

## Psychiatrie

30 UE

### Lehrplan laut dvta

- Hirnorganische Störungen
- Geistige Behinderung
- Allgemeine Psychosyndrome
  - Entzündliche Störungen
  - Metabolische Störungen
  - Endokrine Störungen u.a.
- Psychosen
  - Manien
  - Depressionen
  - Schizophrenien
- Neurosen
- Psychosomatische Syndrome
- Sucht

## Inhaltsverzeichnis

1. Gegenstand, Geschichte.....	2
1.1. Inhalt und Teilgebiete.....	2
1.2. Geschichtliche Aspekte.....	3
2. Klassifikationssysteme.....	6
2.1. Triadisches System.....	6
2.2. Neue Entwicklungen der Klassifizierung.....	6
2.2.1. aktuell: ICD 10 (von WHO World Health Organization / DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information).....	6
2.2.2. DSM 5 (von APA American Psychiatric Association).....	7
3. Intellektuelle Minderbegabung.....	8
4. Organische psychische Störungen.....	11
4.1. Akute organische Psychosyndrome.....	13
4.2. Chronische organische Psychosyndrome/ dementielle Syndrome.....	16
4.2.1. Demenz.....	16
4.2.2. Spezielle organische psychische Störungen.....	20
5. Schizophrenien.....	22
5.1. Ätiologie / Pathogenese.....	22
5.2. Symptomatik und Formen.....	23
5.3. Therapie.....	25
6. Affektive Störungen.....	25
6.1. Ätiologie / Pathogenese.....	26
6.2. Symptomatik und Typen.....	27
6.2.1. Depression.....	27
6.2.2. Manie.....	28
6.2.3. Dysthymie (früher: depressive PS).....	29
6.3. Therapie.....	29
6.3.1. Depression.....	29
6.3.2. Manie.....	29
7. „Neurosen“.....	30
7.1. Begriff „Neurose“.....	30
7.2. Phobien.....	30
7.3. Zwangsstörungen (F42.-).....	32

8. Sucht und Abhängigkeit.....	34
8.1. Alkohol.....	35
8.2. Drogenabhängigkeit.....	37
9. Psychosomatik.....	40
9.1. Gruppen psychosomatischer Störungen.....	40
9.2. Somatoforme Störungen laut ICD-10.....	41
9.3. Symptomatik und klinische Subtypen.....	42
10. Allgemeine Psychopathologie.....	45
10.1. Bewußtseinsstörungen.....	45
10.2. Orientierungsstörungen.....	45
10.3. Wahrnehmungsstörungen.....	45
10.4. Gedächtnisstörungen.....	46
10.5. Denkstörungen.....	46
10.6. Wahn.....	47
10.7. Störungen der Affektivität.....	47
10.8. Ich-Störungen.....	48
10.9. Zwänge, Phobien, Ängste, Hypochondrie.....	48
10.10. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik.....	48
Literatur.....	50
Aussagefähigkeit diagnostischer Verfahren.....	51

## 1. Gegenstand, Geschichte

### 1.1. Inhalt und Teilgebiete

- Gegenstand: Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten
- Zusammenschau biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und derer Auswirkungen
- Teilgebiete
  - Psychopathologie
    - > Beschreibung abnormen Erlebens, Befindens und Verhaltens
    - > Benennung, Ordnung, Suche nach Zusammenhängen psychischer Störungen
  - Psychologie
    - > Wissenschaft von den normalen seelischen Vorgängen
    - > allgemeine und experimentelle Psychologie, Persönlichkeitswissenschaft, Psychodiagnostik und Psychotherapie
  - biologische Psychiatrie
    - > Forschung mittels biologischer Methoden
    - > Neuroanatomie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Biochemie, Chronobiologie, Genetik
  - Psychopharmakologie
    - > Wissenschaft von der Beeinflussung seelischer Vorgänge durch Psychopharmaka
    - > Psychopharmakologische Grundlagenforschung und klinische Psychopharmakologie
  - Sozialpsychiatrie
    - > Epidemiologie und Soziologieseelischer Krankheiten
    - > Zusammenhang psychischer Krankheit und Gesellschaft
  - forensische Psychiatrie
    - > Rechtsfragen, die psychisch Kranke betreffen
    - > z.B. Einschätzung freier Willensbestimmung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit
  - Kinder- und Jugendpsychiatrie
    - > Erforschung / Behandlung seelischer Störungen von Säugling bis Adolescent
    - > selbständiges medizinisches Fachgebiet

- Psychosomatische Medizin
  - > Wissenschaft von körperlich in Erscheinung tretenden, seelisch (mit-)bedingten Krankheiten
  - > selbständiges medizinisches Fachgebiet
- Neurologie
  - > Wissenschaft von den organischen Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems, bei denen psychische Störungen nicht im Vordergrund stehen
  - > selbständiges medizinisches Fachgebiet
- Psychopharmakotherapie (Pharmakopsychiatrie)
  - > Medikamentöse Behandlung seelischer Krankheiten
  - > größter Teil somatischer Behandlungsmethoden
- Psychotherapie
  - > Behandlung von Kranken mit seelischen Mitteln (Gespräche, übende Verfahren)
  - > Tiefenpsychologie, Lern- und Verhaltenstherapie
- Soziotherapie
  - > Behandlung durch Milieufaktoren
  - > Strukturierung des Tagesablaufs, Interaktion in Gruppenprozessen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie - und natürlich Ergotherapie

## 1.2. Geschichtliche Aspekte

- Marcus 5,1ff.

<sup>1</sup>Und sie kamen jenseits des Meers in die Gegend der Gadarener. <sup>2</sup>Und als er aus dem Schiff trat, lief ihm alsbald entgegen aus den Gräbern ein besessener Mensch mit einem unsaubern Geist, <sup>3</sup>der seine Wohnung in den Gräbern hatte; und niemand konnte ihn binden, auch nicht mit Ketten. <sup>4</sup>Denn er war oft mit Fesseln und Ketten gebunden gewesen, und hatte die Ketten abgerissen und die Fesseln zerrieben; und niemand konnte ihn zähmen. <sup>5</sup>Und er war allezeit, Tag und Nacht, auf den Bergen und in den Gräbern, schrie und schlug sich mit Steinen. <sup>6</sup>Da er aber Jesum sah von ferne, lief er zu und fiel vor ihm nieder, schrie laut und sprach: <sup>7</sup>Was habe ich mit dir zu tun, o Jesu, du Sohn Gottes, des Allerhöchsten? Ich beschwöre dich bei Gott, daß du mich nicht quälest! <sup>8</sup>Denn er sprach zu ihm: Fahre aus, du unsauberer Geist, von dem Menschen! <sup>9</sup>Und er fragte ihn: Wie heißt du? Und er antwortete und sprach: Legion heiße ich; denn wir sind unser viele. <sup>10</sup>Und er bat ihn sehr, daß er sie nicht aus der Gegend triebe. <sup>11</sup>Und es war daselbst an den Bergen eine große Herde Säue auf der Weide. <sup>12</sup>Und die Teufel baten ihn alle und sprachen: Laß uns in die Säue fahren! ~ ~ ~ <sup>13</sup>Und alsbald erlaubte es ihnen Jesus. Da fuhren die unsauberen Geister aus und fuhren in die Säue; und die Herde stürzte sich von dem Abhang ins Meer (ihrer waren aber bei zweitausend) und eroffen im Meer. <sup>14</sup>Und die Sauhirten flohen und verkündigten das in der Stadt und auf dem Lande. Und sie gingen hinaus, zu sehen, was da geschehen war, <sup>15</sup>und kamen zu Jesu und sahen den, der von den Teufeln besessen war, daß er saß und war bekleidet und vernünftig, und fürchteten sich.

