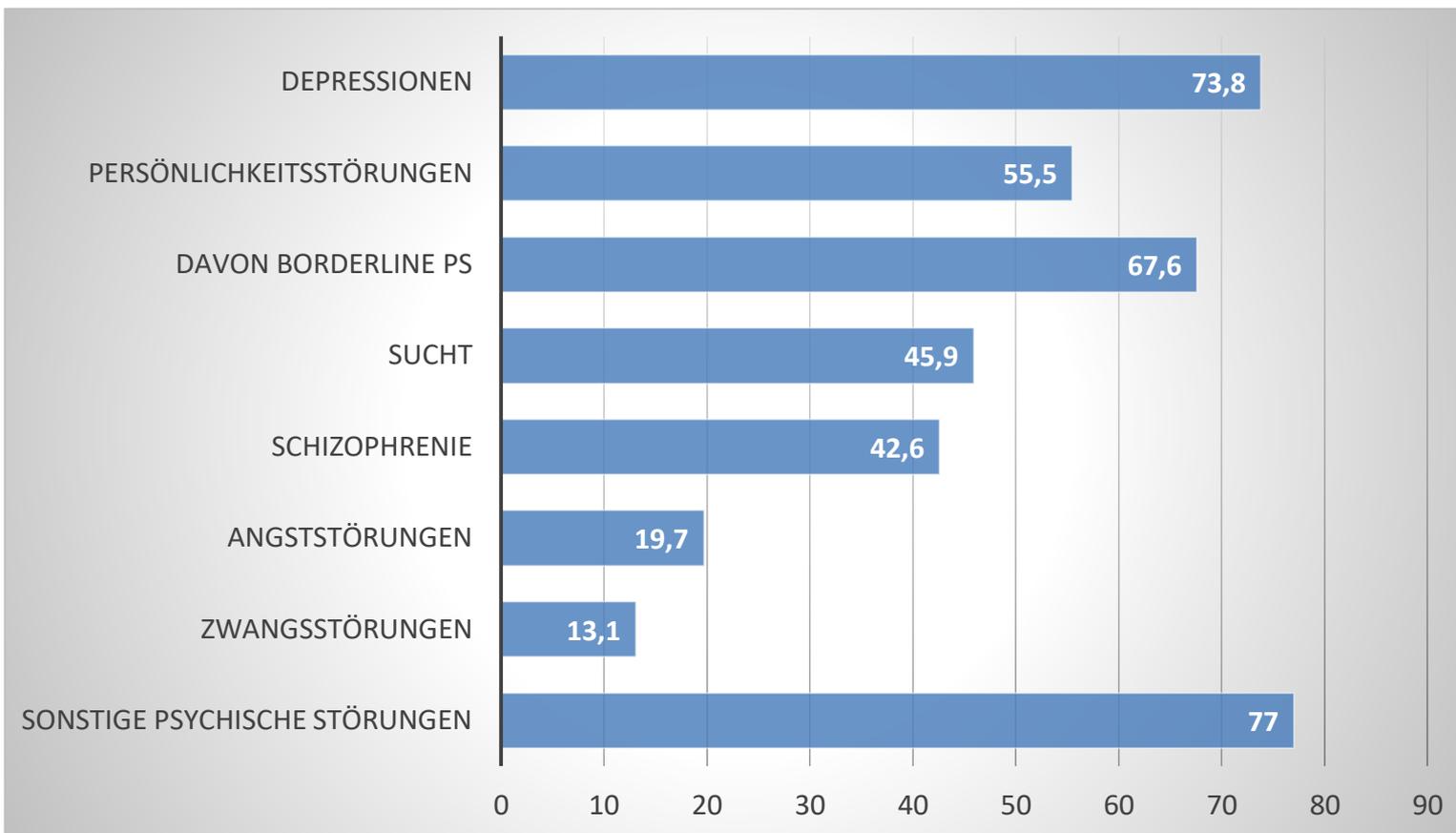
© Prof. Dr. Andrea Riecken



Geschätzte Verteilung der Diagnosen

Quelle: Riecken (2018). Gesundheitsarbeit und Soziale Arbeit. *Soziale Arbeit*. 67/H.1, 10-19.

Mehrfachnennungen



Anmerkungen: In der Kategorie sonstige psychische Störungen wurden seltener genannte psychische Störungen wie ADHS, Demenz, PTBS, bipolare Störungen usw. zusammengefasst.

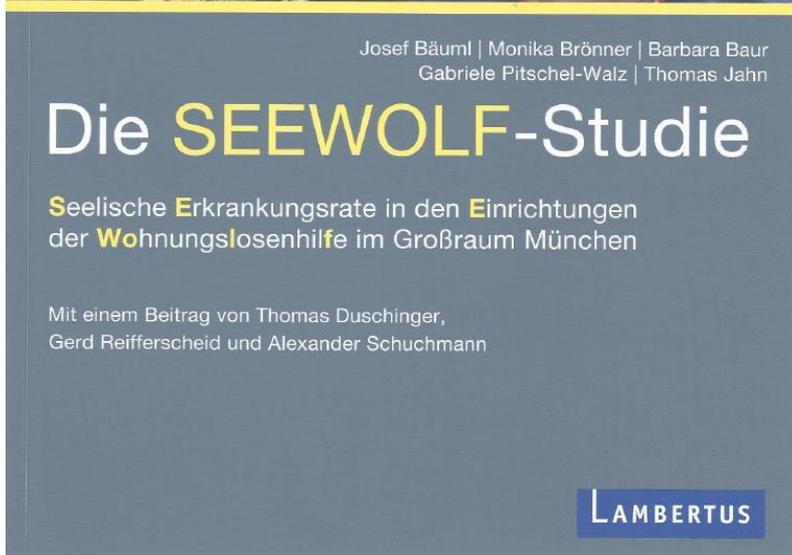


Seewolf-Studie

Quelle: Bäuml et al. (2017). Die Seewolf-Studie. Freiburg i. Br.: Lambertus.



