

**Protokoll:** SS2013 Klinische Psychologie im Dialog

**Termin 1:** „Übersicht über psychische Störungen – Psychose als Dünnhäutigkeit“ (10. April)

**TOP 1:** Brainstorming zu Frage „Nehmen psychische Erkrankungen zu?/ Werden die Menschen kränker?“

- Mehr Möglichkeiten zu diagnostizieren?
- Setzen psychische Erkrankungen früher ein? Oder werden sie früher diagnostiziert?
- Es wird mehr pathologisiert? Wenn ja, warum?
- ADHS nimmt z.B. zu → schneller diagnostiziert?
- Mehr Druck in der Gesellschaft/ Perfektionsdruck → mehr Burnout, Sucht?
- Moderne → neue Störungsbilder entstehen, z.B. Internetsucht
- Zunahme an Psychosen?
- Markt (Interessen der Pharmaindustrie!!!) müssen als Einflussvariable auf die Änderungen/Ausweitung des DSM5 in Betracht gezogen werden
- Weniger Tabus?
- Mehr Wissen über psychische Erkrankungen in der Gesellschaft und daher weniger Attribution der Erkrankungsmerkmale auf Eigenschaften einer Person?
- Demografischer Wandel → Zahl älterer Menschen steigt enorm → mehr Demenzen, Suchterkrankungen bei alten Menschen
- Menschen (v.a. in Großstädten) werden einsamer
- Angleichung der Geschlechter

**TOP 2:** Brainstorming zu Frage „Wird die Krankheit menschlicher?“

- Was ist menschlich und funktional, nicht pathologisch?
- Sich selbst in verschiedenen Störungsbildern wiederfinden? (oft fließende Übergänge zwischen „krank“ und „gesund“)
- Erkrankung als Chance/ Möglichkeit sehen, z.B. um inne zu halten
- Was ist funktional und was dysfunktional?
- z.B. dissoziative Amnesie als Schutzmechanismus → gut oder schlecht?
- z.B. Depression als Schutzmechanismus vs. Depression als sich verselbständigender Mechanismus
- Diagnosekriterien im DSM5: über zwei Wochen Trauer z.B. nach Tod eines Angehörigen = Depressionssymptomatik? → wird sehr kritisch vom Kurs gesehen

**TOP 3:** Brainstorming zum Thema „Psychosen“.

- Schizophrenie und Psychose als extreme Form der Dünnhäutigkeit
- Wahrnehmungsvereinfachung läuft nicht mehr automatisch ab
- Häufiger Ablauf: Halluzinationen → Erstellung eines erklärenden Gedankenkomplexes → Wahn als Bewältigungsstrategie
- Halluzinationen treten mit absteigender Häufigkeit in folgenden Bereichen auf:  
akustisch → visuell → haptisch → olfaktorisch

- Alte Menschen die unter zunehmender Schwerhörigkeit leiden, entwickeln häufig z.B. Musikhalluzinationen. Möglicherweise, weil sie durch die Schwerhörigkeit weniger akustische Reize wahrnehmen und diese durch die Halluzinationen ergänzt werden.
- Ich-Störungen (Störung des personalen Einheitserlebens, z.B. Depersonalisation)
- Negativsymptomatik (Einschränkung des normalen Erlebens, z.B. Depression, Antriebsmangel)
- Stupor
- Innerer und äußerer Dialog ist vertauscht → kognitive Verwirrung
- Anthropologischer Aspekt von Psychose:  
Paranoia als Rückgriff auf die kindliche Wahrnehmung! (Paranoide Menschen beziehen alles auf sich selbst. Genau das machen kleine Kinder auch. Diese Menschen greifen daher auf eine archaische, in der Kindheit als verlässlich erlebte Wahrnehmungsform zurück. Mit dem Ziel wieder „da zu sein“ oder sich selbst besser spüren zu können)
- Psychosen werden oft mit Träumen verglichen (ähnliche Symbole, Verschlüsselungen). Psychose als „Traum ohne Schlaf“. Spannend dabei ist, dass jeder Traum eine Wunsch- und eine Angstkomponente hat. Eine ähnliche Struktur haben Psychosen, jedoch steht die Angstkomponente meist im Vordergrund und die Frage nach der Wunschkomponente könnte mehr Aufschlüsse über die Entstehung der Psychose geben. (Angeführtes Beispiel: „Eine Person denkt sie werde von drei Geheimdiensten auf einmal verfolgt.“ In erster Linie löst dies Angst aus. Dahinter könnte ein Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit der Mitmenschen stecken, z.B. um sich selbst aufzuwerten).