- Beschreibung psychischer Erkrankungen in griechisch-römischer Antike, z.B. Depressionen
- Hippokrates' "Vier-Säfte-Lehre": Überwiegen schwarzer Galle -> Depression
  - darauf zurückgehend Typeinteilung: Melancholiker, Choliker, Sanguiniker, Phlegmatiker
- Therapieansatz:
  - Diätetik (nicht nur Ernährung, sondern Lebensgestaltung)
  - Massagen, Umschläge, Aderlässe
- Weiterführung in Europa im Mittelalter
- Verfolgung psychisch Kranker als Hexen u.ä.
- 17. / 18. Jh.: Unterbringung mit Behinderten, Armen, Landstreichern und Prostituierten

- als Asoziale in Zuchthäusern, oft in Ketten
- Aufklärung in 2. Hälfte 18. Jahrhundert: Humanisierung
  - Tollhäuser -> Irrenanstalten
  - Irrenbefreiung in Paris durch Philippe Pinel (1793)
  - Pinel (bis 1826) und Esquirol (bis 1840): Begründung "traitement moral": Zuwendung, Milde, Geduld
  - England: John Conolly (bis 1866): keine mechanischen Zwangsmittel
  - Nachsicht, Güte
  - Betätigung in Handwerk und Landwirtschaft
- deutsche Psychiatrie im 19. Jh. in zwei Lager gespalten
  - "Psychiker": Erkrankungen der körperlosen Seele durch Sünde
  - "Somatiker": naturwissenschaftliche und anthropologische Erklärungsansätze
  - Wilhelm Griesinger (1810-1865): psychische Erkrankungen als Erkrankungen des Gehirns, Notwendigkeit sozialpsychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsgesichtspunkte, Gründung von Krankenanstalten
- Ende des 19. Jahrhunderts: Integration der Psychiatrie in die Medizin, v.a. durch Entwicklung der Neurologie
- Emil Kraepelin (1856-1926): Systematik psychischer Erkrankungen auf der Basis der Beobachtung des Gesamtverlaufs: u.a. "Dementia praecox"
- Eugen Bleuler (1857-1939): "Dementia praecox" -> "Schizophrenie"
  - Grundlage der inzwischen vereinheitlichten ICD-10
- Entwicklung der deskriptiven psychopathologischen Psychiatrie (Karl Jaspers 1883-1969, Kurt Schneider 1887-1969)
- Erkenntnis, daß für Beschreibung psychopathologischer Phänomene ausreichende Standardisierung nötig ist
- Sigmund Freud (1856-1939):
  - Wissenschaft von unbewußten und neurotischen Verarbeitungsprozessen
  - Begründung der Psychoanalyse
- Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936), Burrhus Frederic Skinner (1904-1990): Konditionierbarkeit, Erlernbarkeit von Verhaltensmustern
  - -> Grundlage der Verhaltenstherapie
- 20.Jh.
  - Behandlung der progressiven Paralyse mit Fieberschüben durch Malariainfektion (Julius Wagner, Ritter von Jaureck), später mit Penicillin
  - 1933: Insulin-Koma-Behandlung, inzwischen obsolet
  - 1937: EKT
  - ab ca. 1950 Psychopharmaka:
    - > 1949: antimanischer Effekt von Lithium
    - > 1952: Neurolepticum Chlorpromazin
    - > 1954: Anxiolyticum Meprobamat
    - > 1957: Antidepressivum Imipramin
- in letzten 40 Jahren biologischer Forschungsansatz zunehmend
  - Klärung genetischer, neuropathologischer neurophysiologischer und neurochemischer Fragen
  - Transmitter- und Rezeptorforschung
  - Molekulargenetik
  - Ziel: bessere Therapieansätze
- 1975: Bericht der Enquete-Kommission zur Situation der Psychiatrie in der BRD
  - Übergang von Großkrankenhäusern zu komplementären Versorgungsstrukturen (Tagesklinik, Nachtambulanz, sozialpsychiatrische Heime)
  - psychiatrische Abteilungen in Stadtkrankenhäusern
  - therapeutische Atmosphäre in psychiatrischen Krankenhäusern

- Faschismus: Greueltaten in der deutschen Psychiatrie
  - Zwangssterilisation psychisch Kranker
    - > 14.7.1933 „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
    - > Sterilisierung erblich kranker Menschen bei
      - angeborenem Schwachsinn
      - Schizophrenie
      - zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein
      - erblicher Fallsucht (Epilepsie)
      - erblichem Veitstanz
      - erblicher Blindheit
      - erblicher Taubheit
      - schwerer körperlicher Mißbildung
      - schwerem Alkoholismus“
      - ab März 1935 alle farbigen Kinder und
      - „Ballastexistenzen“, d.h. „moralisch irre oder ethisch schwer defekte und dadurch sozial minderwertige Psychopathen“ und „unverbesserliche Anlageverbrecher“, also Asoziale
    - > bis Kriegsbeginn 1939 etwa 350 000 bis 400 000
      - etwa 2% der deutschen Bevölkerung; weitergehende Pläne sahen bis zu 30% vor
  - Ermordung im Rahmen der geheimen Aktion „T4“ (nach dem Sitz des Arbeitsstabes in der Tiergartenstraße 4, Berlin)
    - > beschönigender Begriff: „Euthanasie“ („gute Tötung“)
    - > Ende Oktober 1939, auf 1. September zurückdatiert: „Ermächtigungs“-Erlaß Hitlers:
      - „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankenzustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“
    - > 1939 – 1941 70237 Patienten organisiert ermordet, dann aufgrund von Protesten aus Kirchenkreisen eingestellt
    - > Fortsetzung als „wilde Euthanasie“ durch „Niederbringung“ durch Nahrungs- und Medikamenten- sowie Pflegeverweigerung und mangelhafte Unterbringung
      - keine Akten, geschätzt weitere 120000 Opfer
  - klar erklärtes Ziel: Kostensenkung im Gesundheitswesen, Beispielrechnung aus einem auf Schloß Hartheim gefundenen Dokument:
    - > Ausgangspunkt sind die 70237 Ermordeten bis 1941
    - > „Bei einem durchschnittlichen Tagessatz von RM 3,50 ergibt sich hierdurch
    - > 1. eine tägliche Ersparnis von RM 245 955,50
    - > 2. eine jährliche Ersparnis von RM 88 543 980,00
    - > 3. bei einer Lebenserwartung von
    - > 10 Jahren RM 885 439 800,00“
  - eine von sechs Vernichtungskliniken war Psychiatrische Klinik Pirna Sonnenstein
    - > dort wurden 13720 Tötungen, überwiegend durch Vergasen
    - > Kranke sowie als „Dienstleistung“ für überlastete Konzentrationslager Kommunisten und andere von den Faschisten Verfolgte

## 2. Klassifikationssysteme

- Psychische Störungen sind weder voneinander noch vom Normalen klar abgrenzbar
- Krankheit: wesentliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens und / oder der sozialen Funktionsfähigkeit
  - laut Sozialversicherungsrecht: regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztliche Behandlung erforderlich macht und/oder Arbeitsunfähigkeit hervorruft
  - von AOK behauptete Sicht „in der Medizin“: Abweichung von Gesundheit oder Wohlbefinden
- Klassifikation ist zur Standardisierung von Diagnostik und Therapie nötig