- Stichprobe (N=232) (Betreute WGs (19), Niederschwellige Hilfen (40), Notunterkünfte (28), Langzeithilfen (61), Reintegration (32), Hilfen nach §53 SGBXII)
- Städtische Notunterkünfte wurden nicht in die Untersuchung mit einbezogen (weil Bewohner hohes Misstrauen hatten, häufiger Drogenkonsum im Vordergrund stand, häufiger schlechte Deutschkenntnisse wegen Migrationshintergrund bestanden etc.)
- erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten (leiden mehr unter Mehrfacherkrankungen und haben kürzere Lebenserwartung)



Seewolf- Studie

Quelle: Bäuml et al. (2017). Die Seewolf-Studie. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Ergebnisse

Substanzinduzierte Störungen (F1)

- Studienteilnehmer 42,6%
- DESGS1: 5,7%

Schizophrene Spektrumstörungen (F2)

- Studienteilnehmer 10,3%
- DESGS1: 2,6%

Affektive Störungen (F3)

- Studienteilnehmer: 20,2%,
- DESGS1: 9,3%

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

- Studienteilnehmer: 18,2%
- DESGS1: 24,7%

Fazit: Höhere Prävalenzraten bei Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie Spektrumstörungen, Affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen



Seewolf- Studie

Quelle: Bäuml et al. (2017). Die Seewolf-Studie. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 159

Ergebnisse zu den Persönlichkeitsstörungen (F6) (N=216) (55,1% wiesen eine Persönlichkeitsstörung auf)

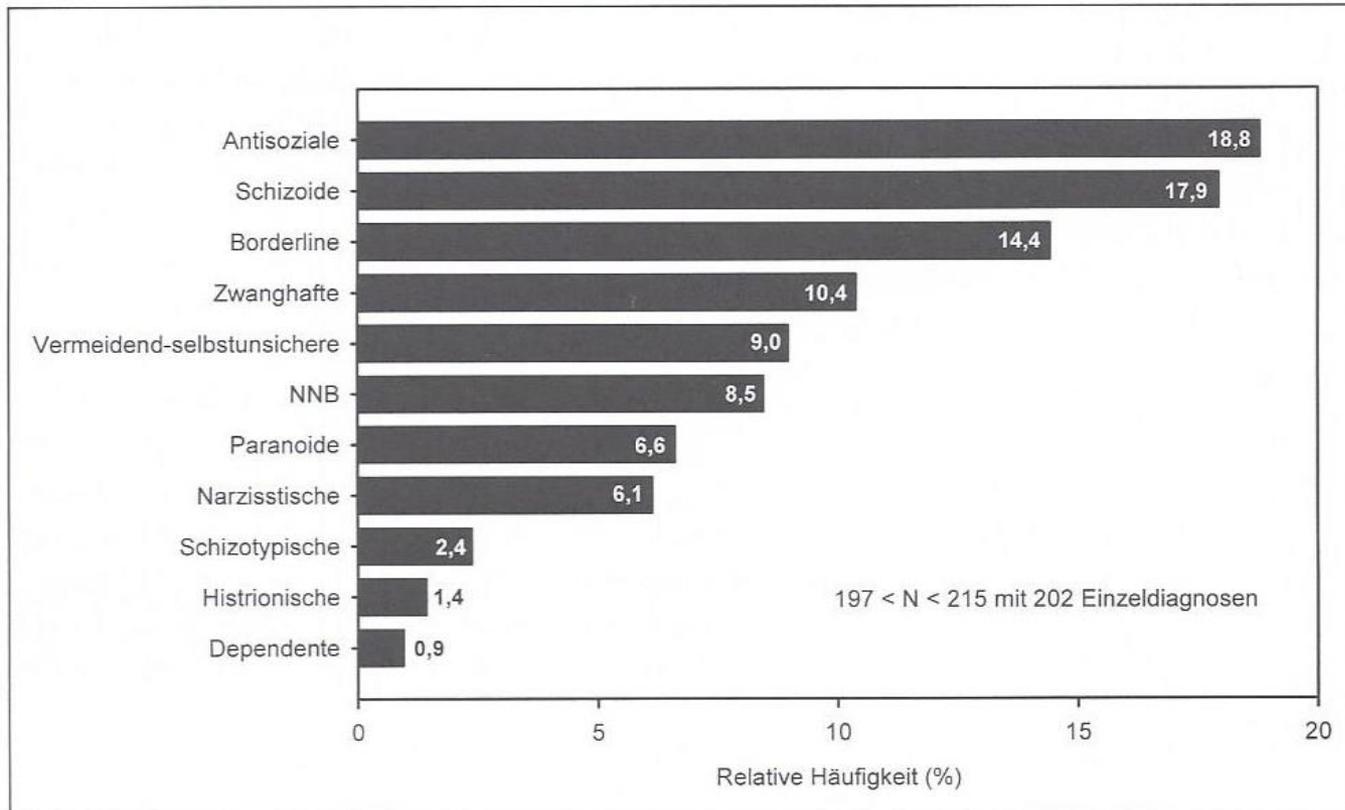
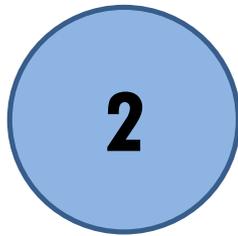


Abbildung 26: Häufigkeitsverteilung der 10 Persönlichkeitsstörungen sowie der Restgruppe „nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ (NNB) im Sinne von Achse-II des DSM-IV-TR





2

Diagnosen in der ICD

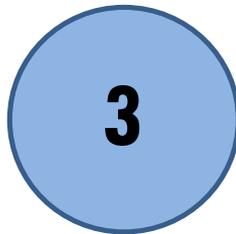


ICD 10 Klassifikation

- F0** Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2** Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3** Affektive Störungen
- F4** Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7** Intelligenzminderung
- F8** Entwicklungsstörungen
- F9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.





3

F1: Abhängigkeitserkrankungen

z.B.: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Kokain,
Stimulanzen, Hypnotika und Sedativa



Klinische Zustandsbilder

F1x.0 akute Intoxikation (akuter Rausch) (u.a. mit Delir oder Koma oder Krampfanfällen)

Es kann zu lebensbedrohlichen Zuständen, Gewebeschäden und Komplikationen kommen (z.B. Gewebeschäden im Gehirn, Verletzungen und Wunden durch Stürze, Aspiration, d.h. Verschlucken, von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle, u.a.). Die Art der Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart (Häufigkeit, Menge etc.) ab. Eine Intoxikation kann zum Tode führen.

F1x.1 schädlicher Gebrauch

F1x.2 Abhängigkeitssyndrom

1. Substanzverlangen/Craving (Suchtdruck, starker Wunsch),
2. Kontrollverlust (bezüglich Beginn, Ende, Menge),
3. Entzugssyndrom,
4. Toleranzentwicklung,
5. Fortsetzung des Konsums trotz körperliche Schäden,
6. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen (Zeit für Beschaffung, Konsum, Erholung von Konsum steigt).