**TOP 4:** Gespräch mit einer Psychose-Erfahrenen.

- Lebenslauf:  
Frau K. wurde im Alter von 14 Jahren mit Hebephrenie (Jugendschizophrenie) erstmals in die Psychiatrie eingewiesen. Psychiatrie der 70er Jahre war sehr anders. Niemand fragte damals nach möglichen Gründen (familiär ...) für die Entstehung der Schizophrenie. Sie hatte v.a. akustische Halluzinationen, Stimmen die ihr befahlen sich etwas anzutun. Die Stimmen wurden v.a. in Momenten der „Relativierung“ stärker, wenn sie den Gedanken „mein Leben könnte anders sein“ zuließ und Wünsche stärker wurden. Sie knüpfte an ihren Erfahrungen aus der Kindheit (Misshandlung durch den Vater, Feststellung einer Intelligenzminderung und starke Stigmatisierung) an.  
Phasenweise lief Frau K. nachts stundenlang herum und hatte das Gefühl sich körperlich aufzulösen. Sie musste sich ständig vergewissern wie alltägliche, selbstverständliche Dinge funktionieren (z.B. wartete sie lange an Briefkästen um sich zu vergewissern, dass eine Person die zum Kasten kommt, auch einen Brief hineinwirft), da sie sich nicht auf ihre eigene Beurteilung verlassen konnte. Sie hat mehrere stationäre und ambulante Hilfsangebote genutzt.

- Hilfreich war:  
Verlässlichkeit und Akzeptanz in ihrer Beziehung mit Mitarbeitern der Ambulanz zu erfahren; ein Gegenüber haben (Anker); wenn ihr etwas zugetraut wird/ wurde; ihre Arbeit (handwerklich und pflegend) wirkt stabilisierend; zu wissen, dass es einen Grund gibt, dass sie ist wie sie ist (nicht ohne Grund verrückt sein); Schutz erfahren um dann weitermachen zu können; Begleitung in dem Maße, so wie sie es gerade aushalten kann; Kraft durch Rituale; Steine die mit Hoffnung „aufgeladen“ sind; zwei Wesen (weder Mensch noch Tier) die sie immer begleiten und mit deren Hilfe sie sogar nach Nepal reisen konnte und sich damit ein großen Wunsch erfüllte
- Wenig hilfreich war:  
zu viel Nähe von Psychologen/ Ärzten kann schnell zu dicht werden und zu einer aufgezwungenen Verantwortungsübernahme ihrerseits führen (z.B. wollte ihr eine Vertretungsärztin einmal ein kleines Kästchen mit nach Hause geben das Frau K. nicht wollte, sich jedoch gezwungen sah es anzunehmen um die Ärztin nicht zu enttäuschen); wenn Therapeut nicht auf eigene Grenzen um des Patienten Willen achtet → der Patient fühlt sich sonst oft verantwortlich für mehr Verwirrung und hat Schuldgefühle („Dinge sind aus Therapeutensicht gut gemeint, aber überfordern total.“); die in der Psychiatrie häufig gemachte Erfahrung der Abwendung der Mitarbeitern, sie wünschte sich mehr Miteinbeziehung in Entscheidungen
- Arbeit als Peer-Beraterin:  
Voraussetzung ist die EX-IN Ausbildung ([www.ex-in.de](http://www.ex-in.de)) → Experienced Involvement, d.h. Menschen mit Psychoseerfahrung nutzen diese als Grundlage für ihre Arbeit. Weitere Informationen über die Peer-Beratung findet man unter [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de). Ihre Arbeit besteht darin, Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen zu begleiten. Oft beschreiben Teilnehmer Momente in denen sie psychotisch wurden. Zu Beginn der Psychose haben sich oft einen großen Schrecken wegen der Diagnose (Moment der Entfremdung). Frau K. möchte dabei helfen diese Angst zu reduzieren und Mut zu machen es wieder anzugehen und v.a. da unterstützend eingreifen „wo was eigenes“ bei den Betroffenen ist. Die Beziehung von Peer-Berater zu Betroffenen ist eine ungleiche Beziehung im Vergleich zur Selbsthilfegruppe, sie erlebt die Arbeit aber stärkend für beide Seiten.