### 2.1. Triadisches System

- orientiert an Hypothesen zu Ätiologie und Pathogenese

Grundlage	faßbare organische Veränderungen	vermutete körperliche Veränderungen	psychisch ausgelöste Erkrankungen
Bezeichnung	„körperlich begründbare / exogene Psychosen“, „hirnorganische Psychosyndrome (HOPS)“	“Endogene Psychosen” „Endogene psychische Erkrankungen“	“Neurosen” u.a. „abnorme Variationen seelischen Wesens“
Beispiele	Demenz, Delir, organische Persönlichkeitsveränderungen	Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung	Zwangs- und Angststörungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen

### 2.2. Neue Entwicklungen der Klassifizierung

- nach phänomenologischen Merkmalen, Verlauf, Zeitkriterien

#### 2.2.1. aktuell: ICD 10 (von WHO World Health Organization / DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)

- Skript bezieht sich auf ICD-10, derzeit ICD-10 GM 2019
  - ICD-11 wurde 06/18 vorgestellt, ist in der Beta-Testung und in der BRD muß erst noch eine Anpassung erfolgen (wie ICD-10-GM = German Modification)
  - ICD-11 wird neue Architektur haben und komplexer sein
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
  - Buchstaben-Zahlen-Kombination
    - > Buchstabe entspricht Kapitel, bezeichnet Organsystem

oder Kategorie von Erkrankungen oder Faktoren, welche zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

- Kapitel V: F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen
- Kapitel XV: O00-O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- > 1. Ziffer: Krankheitsgruppe, 2. Ziffer: Krankheit
  - F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
  - F40 Phobische Störungen
- > 3. und 4. Ziffer: Subkategorien
  - Beispiel:

#### **F40.0- Agoraphobie**

Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.

F40.00 Ohne Angabe einer Panikstörung

F40.01 Mit Panikstörung

- > (Wird mit ICD-11 wesentlich geändert: 6B02 Agoraphobia)
- Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (nur für ambulante Versorgung)
  - > V Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
  - > Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
  - > A ausgeschlossene Diagnose
  - > G gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)
- Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation (ambulante und stationäre Versorgung)
  - > R rechts
  - > L links
  - > B beidseitig
- Beispiel: Schnittwunde am linken Unterarm
  - > ambulant: S51.9 GL
  - > stationär: S51.9 L

#### **2.2.2. DSM 5 (von APA American Psychiatric Association)**

- (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

## Fifth Edition)

- mehrere Achsen (1-5)
  - > Symptomatik
  - > Persönlichkeitsstruktur
  - > körperliche Störungen
  - > belastende soziale Faktoren
  - > psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit

- Axis I: Clinical Syndromes
  - This is what we typically think of as the diagnosis (e.g., depression, schizophrenia, social phobia)
- Axis II: Developmental Disorders and Personality Disorders
  - Developmental disorders include autism and mental retardation, disorders which are typically first evident in childhood
  - Personality disorders are clinical syndromes which have a more long lasting symptoms and encompass the individual's way of interacting with the world. They include Paranoid, Antisocial, and Borderline Personality Disorders.
- Axis III: Physical Conditions which play a role in the development, continuance, or exacerbation of Axis I and II Disorders
  - Physical conditions such as brain injury or HIV/AIDS that can result in symptoms of mental illness are included here.
- Axis IV: Severity of Psychosocial Stressors
  - Events in a persons life, such as death of a loved one, starting a new job, college, unemployment, and even marriage can impact the disorders listed in Axis I and II. These events are both listed and rated for this axis.
- Axis V: Highest Level of Functioning
  - On the final axis, the clinician rates the person's level of functioning both at the present time and the highest level within the previous year. This helps the clinician understand how the above four axes are affecting the person and what type of changes could be expected.

**3. Intelligenzminderung**

- Minderintelligenz, »Oligophrenie«, »Schwachsinnzustände«, mentale Retardierung (MR, am.), intellektuelle Minderbegabung
  - ererbt oder
  - frühkindlich (prä-/peri-/postnatal) erworben
- [DD]
  - Demenz: Intelligenzabbau / Verlust von im frühen Leben erworbenen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen.
  - Pseudodemenz: scheinbare Störung der Intelligenz durch emotionale Faktoren
- Intelligenz

- Fähigkeit, neue Probleme zu lösen
- Formen
  - > flüssige Intelligenzleistungen: Geschwindigkeit der Informationsverarbeitungsprozesse, Fähigkeiten zur Aufnahme und Bearbeitung von Informationen; Speed-Tests; stärkere genetische Komponente
  - > kristallisierte Komponente: in Abhängigkeit von der spezifischen Förderung erworbene Leistungen
- standardisierte Testverfahren, IQ-Tests
  - > heute: IQ: Abweichung des Ergebnisses aus der individuellen Intelligenzmessung einer Person vom Mittelwert (üblicherweise 100) der Altersgruppe / gleichen Schulleistungsstufe
  - > (früher: IQ: Verhältnis von Intelligenzalter zum Lebensalter (x 100))
- [E]
  - IQ < 70: 2 - 3 %
  - IQ < 50: 0,3% (angeblich in West-Australien 0,8%)
  - m>w
  - bei schwerer geistiger Behinderung oft begleitende körperliche und neurologische Erkrankungen => Lebenserwartung verkürzt (=> Anteil an der Gesamtbevölkerung nimmt altersabhängig ab, wird aber von erworbenen Intelligenzminderungen ausgeglichen)
  - Ungünstige soziale Bedingungen => Verschlechterung der Leistungen

● Klassifikation

Intelligenzminderung	IQ-Bereich	ICD-10
Leichte	50-69	F70
Mittelgradige	35-49	F71
Schwere	20-34	F72
Schwerste	<20	F73

- alte Begriffe der Einteilung von Intelligenzminderungen (nicht mehr verwenden! Begriffe haben herabwürdigenden Charakter und andere IQ-Einteilung)
  - > Debilität (leichte Intelligenzminderung),
  - > Imbezillität (mittelschwere Intelligenzminderung) und
  - > Idiotie (schwerste Intelligenzminderung).
- [Ä/P]
  - Pränatal entstandene Formen geistiger Behinderung:
    - > Genmutationen
    - > polygen multifaktoriell
    - > Chromosomenanomalien:
    - > Fehlbildungen des Nervensystems:

- > Exogen verursachte pränatale Entwicklungsstörungen
  - Infektionen
  - Alkohol
  - teratogene Wirkung von Medikamenten, Strahlen, Umweltbelastung
- > Idiopathische geistige Behinderung
- Perinatale Komplikationen
  - > Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
  - > Frühgeburt
  - > Erkrankungen des Neugeborenen
- Postnatale Ursachen geistiger Behinderung:
  - > Entzündliche Erkrankungen
  - > Schädel-Hirn-Trauma
  - > Hirntumoren
  - > Intoxikationen
  - > Hypoxie, Stoffwechselkrisen
  - > Psychiatrische Störungen
- [Th]
  - spezifische Förderung entsprechend Beeinträchtigungen und Fähigkeiten
  - kausale Therapie (selten möglich, außer z.B. bei Stoffwechselstörungen oder Mangelernährung)
  - Behandlung von Begleitstörungen
- Beispiel: Trisomie 21
  - [Ä/P]
    - > autosomale Chromosomenaberration (in etwa 92% der Fälle eine freie Trisomie 21, 5 % Translokationen, 3 % Mosaik mit meist milderem Krankheitsbild)
    - > zunehmende Häufigkeit mit mütterlichem Alter
  - [S]
    - > Kopf- / Gesichtsfehlbildungen
      - kleiner, runder Schädel mit flachem Okziput; kurzen, breiten Hals mit überschüssiger Haut; rundes Gesicht mit flachem Profil; vorgewölbte Stirn
      - schräg nach außen oben verlaufende Lidachsen
      - Epikanthus
      - weiße Irisflecken (Brushfieldspots)
      - kurze Nase
      - dicke, evertierte Lippen
      - große, vorstehende, stark gefurchte Zunge
    - > Hände sind patschenartig, Finger kurz
    - > 5. Finger Brachymesophalangie und Klinodaktylie
    - > Vierfingerfurche
    - > Abstand zwischen der 1. und 2. Zehe vergrößert (Sandalenlücke)
    - > Überstreckbarkeit der Gelenke
    - > bei 40 % Herzfehler
    - > Neugeborene sind hypoton