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Klinische Zustandsbilder

F1x.3 Entzugssyndrom (u.a. mit Krampfanfällen)
Ist abhängig von Substanz und Menge. Bei Alkohol z.B. 1. Tremor (Hände, Zunge, Augenlider), 2. Übelkeit, Würgen und Erbrechen, 3. psychomotorische Unruhe, 4. Kopfschmerzen, 5. Halluzinationen, 6. Krampfanfälle u.a.

F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir (u.a. mit Krampfanfällen)

F1x.5 Psychotische Störung

F1x.6 Amnestisches Syndrom (u.a. Korsakow)
U.a. ausgeprägte und andauernde Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses. Störung von Zeitgefühl und Zeitgitter, Fähigkeit zu Lernen (neue Informationen aufnehmen und verarbeiten) ist kaum oder gar nicht mehr vorhanden, Konfabulationen treten oft verstärkt auf. Keine Bewusstseinsintrübung oder Aufmerksamkeitsstörung.

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Ursachen und Folgen von Krampfanfälle

- Jeder dritte Krampfanfall der stationär behandelt wird, ist durch Alkohol bedingt
- Alkoholbedingte Entzugskrampfanfälle gleichen denen der Epilepsie und treten häufig (zu 90%) während der ersten zwei bis drei Tage nach Absetzen des Alkohols (wenn der Pat. zuvor über längere Zeit Alkohol konsumiert hat), aber auch mit einer Verzögerung von bis zu drei Wochen bei bis zu 30% der Abhängigen auf.
- Jeder Anfall führt zu Zelluntergängen im Gehirn.



Intoxikation am Beispiel des Alkohols

Verhaltensweisen im Kontakt

Es können z.B. Enthemmung, Streitlust, Aggressivität, Affektlabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Einschränkung der Urteilsfähigkeit, Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, Gangunsicherheit, Standunsicherheit, verwaschene Sprache auftreten.

Kommunikationsregeln

- Bei aggressiven Verhaltensweisen für die eigenen Sicherheit sorgen, d.h. Sicherheitssysteme mit Kollegen vereinbaren
- Nonverbale Sicherheit zeigen (klare, aufrechte Körperhaltung, Blickkontakt) und zugleich feste und klare, aber freundliche Stimme

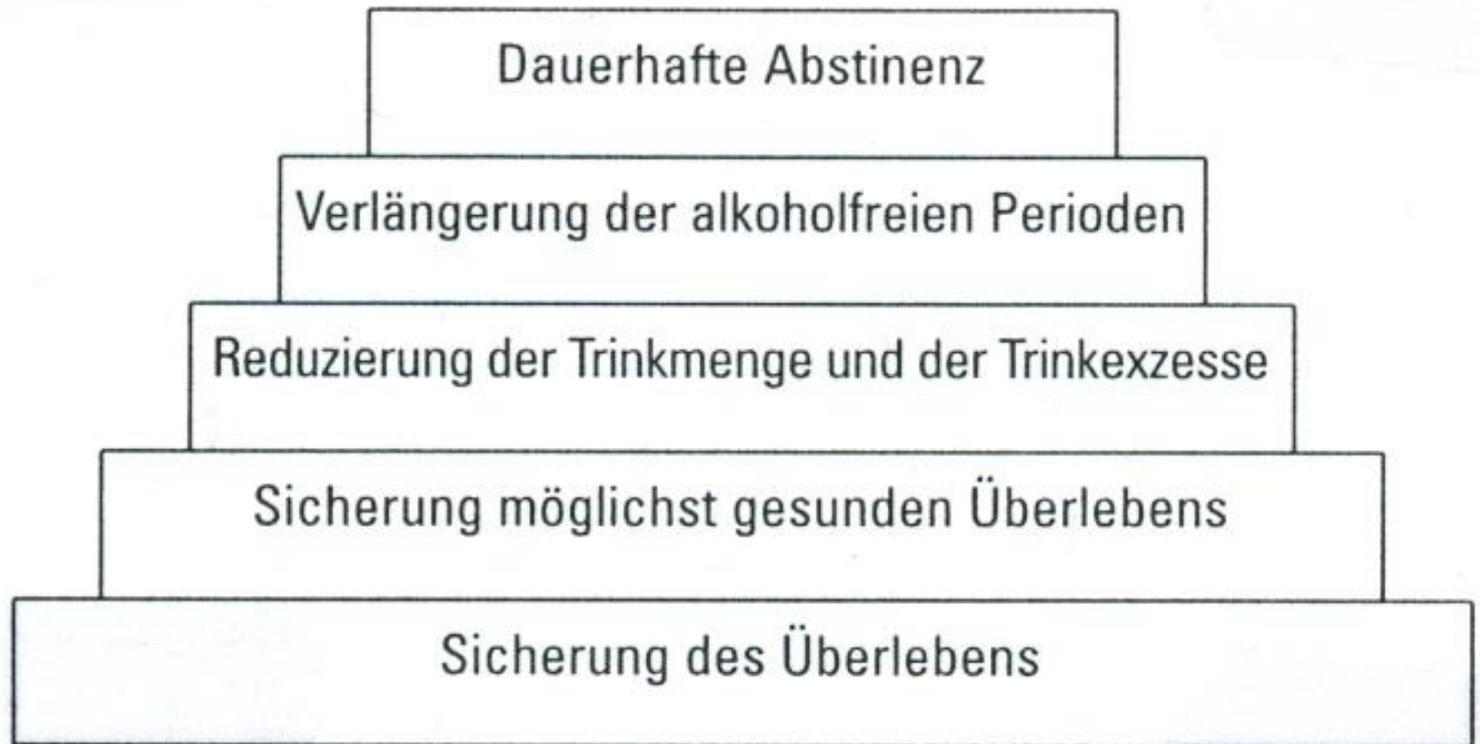
Leitlinien störungsspezifischer Arbeit

- 1 **Zielhierarchie:** Ermittlung der Zielstufe, d.h. **Interventionen** entlang der Zielhierarchie von Kruse et al. (2000)
- 2 **Verlauf:** Einschätzung des Verlaufs z.B. anhand des Stufenmodells von Jellinek (1960er)
- 3 **Vermittlung:** Medizinische und psychotherapeutische Versorgung, Suchtberatung, sonstige Angebote
- 4 **Beratungsmethode:** Motivierende Gesprächsführung
- 5 **Selbsthilfe:** Vermittlung in Selbsthilfe und ggf. Initiierung von Selbsthilfe
- 6 **Angehörigenarbeit:** Partner und Kinder
- 7 **Krisenintervention:** Selbst- und Fremdgefährdung prüfen
- 8 **Teilhabe:** ökonomisch, politisch, kulturell, sozial



Zielhierarchie in der Suchtbehandlung (Kruse et al. 2000)

Quelle: Leibing u.a. (Hg.) (2003). Lehrbuch der Psychotherapie, S.