> **Intelligenz:**

- IQ 5 J.: 50, 15 J.: 38, aber auch 70-80 oder extrem niedrig möglich
- abstraktes Denken am stärksten betroffen
- Gefühlsleben und Sozialverhalten meist ausgeprägt und förderbar

#### 4. Organische psychische Störungen

[http://www.psychiatry.uni-luebeck.de/lehre/ss\\_0506\\_OrganischePsychosyndrome\\_RA.pdf](http://www.psychiatry.uni-luebeck.de/lehre/ss_0506_OrganischePsychosyndrome_RA.pdf)

<http://www.charite.de/psychiatrie/lehre/organisc.pdf>

- Synonyme
  - organische Psychosyndrome
  - symptomatische Psychosen
  - organische Psychosen
  - Hirnorganische Störungen
  - exogene Psychosen
- psychopathologische Syndrome / Erkrankungen durch Schädigungen bzw. krankhafte Veränderungen des Gehirns
  - Ursache kann ausschließlich das Gehirn betreffen oder
  - eine systemische Erkrankung unter Hirnbeteiligung sein
  - unterschiedliche körperliche Ursachen können gleichartige psychopathologische Syndrome erzeugen
- Voraussetzungen für Diagnosestellung
  - organisch bedingte Störung der Hirnfunktion
    - > verschiedene Formen
      - fokal (Tumor, lokale Blutung, Verletzung)
      - diffus (hypoxisch, degenerativ, entzündlich)
      - metabolisch (Intoxikation, Entzug, endokrine Störung)
    - > organische Veränderung ist anfangs nicht immer faßbar ( z. B. Frühstadien der Alzheimer-Demenz), aber aufgrund klinischer Symptome wird Verdachtsdiagnose gestellt
  - wahrscheinlicher Zusammenhang zum „Psychosyndrom“
    - > ähnliche psychiatrische Symptome bei der gefundenen organischen Störung bekannt
    - > zeitlicher Zusammenhang zwischen organischer Störung und Psychosyndrom
    - > Besserung des Psychosyndroms bei Behandlung der organischen Störung, sofern keine irreversiblen Schäden vorliegen
- Formen
  - akut ↔ chronisch
  - reversibel ↔ irreversibel
  - primäre (durch eine Gehirnerkrankung verursachte) ↔ sekundäre (durch eine nicht das Gehirn primär betreffende

körperliche Erkrankung bedingte) Psychosyndrome

- hirnlokal ↔ hirndiffus
  - > bestimmte Hirnregionen haben spezifische Aufgaben, organische Veränderungen in bestimmten Regionen führen zu bestimmten psychischen Veränderungen (Bewusstsein, Kognition, Emotion und Verhalten)
- **Klassifikation der organischen psychischen Störungen**
  - **nach ICD-10**
    - > **organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (F 0)**
      - Demenz
      - organisches amnestisches Syndrom
      - Delir, nicht substanzbedingt
      - sonstige organische psychische Störungen (Halluzinose, katatone Störung, affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, emotional-labile Störung, leichte kognitive Störung)
      - organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (organische Persönlichkeitsstörung, postenzephalitisches Syndrom, Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma)
    - > **psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F 1)**
      - akute Intoxikation, Entzugssyndrom mit Delir, psychotische Störung, amnestisches Syndrom, Demenz, sonstige Störungen
  - Einteilung der Syndrome nach Aussagekraft
    - A. Syndrome ersten Ranges** (charakteristische organische Syndrome)
      - Delir
      - Demenz
      - Amnesie
      - aphasische, apraktische und agnostische Symptomenkomplexe (isoliert durch besondere Schädigungslokalisation)
    - B. Syndrome zweiten Ranges** (uncharakteristische organische Syndrome)
      - organische Persönlichkeitsveränderung
      - organische Halluzinose
      - organisches Wahnsyndrom oder schizophrenieähnlicher Zustand
      - organisches affektives Syndrom
      - organisches Angstsyndrom
      - organisches Zwangssyndrom
      - organisches Katatonie-Syndrom
      - organisches Neurasthenie-Syndrom
      - altersabhängiges Syndrom der Vergesslichkeit (benigne senile Vergesslichkeit: tritt isoliert auf und erreicht nicht das Ausmaß der amnestischen oder sonstigen kognitiven Störungen im Rahmen einer Demenz)
      - andere, gemischte und atypische hirnorganische Psychosyndrome
  - Syndrome 1. Ranges sind typischerweise organisch verursacht
  - Syndrome 2. Ranges sind nur annehmbar organisch bedingt-

bei

- ausreichendem ätiologischem und zeitlichem Zusammenhang und
- Ausschluß nichtorganischer Ursachen
- keine psychopathologische Veränderung ist für organische Ursache völlig spezifisch

**4.1. Akute organische Psychosyndrome**

- Synonym: Akute organische Störungen, akute „exogene Psychosen“
- [Erklärung]
  - durch akute Schädigungen bzw. Veränderungen des Gehirns
  - plötzlicher Beginn, meist (bei Ursachenbeseitigung / Behandlung) reversibel
  - fluktuierende Störungen der kognitiven Fähigkeiten, der Psychomotorik und der Affektivität
- [Ä/P]:
  - multifaktoriell

Störungen	Beispiele
metabolische Störungen	Elektrolytstörungen, Hyperglykämie, Hypoglykämie, hepatische und urämische Enzephalopathie, Hyperthyreose
Zirkulationsstörungen	Hypoxie, Hirninfarkt, Vaskulitis, intrazerebrale Blutung
Infektionen	Harnwegsinfekt, Sepsis, Enzephalitis, Meningitis
Trauma	Schädel-Hirn-Trauma
Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabusus	Intoxikation mit oder Entzug von Barbituraten, Benzodiazepinen u.a.
Medikamente	z.B. Anticholinergika (Antihistaminika, Belladonna-Alkaloide [Atropin), Neuroleptika, auch Clozapin, trizyklische Antidepressiva), Anti-Parkinson-Mittel (Biperiden, Amantadin, Bromocriptin, L-Dopa), Lithium, Aminophyllin, Cimetidin, Kortikosteroide, ACTH, Digitalis

- [E]
  - Beispiel Delir: Prävalenz
    - > zwischen 18. und 64.a unter 1 %
    - > >65a Jahren 1-16% (je nach Kriterien)
    - > ältere Personen bei Akutaufnahme 10 - 25 %
    - > ITS-Patienten 30 %
- [F/S]
  - mit Bewusstseinsveränderung: Delir (Delirium: Irresein), Verwirrtheit
    - > plötzlicher Beginn
    - > Prodromi: Unruhe, Angst, Furchtsamkeit, Überempfindlichkeit für Licht oder Geräusche, leichte Ablenk-

- barkeit
- > leichte „Durchgangssyndrome“ mit Verstimmungen subdepressiver, ängstlicher, gehobener, apathischer oder hysteriformer Färbung sind schwer als organische Psychosyndrome erkennbar
  - > Delir (akute psychische Störung mit Bewusstseinsstörung bei akuten körperlichen Krankheiten)
    - zunehmend desorientiert (v.a. zeitlich, räumlich, situativ; personell nur bei schwersten Fällen)
    - verwirrt
    - inkohärentes Denken, Denkabläufe verlangsamt, desorganisiert und unkonkret
    - Urteilsfähigkeit und Problemlösungen eingeschränkt / aufgehoben
    - Fehlidentifikation von Personen
    - Wahrnehmungsstörungen (Illusionen und Halluzinationen, meist visuell)
    - wahnhaftige Ausgestaltung der Realität
    - lebhaft (Alb-)Träume
    - gestörte Psychomotorik hypoaktiv und lethargisch oder hyperaktiv, rascher Umschlag möglich
    - Affektstörungen: meist Furcht und Angst (cave! Fluchtreaktion / Aggression), auch Ratlosigkeit, Depression, Reizbarkeit, Euphorie oder Apathie
    - autonome Dysregulationen: Blässe, Erröten, Schwitzen, Arrhythmien, Übelkeit, Erbrechen und Hyperthermie
    - Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
    - typisch: tägliche bzw. stündliche Fluktuationen, nachts / morgens verstärkte Symptomatik, klare Intervalle möglich
    - danach partielle bis totale Amnesie: Geschehenes wird nur bruchstückhaft erinnert
  - ohne Bewusstseinsveränderung
    - > organische Halluzinose
      - optische, akustische oder taktile Halluzinationen
      - evtl. Wahnerleben
    - > akutes amnestische Syndrom (akutes Korsakow-Syndrom)
      - extreme Gedächtnisstörungen
      - Konfabulationen
    - > affektive (depressive oder maniforme), aspontane, paranoide und pseudoneurasthenische Psychosyndrome [Folie]
  - Langzeitverlauf: bei Fortschreiten der Hirnerkrankung: Schwere der Syndrome kann zunehmen, Übergang in akutes organisches Psychosyndrom mit Bewusstseinsstörung oder chronisches psychoorganisches Syndrom

- [DD]
  - Demenz

Merkmal	Delir	Demenz
Bewusstseinsstrübung	ja	nein
Beginn	plötzlich, Zeitpunkt bekannt	allmählich, Zeitpunkt meist nicht bekannt
Verlauf	akut, Tage bis Wochen, selten länger als 1 Monat	chronisch, länger als 6 Monate, typischerweise über Jahre fortschreitend
Orientierungsstörungen	früh im Verlauf	spät im Verlauf
Befundschwankungen	ausgeprägt	gering
psychomotorische Veränderungen	ausgeprägte Hyperaktivität oder Hypoaktivität	spät im Verlauf, falls keine Depression
körperliche Befunde	ausgeprägt	gering

- > bei Unklarheit zunächst Arbeitsdiagnose Delir stellen  
→ intensiven Therapieversuch unternehmen.
- > Delir bei Demenz ist möglich: „umwölkte“ Demenz
- Pseudodemenz (Ganser-Syndrom)
  - > Zweckreaktion
  - > dissoziative Störung
  - > in Stresssituationen gezielt falsche Antworten
- Schizophrenie:
  - > konstantere, besser organisierte Halluzinationen und Wahn
  - > Orientierung intakt
  - > keine Fluktuation
- reaktive „Psychosen“, schizophreniforme Erkrankungen
  - > keine globale kognitive Verschlechterung
- [Th]
  - kausal
  - allgemein
    - > geeignete Ernährung, ausgeglichener Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt
    - > optimale sensorische, soziale und pflegerische Umgebungsbedingungen z.B.
      - gedämpftes Licht
      - häufige Personal- / Angehörigenbesuche, Fernseher (→ Orientierung)
  - symptomatisch
    - > gegen Unruhe: stark antipsychotische, wenig anticholi-

- nerg wirkende Neuroleptika (z.B. Haloperidol)
- > gegen Schlafstörungen: Clomethiazol (cave! Atemdepression)
- > Antidepressiva
- > Benzodiazepine

- [V/P]
  - Dauer unterschiedlich
  - bei Ursacherkennung/-behandlung reversibel, Spontanremission möglich
  - Übergang in chronisches hirnorganisches Syndrom bis zur Demenz

**4.2. Chronische organische Psychosyndrome/ dementielle Syndrome**

- [Erklärung]
  - Folge einer chronischen Veränderung des Gehirns
  - wichtigster Prototyp: Demenzsyndrom
  - andere Syndrome affektiver und sonstiger Art

**4.2.1. Demenz**

- [E]
  - 10% über 65 haben kognitive Störungen
  - Prävalenz Demenzen: 65 - 70 Jahre 2 - 6 %, über 85 über 40 %
  - wachsendes Gesundheitsproblem durch wachsende Zahl Älterer
  - Behandlungs- und Pflegekosten: 26 Milliarden Euro pro Jahr
  - häufigste Form: Alzheimer-Typ (60%) [Folie]
  - Multiinfarktdemenz 10-20%
  - 10% kausal behandelbaren Demenzen (Normaldruckhydrozephalus, Vitamin-B12-Mangel, Hypothyreose)

- [Ä]

Ursachen	Beispiele für zugrunde liegende Erkrankungen
primär degenerative kortikale Erkrankungen	senile und präsenile Demenz vom Alzheimer-Typ, Morbus Pick
Störung der Hirndurchblutung	zerebrovaskuläre Erkrankungen, vaskuläre Demenz
subkortikale Dystrophie	präsenile argyrophile subkortikale Dystrophie (Seitelberger), progressive supranukleäre Blicklähmung
Systematrophien	Morbus Parkinson, Chorea Huntington
Hirntraumen	Hirnkontusion, subdurales Hämatom
Infektionen	Enzephalitis, progressive Paralyse, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
Intoxikationen	Alkohol, Medikamente, CO, Schwermetalle, organische Lösungsmittel

Störung der Liquorzirkulation	Normaldruck-Hydrozephalus
intrakraniale Neoplasien	Hirntumoren, Schädelbasistumoren
extrazerebrale Tumoren	karzinomatöse Meningitis, paraneoplastisches Syndrom
Vitamin-Mangelzustände	Vitamin-B12-Mangel (Perniziosa), Nikotinsäuremangel (Pellagra), Folsäuremangel, Vitamin-B1-Mangel
metabolische/endokrinologische Enzephalopathien	Eiweißmangel, Hypoglykämie, Leberinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Hyperlipidämie, Morbus Addison, Schilddrüsenerkrankungen, Hypo- und Hyperparathyreoidismus
immunologische Erkrankung	Autoimmunvaskulitis, Hashimoto-Enzephalopathie