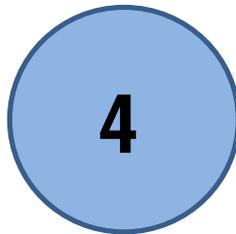


Literaturtipps

Elsesser, K./Sartory, G. (2005). Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Hogrefe: Göttingen.

Lindenmeyer, J. (2004). Ratgeber Alkoholabhängigkeit. Hogrefe: Göttingen.





4

F2: Schizophrenie

z.B.: paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, postschizophrene Depression, schizophrenes Residuum



Diagnosekriterien der Schizophrenie

- 1 Ich Störung:** Gedankenlautwerden (das Gefühl, das die Gedanken von anderen gehört werden können oder sie selber laut gehört werden), Gedankeneingebung (Gedanken werden gesteuert, gemacht, beeinflusst oder eingegeben), Gedankenentzug (das Gefühl, die Gedanken werden weggenommen oder entzogen) Gedankenausbreitung (andere können die Gedankenlesen im Kopf lesen).
- 2 Inhaltliche Denkstörungen:** Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung (Beziehungswahn, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, Größenwahn, religiöser Wahn, u.a.).
- 3 Akustische Halluzinationen:** Kommentierende, dialogische, imperative oder andere Stimmen.

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Diagnosekriterien der Schizophrenie

- 4 **Bizarrer Wahn:** z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder mit Außerirdischen im Kontakt zu stehen
- 5 **Anhaltende Halluzination aller Sinnesmodalitäten:** optische, taktile, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- 6 **Formale Denkstörungen:** Gedankenabreißen, Einschaltungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Wortneubildungen (Neologismen) führt
- 7 **Katatone Symptome:** Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus, Mutismus (verstummen), Stupor (Bewegungsstarre) u.a.
- 8 **„Negative Symptome“:** Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt, sozialer Rückzug

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Probleme im Kontakt

- 1 **Basisstörung:** Informationsverarbeitung, Wahrnehmungsstabilität und Handlungsrouinen (strukturiertes Handeln) sind gestört
- 2 **Körperliche Reaktionen:** Starke Anspannung-, Unruhe-, Erregungszustände unter Stress (Zeitdruck, Reizüberflutung, etc) wodurch Informations- und Emotionsverarbeitung gestört werden
- 3 **Fehlinterpretationen:** Soziale Interaktion ist gestört, d.h. der nonverbale emotionale Ausdruck eines anderen Menschen wird missverstanden (lächeln kann als Auslachen missverstanden werden)
- 4 **Misstrauen und Rückzug:** 1. Ängste und Misstrauen verhindern die Kontaktaufnahme oder die Annahme von Hilfe (Weglaufen, der Zugang zur Wohnung wird verweigert, sich verstecken), 2. Starker Rückzug und ein Abschotten von der Umwelt
- 5 **Forderungen:** manche Klienten verhalten sich aggressiv fordernd und/oder »Tyrannisieren« Angehörige, Freunde, Betreuer etc.
- 6 **Entscheidungsambivalenzen:** Starke Entscheidungsambivalenzen bei den Betroffenen, so dass Hilfebemühungen ins Leere laufen



Phasenverlauf der Schizophrenie

- 1 **Stabile Phase**
- 2 **Vor- oder Prodromalphase**
- 3 **Phase der akute Psychose**
- 4 **Remissionsphase**

Für die Beratungssituation ist es wichtig, herauszufinden, in welcher Phase des Krankheitsverlaufs sich der Klient befindet. Als Sozialarbeiter richten sie ihre Interventionen an der Krankheitsphase aus.

Quelle: Hahlweg/Dose (2005). Ratgeber Schizophrenie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe: Göttingen. S. 23

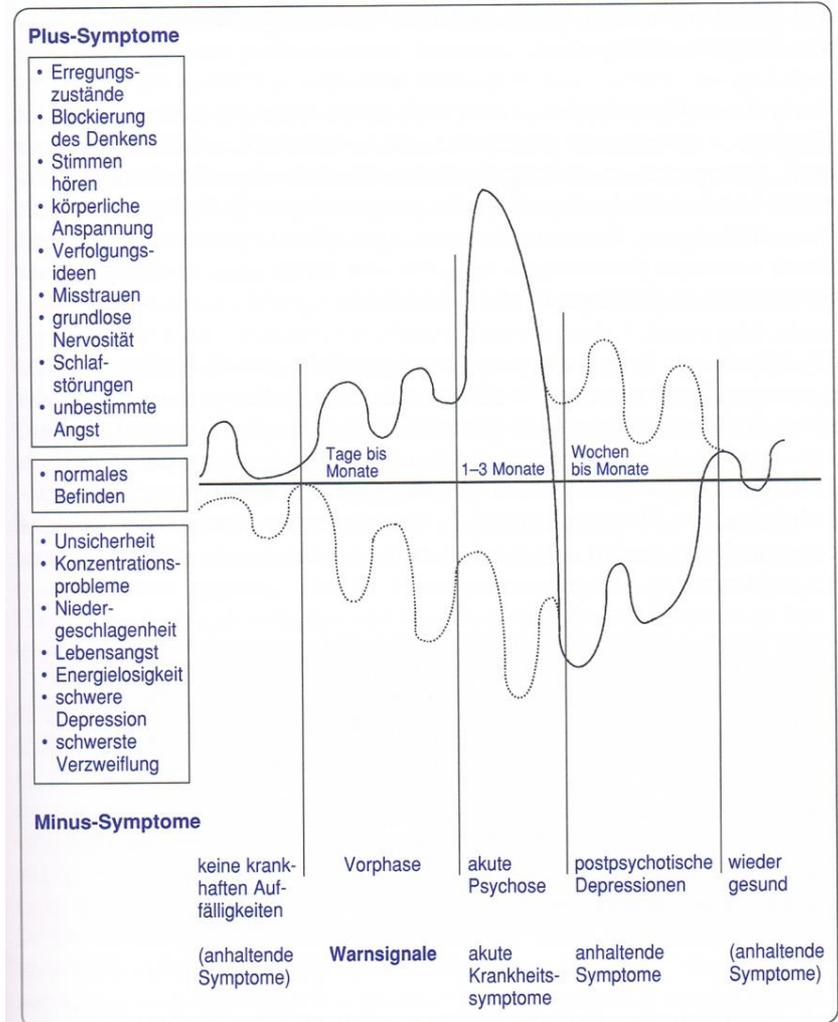


Abbildung 1: Plus- und Minussymptomatik im Krankheitsverlauf einer Psychose (modifiziert nach Bäuml, 1994)