- Unterscheidung nach Ursachen
  - > primäre Demenz:
    - Ursache der Erkrankung liegt direkt im Gehirn (z. B. degenerativ und/oder vaskulär)
  - > sekundäre Demenz:
    - Folge einer anderen körperlichen Erkrankung (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, endokrine, infektiöse oder entzündliche Erkrankungen, Intoxikationen, Stoffwechselerkrankungen, Vitamin-Mangelzustände)
- [S]
  - komplexes Störungsmuster höherer psychischer Funktionen
  - reversibel oder irreversibel
  - objektiv nachweisbare erworbene Beeinträchtigung des Gedächtnisses
    - > (v. a. Lernfähigkeit für neue Informationen, Reproduktion von Erinnerungen)
  - zunehmender Verlust früherer intellektueller Fähigkeiten
    - > (v.a. abstraktes Denken, Urteilsvermögen, Konzentrationsfähigkeit)
  - keine Bewusstseinsstörung
  - Veränderungen der Persönlichkeit (Motivation, Psychomotorik, emotionale Kontrolle, Sozialverhalten)
  - Einschränkungen in der Alltagsbewältigung

<b>Raumorientierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ findet aus dem Abstellraum nicht in die Wohnung zurück</li> <li>○ findet von der Bushaltestelle nicht das Wohnhaus</li> <li>○ findet in der Wohnung sein Zimmer nicht</li> </ul>
<b>Sprache</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ sprachliche Vereinfachungen</li> <li>○ stockend</li> <li>○ Wortsuche</li> </ul>
<b>räumlich-konstruktiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schwierigkeiten beim:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Uhr zeichnen</li> <li>&gt; Uhrzeit eintragen</li> </ul> </li> </ul>

	> Fahrrad oder Haus zeichnen
<b>Zeitraster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tag/Monat/Jahr: Zeiterkennung gestört</li> <li>○ Verstorbene leben wieder</li> <li>○ Kinder werden zu Geschwistern</li> </ul>
<b>Praxie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ankleiden fehlerhaft, ungleiche Schuhe</li> <li>○ Schwierigkeiten beim Bedienen von Geräten</li> <li>○ komplexe Handlungen erschwert</li> </ul>
<b>Antrieb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meiden von Herausforderungen</li> <li>○ Rückzug</li> <li>○ Vernachlässigung</li> </ul>
<b>Affekt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Affektdurchbrüche</li> <li>○ gehoben bis depressiv</li> </ul>
<b>Denkleistungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ zunehmende Einbußen der Intelligenzleistung</li> </ul>
<b>Merkfähigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einkaufen problematisch</li> <li>○ Gesprächsfaden fehlt</li> <li>○ Ereigniserinnerungen eingeschränkt</li> <li>○ Mehrfach-Tabletteneinnahme erschwert</li> </ul>

- Erscheinungsbild / Verhalten
  - > apathischer oder leerer Gesichtsausdruck
  - > emotionale Labilität
  - > unbeherrschte Ausdrucksart oder unangebrachte Witze (v.a. bei Gedächtnisstörungen)
  - > Verlust an Urteilskraft und Impulskontrolle speziell bei front(otemporal)aler Demenz, z.B. Morbus Pick:
    - Fäkalsprache
    - unangebrachte Witze
    - Vernachlässigung des äußeren Erscheinungsbildes und der persönlichen Hygiene
    - allgemeine Missachtung sozialer Regeln
- Subtypen
  - kortikale Demenz:
    - > vorwiegend Störung von Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache, Ausführung von Bewegungen und Handlungen sowie räumlicher Leistung bei geringer Veränderung der Persönlichkeit.
  - frontale Demenz:
    - > ausgeprägter Wandel der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens sowie des planenden und organisierenden Denkens bei vergleichsweise gut erhaltenen Fähigkeiten des Gedächtnisses, der Orientierungsfähigkeit und der räumlichen Leistung.
  - subkortikale Demenz:
    - > Verlangsamung des psychischen Tempos, Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, erschwerte Umstellungsfähigkeit und affektive Störungen, z.B. vermehrte

- Reizbarkeit, Apathie, Initiativlosigkeit
  - > kaum Gedächtnis- und Denkstörungen
- Formen
  - Morbus Alzheimer, Mb. Pick, Multiinfarktdemenz, subcorticale Demenz
  - siehe NEU
- [V]
  - progredient, konstant oder reversibel
  - milde / frühe Formen
    - > Schwierigkeiten im Aufrechterhalten der geistigen Leistungsfähigkeit
    - > frühe Ermüdbarkeit
    - > Versagen bei komplexen Problemen möglich
    - > verminderte Lernfähigkeit und Altgedächtnisleistung (jüngere Inhalte stärker betroffen)
    - > räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen
    - > Störungen des abstrakten Denkens (z. B. das Erfassen von Gemeinsamkeiten oder Ähnlichkeiten)
    - > Nachlassen der Kritik- und Urteilsfähigkeit
  - schwerere Fälle
    - > nur noch sehr intensiv Gelerntes abrufbar
    - > neue Informationen schnell vergessen
  - weit fortgeschrittene Fälle
    - > Vergessen der Namen ihrer Angehörigen, ihren Beruf oder sogar ihren eigenen Namen
  - schwere Demenz
    - > Mutismus

Schwe regrad	Kognition	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt	MMST*- Score (max. 30 Punkte)
leicht	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	Aspontanität Depression Antriebsmangel Reizbarkeit Stimmungs labilität	unter 23-24
mittel	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder angemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.	Unruhe Wutausbrüche aggressive Verhaltensweisen	unter 20
schwer	Es können keine Ge-	Die selbstständige Le-	Unruhe	unter 10

	dankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	bensführung ist gänzlich aufgehoben.	Nesteln Schreien Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus	
--	---	--------------------------------------	---	--

[http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz\\_Start/Demenz-Text/body\\_demenztext.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/Demenz-Text/body_demenztext.html)

- [D]
  - verschiedene Kriterien und Testverfahren
  - z.B. Mini-Mental-Status-Test, andere Tests [Folien]
- [Th]
  - behandelbare Demenzen möglichst früh kausal; Erkennung!
  - Antidementiva
  - bei depressiver oder paranoider Symptomatik Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika)
    - > Unruhezustände wie beim Delir: Clomethiazol
    - > Schlafstörungen: niederpotentes Neuroleptikum (Pipamper)
  - Aufklärung und Beratung der Patienten
  - psychosoziale Maßnahmen (z. B. kognitives Training)

#### 4.2.2. Spezielle organische psychische Störungen

- organische psychische Störungen durch entzündliche Erkrankungen, Beispiel Neurolyues (Syphilis, Tertiär- / Quartärstadium)
  - [Ä]
    - > Erreger: Treponema pallidum
    - > sexuell übertragbar
  - [P]
    - > Inkubationszeit 2-4 Wochen
    - > Primärstadium, Lues I :
      - schmerzloses, ulzerierendes Knötchen am Infektionsort (Primäraffekt ) mit Lymphknotenschwellung (Primärkomplex)
    - > Sekundärstadium, Lues II
      - hämatogene Aussaat der Erreger
      - verbreitete Hauterscheinungen
      - Meningitis oder Meningoenzephalitis
    - > Tertiärstadium, Lues III, frühestens nach 2 Jahren
      - Lues cerebrospinalis als
        - vaskuläre Form (entzündliche Gefäßveränderungen, besonders an der Hirnbasis mit nachfolgenden ischämischen Erweichungen)
        - meningitische Form (vorwiegend als basale Lymphmeningitis)
        - gummöse Form (mit Tumoren infolge proliferierender granulomatöser Veränderungen, meist

subkortikal in den Hemisphären)