Basisverhalten für Gesprächsführung

- 1 Eindeutige Kommunikation:** z.B. 1. Klare Sprache, 2. eindeutige Behandlungsabsprachen, 3. Transparenz des Vorgehens
- 2 Belastbarkeit des Klienten berücksichtigen:** z.B. 1. Dauer der Interventionen anpassen, 3. emotionale Überforderung vermeiden
- 3 Kognitive Defizite kompensieren:** 1. Gespräche strukturieren, 2. Zusammenfassungen und Wiederholungen, 3. Inhalte aufschreiben oder skizzieren
- 4 Selbstwertförderndes Vorgehen:** 1. Wertschätzung und Akzeptanz, positive Rückmeldungen, 3. ressourcenorientiertes Vorgehen



Stabilisierung als wichtiges Ziel

Ein primäres Ziel ist die Stabilisierung des Klienten. Deshalb ist der Abbau von Stress wichtig, d.h. Alltagsbelastungen und Belastungen am Arbeitsplatz reduzieren.

- Aktivieren sie gezielt Entspannungsmethoden wie begleitete Spaziergänge oder andere Aktivitäten, die den Klienten nachweislich entspannen und nicht die psychotische Symptomatik aktivieren.
- **Kontrainduziert:** Führen Sie keine imaginativen Techniken wie Phantasiereisen durch. Ebenfalls kein Autogenes Training, keine Biographiearbeit, keine Aktivierung von emotionalen Inhalten. Gesprächstechniken nach Rogers nicht anwenden (z.B. Spiegeln, verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte).



Leitlinien störungsspezifischer Arbeit

- 1 **Beratungstechnik:** Basisverhalten befolgen
- 2 **Phasenverlauf:** Arbeitsschritte daran ausrichten
- 3 **Rezidivprophylaxe:** Frühwarnsymptome beachten, Medikamententraining durchführen, Krisenplan entwickeln
- 4 **Vermittlung:** Mit Ärzten, Psychologen und Kliniken kooperieren
- 5 **Aufbau gesundheitsförderlichen Verhaltens:** u.a. zur positiven Freizeitgestaltung anleiten, Stressreduktion einleiten
- 6 **Abbau dysfunktionalen Verhaltens:** z.B. Cannabiskonsum etc.
- 7 **Angehörigenarbeit:** Eltern, Partner oder Kinder
- 8 **Teilhabe:** ökonomisch, politisch, kulturell, sozial



Literaturtipps

Hahlweg; K./Dose, M. (2005). Ratgeber Schizophrenie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe: Göttingen (9,95 €)

Bäuml, J. (2008). Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Heidelberg: Springer.

Berger, H./Friedrich, J./Gunia, H. (2004). Psychoedukative Familienintervention. Schattauer: Stuttgart (28,95 €)



5

F6: Persönlichkeitsstörungen

z.B.: dissoziale PS, emotional instabile PS
(impulsiver Typus oder Borderline-Typ),
histrionische PS, anankastische (zwanghafte)
PS, narzisstische PS

Persönlichkeit

Persönlichkeit

Mantelbegriff: Für die individuelle Ausprägung des als relativ zeitstabile Einheit aufgefassten strukturellen Zusammenhangs psychischer Funktionen, Eigenschaften, Gewohnheiten, Einstellungen und anderer Dispositionen.



Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Kandale & Rugenstein (2016). Das Repetitorium. dpv: Berlin: 40

Persönlichkeitsbereiche

Quelle: Neyer & Asendorf (2016): Psychologie der Persönlichkeit. Springer: Berlin.

- 1 **Physische Merkmale:** Körperbau, physische Attraktivität
- 2 **Temperament und interpersonelle Stile:** Extraversion und interpersonelle Stile, Neurotizismus, Kontrolliertheit
- 3 **Fähigkeiten:** Intelligenz, Kreativität, soziale Kompetenzen, emotionale Kompetenzen
- 4 **Handlungseigenschaften:** Bedürfnisse, Motive, Interessen, Handlungsüberzeugungen, Bewältigungsstile
- 5 **Bewertungsdispositionen:** Werthaltungen und Einstellungen
- 6 **Selbstkonzept und Wohlbefinden:** Ich, Mich und Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, Dispositionale Aspekte der Selbstwertdynamik, Die dunkle Triade, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit



Das Fünf-Faktorenmodell der Persönlichkeit

NEO-FFI (Cost & McCrae)

Faktor	Dazugehörige Eigenschaft (bei hoher Ausprägung des Faktors)
Neurotizismus	Nervosität, Emotionalität, Ängstlichkeit, Erregbarkeit, Anspannung (mehr negative Gefühle und Probleme in der Stressbewältigung)
Extraversion	Geselligkeit, Impulsivität, Begeisterungsfähigkeit (empänglich für Anregung und Aufregung), Selbstbewusstsein
Offenheit für Erfahrung	Bildung, Kreativität, Gefühl für Kunst und Kultur, Experimentierfreudigkeit, Phantasie
Gewissenhaftigkeit	Ordentlichkeit, Beharrlichkeit, Zuverlässigkeit, Verantwortlichkeit, Organisiertheit, Selbstkontrolle
Verträglichkeit	Liebenswürdigkeit, Wärme, Hilfsbereitschaft, Toleranz, Altruismus (u.a. Verständnis, Wohlwollen, Mitgefühl)

Quelle: Kandale & Rugenstein (2016): das Repetitorium. dpv: Berlin, S. 41



Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind
Beziehungsstörungen
und somit Interaktionsstörungen



Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Beziehungsmotive

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn, S.26.

Zentrale Beziehungsmotive bzw. interaktionelle Grundbedürfnisse (Sachse 2013: 27)

- 1 Motiv nach Anerkennung, Wertschätzung, positiver Definition
- 2 Motiv nach Wichtigkeit
- 3 Motiv nach verlässlicher Beziehung
- 4 Motiv nach solidarischer Beziehung
- 5 Motiv nach Autonomie
- 6 Motiv nach Unverletzlichkeit des eigenen Territoriums und der eigenen Grenzen

In der Interaktion mit anderen Menschen geht es um die Befriedung von Wünschen auf der Motivebene. Welche Motive für eine Person besonders wichtig sind ist individuell verschieden und hängt mit der Lernerfahrung zusammen. Wenn Motive oft frustriert wurden, dann bleiben sie in der Motivhierarchie hoch.



Modell der doppelten Handlungsregulation

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Drei zentrale Ebenen sind zu unterscheiden (Sachse 2013: 26f.)