- > Quartärstadium, Lues IV, nach 8-15 Jahren
  - progressive Paralyse
  - luetische Enzephalitis
  - Tabes dorsalis (Entmarkungsprozess an den Hinterwurzeln, Hintersträngen und Spinalganglien)
- > Kurzfassung der Pathogenese psychischer organischer Störungen
  - Meningoenzephalitis
  - im Spätstadium chronische Enzephalomyelopathie
  - progressive Paralyse mit demenziellem Abbauprozess
- [E]
  - > 15:100000 Einwohner
  - > Gipfel 5. Lebensjahrzehnt
  - > m=w, progressive Paralyse m>w, bei 2-5 %
  - > Tabes dorsalis bei 3 % der Lues-Kranken
- [S]
  - > meningitische Form:
    - Kopfschmerzen
    - Pupillenstörungen
    - pseudoneurasthenisches Syndrom
    - psychoorganische Symptomatik
  - > gummöse Form
    - Symptomatik einer RF (siehe NEU)
  - > progressive Paralyse
    - anfangs Pseudoneurasthenie oder organische Weisensänderung
    - später hirnanorganisches Psychosyndrom:
      - meist Frontalhirnsyndrom durch Enthemmung, Verlust von Taktgefühl und kritiklose flache Euphorie
      - oder maniforme, depressive, paranoide und akut delirante Symptomatik
    - Artikulationsstörungen (Dysarthrie), Faszikulieren der mimischen Muskulatur, reflektorische Pupillenstarre (Argyll-Robertson-Pupille), Herdsymptome
    - Tabes dorsalis: fehlende Patellarsehnenreflexen, Sensibilitätsstörungen, lanzinierenden Schmerzen, Gangataxie, im Endstadium hochgradige spastische Lähmung der Körpermuskulatur
- [Th]
  - > AB (hochdosierte Penicillin o. Erythromycin)
- [V/Pr]
  - > unbehandelt innerhalb weniger Jahre Demenz und Tod
  - > mit Therapie auch fortgeschrittene paralytische Demenzen noch teilweise rückbildungsfähig
- organische psychische Störungen durch metabolische Stö-

rung: Beispiel Morbus Wilson (hepatolentikuläre Degeneration)

- [Ä]
  - > genetisch
- [P]
  - > Kupferspeichererkrankung
  - > Kupferablagerungen, u.a. in Leber und Gehirn
  - > Manifestation im Jugendlichen- und Erwachsenenalter
  - > Lebererkrankung
  - > 50% auch neurologisch-psychiatrische Symptome
  - > Tremor, Dysarthrie und Gangstörungen
  - > kognitive Störungen, psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen), später Demenz
- [Th]
  - > Kupferausscheidung durch D-Penicillamin oder Trientine (Chelatbildner)
  - > Zink gegen Kupferabsorption
  - > symptomatisch Antidepressiva und Antipsychotika
- organische psychische Störungen durch metabolisch-endokrinologische Störungen z.B. als Spätfolge des Diabetes mellitus
  - [S]
    - > dementielles Syndrom u.a. möglich
  - [Th]
    - > langfristig straffe Stoffwechselführung
- weitere Ursachen: verschiedene metabolisch-endokrinologische, nutritiv-toxische, neoplastische und Stoffwechsel-Erkrankungen

## 5. Schizophrenien

- [Fallbeispiel eMail]
- Gruppe von Krankheitsbildern, symptomatisch vielgestaltig: Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen, psychomotorische (katatone) Störungen, Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens. Keine körperliche Ursache.
- [G]
  - 1898: „Dementia praecox“ (Kraepelin)
  - 1911: „Schizophrenie“ (Bleuler)
- [E]
  - 0,5-1% Lebenszeitprävalenz, 0,05% Inzidenz
  - m=w, m max. 21a, w max. 26a

### 5.1. Ätiologie / Pathogenese

- von: [http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/653\\_408.htm](http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/653_408.htm)
- polygen multifaktoriell
- Risiko von Verwandten: 2° 5%, 1° 10%, ZZ 15%, EZ 50%

- Faktoren
  - perinatale Hirnschädigung („minimal brain dysfunction“)
  - psychosoziale Faktoren (nur für Rezidive gesichert)
    - > „high-expressed-emotions“-Familien: erhöhte kritische Emotionalität u / o Überprotektion
    - > dominante „schizophrenogene“ Mutter
    - > Störungen im familiären Rollengefüge
    - > pathologische Kommunikationsmuster
    - > entkräftet: Zugehörigkeit zur gesellschaftlichen Unterschicht, entsteht durch Abgleiten (Drift-Hypothese)
  - besonderes kindliches Verhalten späterer Schizophreniepatienten
    - > passive, unkonzentrierte Kleinkinder
    - > in der Schule störendes unkonzentriertes Verhalten
    - > oft schwere Störungen in Beziehungen der Familienmitglieder
  - biochemisch: Überaktivität zentralnervöser dopaminerge Strukturen
  - strukturelle Anomalien (einige Patienten)
    - > Erweiterung 3. Ventrikel
  - Störungen der Informationsverarbeitung (kognitive Basisstörungen)
    - > Schwäche der selektiven Aufmerksamkeit
    - > Störungen der Reaktions- und Assoziationshierarchien
  - psychoanalytisch:
    - > Ich-Schwäche in der Kindheit
    - > Regression auf frühere Entwicklungsstufe

## 5.2. Symptomatik und Formen

- [Folie] Statistik stationärer psychiatrischer Patienten
- lt. ICD-10 (F20.-)
  - grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung
  - inadäquate oder verflachte Affekte
  - Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt (im Verlauf sind kognitive Defizite möglich)
  - Ich-Störungen
  - Wahn
  - Wahrnehmungsstörungen
  - Denkstörungen
  - Minussymptome („Negativsymptome“)
    - > anfangs / leicht
      - Persönlichkeitsänderung unterschiedlichen Ausmaßes
      - Leistungsschwäche
      - Kontaktschwäche
      - affektive Nivellierung

- Konzentrationsstörungen
  - depressive Verstimmungen
- > später / schwer
  - Einengung von Interessen
  - autistischer Rückzug
  - Interessen- und Antriebslosigkeit
  - affektive Verarmung
  - Vernachlässigung der Körperpflege
- Schizophrenie ist NICHT Wahn und Halluzination, nur bei 80% Wahnsymptome
- Klinische Subtypen (Schwerpunktsymptome)
  - Paranoid-halluzinatorischer Typ
    - > Wahn, Halluzinationen
  - Katatoner Typ (kata-: herab-, gegen-, gänzlich)
    - > psychomotorische Störungen: Schwankungen zwischen extremer Hyperkinese und Stupor
    - > Befehlsautomatismen, Negativismen, stereotype Haltungen
    - > Risiko: lebensbedrohliche (perniziöse) Katatonie: Stupor, Hyperthermie und andere vegetative Entgleisungen
  - Hebephrener Typ
    - > affektive Störungen: läppische Grundstimmung, leere Heiterkeit, Gleichgültigkeit,
    - > unberechenbares, flapsiges Sozialverhalten
    - > formale Denkstörungen
  - Schizophrenia simplex
    - > symptomarm, keine produktiven Symptome
    - > schleichend fortschreitende Minussymptome
  - undifferenzierte Schizophrenie
    - > allgemeine diagnostische Kriterien erfüllt
    - > Zuordnung zu bestimmter Form nicht möglich
  - Residualtyp (nach akuter Schizophrenie zurückbleibend)
    - > Minussymptomatik
      - siehe oben
    - > Plussymptomatik
      - Hypochondrie
      - Residualwahn
      - andere produktive Symptome
    - > bei Plus- und Minussymptomatik: „gemischtes Residuum“
- [V]
  - kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten oder
  - eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission
- Prognose
  - 1/3 Heilung