- 1 Ebene der authentischen Handlungsregulation oder Motivebene:** Person handelt authentisch und transparent. Interaktionspartner können Absichten erkennen. Durch das funktionale Verhalten können zentrale Beziehungsmotive befriedigt werden.
- 2 Ebene der Schemata:** Auf dieser Ebene sind Selbst- und Beziehungsschemata verankert. Negative Beziehungserfahrungen werden dort abgespeichert.
Selbstschemata: Überzeugungen der Person von sich selbst.
Beziehungsschemata: Überzeugungen der Person darüber, wie Beziehungen funktionieren oder was sie in Beziehungen zu erwarten hat.
- 3 Spielebene:** Manipulative Strategien der Person sind nicht authentisches Verhalten. Das sind die Strategien, die die Person zur Lösung schwieriger interaktioneller Probleme entwickelt hat.



Persönlichkeitsstörungen verstehen

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

- Es ist keine tiefgreifende Störung der Gesamtpersönlichkeit
- Auch wenn sie in frühen Entwicklungsstadien entsteht
- Auch wenn mehr oder weniger alle Bereiche der Persönlichkeit betroffen sind
- Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen
- „Aufgrund negativer Schemata [Überzeugungen im Hinblick auf Beziehungen und sich selbst] entwickelt die Person dysfunktionale, also ungünstige und „kostenintensive“ Strategien der Beziehungsgestaltung.“ (S.11)
- „Persönlichkeitsstörungen entstehen in der Biographie einer Person als „Lösungen“ für schwierige Interaktionssituationen“ (S.17)
- Deshalb sind sie **nicht an sich pathologisch (krankhaft)** (S. 13,17)
- Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sollten nicht abgewertet werden, es gilt sie zu verstehen, um sie „da abzuholen, wo sie sich befinden“ und ihnen zu ermöglichen, ihr Verhalten zu verändern (S.17)



Kontinuum

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn, S. 21ff.

- „Klienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigen lediglich extreme Ausprägungen „normalen“ psychischen Funktionierens!“ (S. 21)
- „Es gibt also Personen, mit leichten Ausprägungen der Charakteristika, die eine Persönlichkeitsstörung definieren, es gibt Personen mit mittlerer Ausprägung dieser Charakteristika, es gibt Personen mit deutlicher und es gibt solche mit extremer Ausprägung dieser Charakteristika.“ (S. 21)

Persönlichkeitsstil

Persönlichkeitsstörung



- „Wir unterscheiden uns alle nur graduell, **nicht qualitativ**, von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen.“ (S. 21)
- „Somit haben wir alle ungünstige Schemata und zumindest leicht manipulatives Interaktionsverhalten.“ (S. 21)



„Warnung“ an die professionellen Helfer

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn, S. 21ff.

- „Professionelle Helfer sollten deshalb nicht glauben, „andere“ seinen gestört, sie selbst aber seinen völlig ungestört.“ (S. 22)
- Das gilt auch für manipulatives Verhalten (als Gegenteil von authentischem Verhalten)
- „Mit „manipulativ“ ist keine Wertung gemeint, sondern nur, dass die Strategie dadurch wirkt, dass der Interaktionspartner die tatsächliche Absichten der Person nicht durchschaut – er also keine Wahl hat“. (S. 15)
- „Da wir alle jedoch mehr oder weniger starke Anteile von Interaktionsstörungen aufweisen, sind wir alle bisweilen manipulativ. Da wir somit alle im Glashaus sitzen, sollten wir nicht einmal daran denken, eine Stein auch nur aufzuheben: Manipulativ zu sein ist nicht verwerflich, es ist völlig normal. Schwache Ausprägungen von Manipulationen sind auch nicht schädlich für Interaktionen. Nur sehr starkes manipulatives Verhalten verärgert auf die Dauer die Interaktionspartner. Daher kann man sagen, das Problematische für Beziehungen ist nicht die Manipulation an sich, sondern das Ausmaß an Manipulationen.“ (S.15)



Ich-Synton und Ich-Dyston

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn

- „Eine Störung liegt dann vor, wenn Schemata oder Verhaltensweisen bei einer Person hohe Kosten erzeugen, die die Person nicht akzeptieren kann oder will.“ (S. 22)
- „Klienten mit Persönlichkeitsstörungen nehmen oft wahr, dass sie hohe Kosten haben. Sie haben ständig Interaktionsprobleme, Konflikte, Stress am Arbeitsplatz oder gesundheitliche Einbußen. Sie erkennen aber selten, dass diese Kosten durch ihre eigenen Schemata und Verhaltensweisen entstehen. Daher wissen sie oft nicht, dass sie „ein Teil des Problems“ sind.“ (S. 22)
- **Ich-synton**: die Muster des Erlebens und Verhaltens werden als zur eigenen Person zugehörig und damit weder als störend noch als abweichend erlebt (-> Probleme haben die anderen)
- **Ich-dyston**: die Muster werden als nicht zur eigenen Person zugehörig (wie bei den Symptomstörungen z.B. affektive oder phobische Störungen) (-> ich habe ein Problem und leide an Symptomen)



Schemaaktivierung

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn

Professionelle Helfer aktivieren die Schemata besonders schnell und stark. „Sie werden also noch stärker als andere Personen „in Strategien verwickelt““. (s. 20)

Dafür gibt es folgende Gründe:

- **Besondere Funktion:** Therapeuten, Berater und Helfer sind für Klienten bedeutsam, weil sie eine besondere Funktion haben [sie sind für sie wichtig]. Je wichtiger die Person, desto stärker die Aktivierung des Schemas, desto stärker wird die Verwicklung (S. 20)
- **Komplementäres Verhalten wird erwartet:** Therapeuten, Berater und Helfer verhalten sich besonders akzeptierend und zugewandt, woraus die Personen schließen, dass sie sich auch in besonders hohem Ausmaß komplementär (bedürfnisbefriedigend) verhalten werden. Je höher die Erwartung, desto stärker die Aktivierung des Schemas, desto stärker wird die Verwicklung (S. 20)



Leitlinien störungsspezifischer Arbeit

Konfliktsituationen durch Verständnis lösen:

- 1 **Unbeabsichtigte Aktivierung:** Völlig „harmloses“ Verhalten von professionellen Helfern kann das Schema beim Klienten aktivieren und zu heftigen Reaktionen führen.
- 2 **Nicht persönlich nehmen:** Professionelle Helfer sind nicht persönlich gemeint, denn jeder der sich so verhält, aktiviert das Schema
- 3 **Verständnis durch Analyse:** Professionelle Helfer haben keinen Grund ärgerlich zu sein, sondern sie sollten sich bemühen, das Verhalten zu verstehen
- 4 **Vermittlung von Verständnis:** Sie sollten dem Klienten vermitteln, dass sie versuchen, ihn zu verstehen

Sachse (2013). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Psychiatrie-Verlag: Bonn, S. 20



Diagnosekriterien von Persönlichkeitsstörungen

- 1 Manifestation eines überdauernden Musters:** Ein überdauernder Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: 1. Kognitionen (d.h. die Art sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen), 2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen), 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, 4. Impulskontrolle, 5. das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- 2 Leidensdruck:** Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Diagnosekriterien von Persönlichkeitsstörungen

- 3 **Stabilität und früher Beginn:** Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- 4 **Ausschluss:** Abweichung kann nicht durch andere psychische Störung erklärt werden.
- 5 **Ausschluss:** Keine organische Erkrankung oder Verletzung als Ursache.



Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885

Diagnosekriterien der schizoiden PS (F 60.1)

Ein tiefgreifendes Muster, das durch Distanziertheit in sozialen Beziehungen und einer eingeschränkten Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet ist. Beginn frühes Erwachsenenalter. 4 Kriterien

- 1 Hat weder den Wunsch nach engen Beziehungen noch Freude daran, einschließlich der Tatsache, Teil einer Familie zu sein
- 2 Wählt fast immer einzelgängerische Unternehmungen
- 3 Hat, wenn überhaupt, wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen mit einem anderen Menschen
- 4 Wenn überhaupt, dann bereiten nur wenige Tätigkeiten Freude
- 5 Hat keine engen Freunde oder Vertraute, außer Verwandten ersten Grades

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Diagnosekriterien der schizoiden PS (F 60.1)

- 6 Erscheint gleichgültig gegenüber Lob und Kritik von Seiten anderer
- 7 Zeigt emotionale Kälte, Distanziertheit oder eingeschränkte Affektivität
- 8 Ausschlusskriterien



Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885

Schizoider Persönlichkeitsstil

Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Verhalten
<ul style="list-style-type: none">• Selbständig• Selbstgenügsam• Unabhängig• Rational• Einzelgänger	<ul style="list-style-type: none">• Aufdringlich• Distanzlos	<ul style="list-style-type: none">• In Ruhe gelassen werden• Ungestört sein	<ul style="list-style-type: none">• Abstand halten, Kontakte meiden• Sich zurückziehen• Isoliert leben• Sich selbst beschäftigen

Quelle: Renneberg & Fydrich (2003). Persönlichkeitsstörungen. In Hiller et al (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. cip: München, S. 426f.



Diagnosekriterien der narzisstischen PS (F 60.80)

Ein tiefgreifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Beginn frühes Erwachsenenalter. 5 Kriterien

- 1** Hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (z.B. übertreibt die eigenen Leistungen und Talente, erwartet ohne entsprechende Leistungen als überragend anerkannt zu werden)
- 2** Ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe
- 3** Glaubt von sich „besonders“ und einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen oder angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder mit diesen verkehren zu können
- 4** Verlangt nach übermäßiger Bewunderung

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Diagnosekriterien der narzisstischen PS (F 60.80)

- 5 Legt ein Anspruchsdenken an den Tag (d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen)
- 6 Ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch (d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen)
- 7 Zeigt einen Mangel an Empathie: ist nicht willens, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren
- 8 Ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf ihn/sie
- 9 Zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweise oder Haltungen

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Narzisstischer Persönlichkeitsstil

Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Verhalten
<ul style="list-style-type: none">• außergewöhnlich• einzigartig• selbstbewußt• (sonder)-berechtigt• überlegen• benachteiligt	<ul style="list-style-type: none">• minderwertig• Diener• Bewunderer	<ul style="list-style-type: none">• Hol dir die berechnete Bewunderung und die besondere Behandlung, die du verdienst!	<ul style="list-style-type: none">• Prahlen• Konkurrieren• Manipulieren• Andere ausnutzen• Sich in den Mittelpunkt stellen

Quelle: Renneberg & Fydrich (2003). Persönlichkeitsstörungen. In Hiller et al (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. cip: München, S. 426f.



Diagnosekriterien der zwanghaften PS (F 60.5)

Ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz. Beginn frühes Erwachsenenalter. 4 Kriterien

- 1** Beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so dass wesentliche Gesichtspunkte der Aktivität dabei verloren gehen
- 2** Zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z.B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden)
- 3** Verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluss von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeiten zurückzuführen)

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Diagnosekriterien der zwanghaften PS (F 60.5)

- 4 Ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik oder Werten (nicht auf kulturelle oder religiöse Orientierung zurückzuführen)
- 5 Ist nicht in der Lage, verschlissene oder Wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst wenn sie nicht einmal einen Gefühlswert besitzen
- 6 Delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungerne mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigenen Arbeitsweisen übernehmen
- 7 Ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muss im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden
- 8 Zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Zwanghafter Persönlichkeitsstil

Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Verhalten
<ul style="list-style-type: none">• Verantwortungsbewusst• Genau• Pflichtbewusst• Sorgfältig• Kompetent	<ul style="list-style-type: none">• Nachlässig• Unfähig• Zügellos• Machen Fehler	<ul style="list-style-type: none">• Perfektionismus• Kontrolle behalten• Auch andere sollen Perfekt sein	<ul style="list-style-type: none">• Regeln genau beachten• Kontrollieren• Bewerten• (andere) kritisieren, strafen• Hohe Ansprüche stellen an sich und andere

Quelle: Renneberg & Fydrich (2003). Persönlichkeitsstörungen. In Hiller et al (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. cip: München, S. 426f.



Diagnosekriterien der Borderline PS (F 60.3)

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Beginn frühes Erwachsenenalter. 5 Kriterien

- 1 Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- 2 Ein Muster intensiver und instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
- 3 Identitätsstörungen: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
- 4 Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“)

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Diagnosekriterien der Boderline PS (F 60.3)

- 5 Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
- 6 Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten einige Tage andauern)
- 7 Chronische Gefühle von Leere
- 8 Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
- 9 Vorrübergehend, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder dissoziative Symptome

Quelle: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015) (Hrsg.) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 . Hogrefe: Göttingen u.a., S. 885



Borderline Persönlichkeitsstil

Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> • Instabil • Wechselhaft • Autonom und dennoch abhängig • Spontan • Verletzlich • Kompliziert • Wertlos • Nicht liebenswert 	<ul style="list-style-type: none"> • Unzuverlässig • Kümmern sich nicht genug • Ausnutzend • Auf eigene Vorteile bedacht • Verletzend, aber auch stützend • Absolut notwendig • Lebensrettend 	<ul style="list-style-type: none"> • Leere vermeidend • Emotionalen Schmerz vermeidend • Absolute Anerkennung und unbedingte Akzeptanz suchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe suchen • Ansprüche stellen • Nähe suchen • Abstand halten • Impulsivität (z.B. Selbstverletzungen, Suizidversuche, Wutausbrüche)

Quelle: Renneberg & Fydrich (2003). Persönlichkeitsstörungen. In Hiller et al (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. cip: München, S. 426f.



Diagnosekriterien der dissozialen PS (F 60.2)

Ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer. Beginn in der Adoleszenz. 3 Kriterien

- 1** Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen
- 2** Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil oder Vergnügen äußert
- 3** Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen
- 4** Reizbarkeit oder Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Diagnosekriterien der dissozialen PS (F 60.2)

- 5 Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer
- 6 Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanzielle Verpflichtungen nachzukommen
- 7 Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat
- 8 Ausschlusskriterien



Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.

Dissozialer Persönlichkeitsstil

Selbstbild (Schemata)	Bild über andere (Schemata)	Kernmotive	Verhalten
<ul style="list-style-type: none">• Stark• berechtigt• besonders• autonom• Über dem Gesetz stehend• unverletzlich• abenteuerlich	<ul style="list-style-type: none">• verletzbar• Schwach• „Abschaum“• „Dummköpfe“• rechtlos• ausnutzbar	<ul style="list-style-type: none">• Suche nach positiven Gefühlen!• Hol dir, was du kriegen kannst	<ul style="list-style-type: none">• Fordern• Risiken eingehen• Betrügen• Manipulieren

Quelle: Renneberg & Fydrich (2003). Persönlichkeitsstörungen. In Hiller et al (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. cip: München, S. 426f.

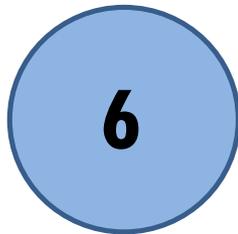


Literaturtipps

Sachse, R. (2010). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Psychiatrie-Verlag: Bonn (19,95 €)

Bohus, M. & Reicherzer, M. (2012). Ratgeber Borderline-Störung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe: Göttingen.





6

F4: Zwangserkrankungen

z.B.: Zwangsgedanken oder Grübelzwang,
Zwangshandlungen (Zwangsrituale), oder
beides



Zwangsstörungen

Wiederkehrende Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides). Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen und Impulse, die den Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, die betroffene Person versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Zwangshandlungen und -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Dieses Verhalten wird in der Regel als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist ständig vorhanden, werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst.

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Diagnosekriterien von Zwangserkrankungen

- 1 Als eigenen Gedanken und Handlungen:** Die Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen werden als eigene angesehen und nicht als von anderen gemacht.
- 2 Unangenehme und unsinnige Wiederholungen:** Die Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, werden in Teilen als übertrieben und unsinnig anerkannt.
- 3 Widerstand:** Die Betroffenen versuchen, in Teilen Widerstand zu leisten, allerdings ist der Widerstand bei lange bestehenden Zwängen oft gering.
- 4 Leidensdruck oder Einschränkung der Leistungsfähigkeit:** Die Betroffenen leiden unter den Zwängen und werden in ihrer sozialen und individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den hohen Zeitaufwand.
- 5 Ausschluss:** Andere psychische Störung (z.B. Schizophrenie etc.)

Quelle: Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006) (Hrsg.). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.



Zwangsstörung und ODS

Dimensionen der Zwangsstörungen

- Kontrolle
- Waschen, Ordnen
- Zwangsgedanken
- Neutralisieren
- Sammeln und Horten

Spannungsreduktion

Das Sammeln und Horten hat beim Sammelzwang die Funktion, gesteigerte Anspannung und Unruhe zu verringern.

Hieraus kann sich eine **Organisationsdefizitstörung (ODS)** entwickeln

Diagnostische Besonderheit

Die Zuordnung des Sammeln und Hortens zu den Zwangsstörungen ist nicht unproblematisch, weil es oft ich-synton präsentiert wird (möglicherweise aus Schamgefühl oder wegen der besonderen emotionalen Beziehung zu den Gegenständen).



Sondierung des Falls bei ODS

Wichtigste Frage

Handelt es sich um eine ODS im Rahmen einer Zwangserkrankung oder einer anderen psychischen Störung?

Zur Klärung:

- Gibt es einen starken Leidensdruck?
- Liegt eine Krankheitseinsicht vor, also ist die ODS ich-synton oder ich-dyston?
- Wie stark ist das Schamgefühl?
- Wie stark ist das „Magische Denken“?
- Sollte zunächst eine stationäre psychiatrische Behandlung eingeleitet werden?



Vorbereitung erster Hilfen bei ODS

Wichtigste Frage

Welchen Schweregrad hat die ODS und ist der Klient noch in der Lage, das Problem mit leichter bis mäßiger Unterstützung zu bewältigen?

Zur Klärung:

- Ist es möglich, die Wohnung zu besichtigen?
- Ist es möglich die Wohnung in einzelnen Bereichen zu fotografieren?
- Was ergibt der MHI-Index? (MHI steht für Messie-House-Index)



Einleitung erster Hilfen bei ODS

Wichtigste Frage

Welche strukturierenden Hilfsmaßnahmen sind als erstes einzuleiten?

Zur Klärung:

- Gibt es Menschen, die bereit sind den Klienten zu unterstützen?
- Ist es sinnvoll eine rechtliche Betreuung und/ oder ambulant betreutes Wohnen zu beantragen?
- Können kleine Teilschritte definiert und bearbeitet werden? (Dokumentation der Fortschritte z.B. fotografieren im Sinne eines vorher / nachher Vergleichs)



Einleitung langfristiger Hilfen bei ODS

Wichtigste Frage

- Welche Hilfsmaßnahmen sind langfristig notwendig damit die Situation stabil bleibt?

Zur Klärung:

- Welcher Grad von Eingebundenheit in das Hilfesystem ist notwendig?
- Durch wen sollte die Koordination langfristiger Hilfsmaßnahmen erfolgen?
- Ist eine Einbindung in eine ambulante Psychotherapie notwendig und möglich?



Literaturtipps

Reinecker, H. (2006). Ratgeber Zwangsstörungen. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe: Göttingen (8,95 €)

Pritz et al. (Hrsg.) (2009). Das Messie-Syndrom. Phänomen, Diagnostik, Therapie und Kulturgeschichte des pathologischen Sammelns. Springer: Wien.