- 1/3 Besserung / leichter Verlauf
- 1/3 Verschlechterung / schwerer Verlauf

### 5.3. Therapie

- konsequente Therapie im akuten Stadium durch mangelnde Krankheitseinsicht behindert
- Psychopharmakotherapie
  - Neuroleptica
  - Akut- und Erhaltungstherapie
    - > medikamentös: 3-5a Rezidivprophylaxe
    - > Nutzen / Risiko: W / NW-Erwägung
- Psychotherapie
  - Hilfe, die Bürde der Erkrankung zu tragen
  - Hoffnung, Mut, Information
  - keine lebensrelevanten Entscheidungen während akuter Phase
  - Über- / Unterstimulation vermeiden
- Soziotherapie
  - Neigung zu Hospitalisierungsschäden bei reizarmer Umgebung; Gefahr chronischer Minussymptomatik
  - Ziel: Förderung sozialer Fähigkeiten, Verhinderung sozialer Defizite
  - Arbeits- und Ergotherapie, berufsrehabilitierende Maßnahmen
  - Prinzip der kleinen Schritte: langsame Steigerung von Forderung und Kooperation bezüglich
    - > Zeitdauer
    - > Intensität
    - > Kompliziertheit
    - > Interaktionsnotwendigkeit
  - Steigerung bei Wohnen und Selbstversorgung
    - > vollstationär
    - > teilstationär
    - > Tages- / Nachtambulanz

## 6. Affektive Störungen

- krankhafte Veränderung der Stimmung, meist zur Manie oder Depression
- Synonyme:
  - **manisch-depressive Erkrankung**, Affektive Psychosen, Zykllothymie, bipolare Psychose
  - **Depression**, Unipolare Depression: monopolare Depression, endogene Depression, phasische Depression, rezidivierende depressive Störungen, periodische Depression, Major Depression, Melancholie, psychotische Depression, Schwermut
  - **Manie**: manische Psychose, endogene Manie
  - **Dysthymie**: neurotische Depression, depressive Neurose,

- früher (depressive PS)
- **Zyklothymie**, affektive, zyklode, zylothyme Persönlichkeitsstörung (früher hyperthyme PS)
- [Fallbeispiel Robert Schumann]
- [E]:
  - 8-20% Lebenszeitprävalenz
  - Arztbesucher: 12-25%
  - 25% Depressiver konsultieren keinen Arzt
  - 50% nicht vom Allgemeinarzt erkannt
  - Depressionen (kulturunabhängig: w/m=2/1, bipolare 1/1)
  - 10-15% Depressiver: Tod durch Suizid

### 6.1. Ätiologie / Pathogenese

- Vulnerabilitätskonzept: polygen multifaktoriell [Abb]
  - biologisch, psychisch und sozial (z.B. durch biographische Ereignisse) vorgegebener Schwellenwert für den Ausbruch einer Erkrankung; chronische Anspannungen und akute Belastungen führen zur Überschreitung; bei ausreichend starker und langer Überschreitung keine Rückkehr unter Schwellenwert → Krankheit
  - unterschiedliche Schwellenwerte für verschiedene Erkrankungen bei verschiedenen Personen => gleiche Belastungen können zum Ausbruch verschiedener Störungen führen
- genetisch:
  - ein Elternteil unipolar: 10%, bipolar: 20%
  - beide Eltern bipolar: 50-60%
  - EZ: unipolar 50, bipolar 80%
  - ZZ: 20% (alle)
- neurobiologisch
  - Neurochemisch: verschiedene Hypothesen
    - > Noradrenalin- / Serotonin-Defizit
    - > Dichte und Empfindlichkeit von Rezeptoren
  - neuroendokrinologisch
    - > Störungen im Hypothalamus-Hypophysen-NNR / SD-System
  - chronobiologische Faktoren
    - > saisonale Rhythmik: Frühjahr, Herbst
    - > saisonale Herbst-Winter-Depression
    - > Tagesschwankungen, Früherwachen, weniger Tiefschlafphasen
    - > antidepressive Wirkung von Schlafentzug durch Wiederherstellung der Rhythmik?
  - Psychophysiologie
    - > mangelnde Ansprechbarkeit auf Umweltreize
    - > Dämpfung von Reiz-Aktions-Mustern
  - somatische Erkrankungen, Pharmaka
    - > Parkinson, Addison, Hypo- / Hyperthyreose

- > Tumoren, Epilepsie, Chorea major, MS...
- > Cortison-Behandlungen
- > Hämodialyse
- Psychische Faktoren
  - kritische Lebensereignisse
    - > Verlust von / Probleme mit nahen Bezugspersonen
    - > Entlastungs- / Umzugsdepression
    - > kein kausaler Zusammenhang, sondern unspezifische Streßreaktion
  - Kognitions- / lerntheoretische Vorstellungen
    - > negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und Zukunft
  - Persönlichkeitsfaktoren
    - > bestimmte Persönlichkeitsstruktur: rigide (zwanghafte), asthenische Charakterzüge
    - > Frustrationsintoleranz
    - > starke Abhängigkeit
  - psychodynamisch-psychoanalytische Modelle
    - > „Trauerarbeit“, „Objektverlust“
    - > Störung der Mutterbeziehung auf oraler Entwicklungsstufe
    - > Verlust des Selbstwertgefühls, Ich-Störung

## 6.2. Symptomatik und Typen

### 6.2.1. Depression

- [S]
  - Hemmung von Antrieb und Denken
  - Schlafstörungen
  - Konzentrationsstörungen
  - Traurige Stimmung, bis hin zu schwermütigem, scheinbar aussichtslosem „Nichts mehr fühlen können“, „Gefühl der Gefühllosigkeit“
  - Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
  - Suizidgedanken/Suizidversuche
  - leicht erkennbar:
    - > ernster Gesichtsausdruck, erstarrte Mimik / Gestik
    - > gesenkter Blick
    - > leise, zögernde Stimme
- DD Depression / Demenz

Depression	Demenz
eher rascher, erkennbarer Beginn	schleichender unklarer Beginn
episodisch	chronisch
ständig depressive Stimmung	fluktuierende Stimmungs- und Verhaltensauffälligkeiten
typisch: „weiß-nicht“-Antworten	angenähert richtige Antworten
Herausstellen von Defiziten, Klage über kognitive Einbußen	Defizite werden verborgen
Selbstanklage, Schuldgefühle	Orientierungs- / Gedächtnisstörungen

- Subtypen:
  - gehemmte Depression:
    - > Reduktion von Psychomotorik und Aktivität (extrem: Stupor)
  - agitierte Depression:
    - > ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktiv-hektisches Verhalten, Jammern)
  - „larvierte“, somatisierte Depression:
    - > vegetative Störungen, vielfältige Organbeschwerden; Depression wird vitalisiert / am Leib erlebt [Abb]; nur körperliche Beschwerden angegeben
  - psychotische Depression:
    - > Wahnideen (Verarmungs-, Versündigungs-, Schuld-wahn,), Halluzinationen (anklagende Stimmen)

### 6.2.2. Manie

- Fallbeispiel
- [S]
  - Ablenkbarkeit
  - Ideenflucht
  - Logorrhoe
  - Euphorie
  - Schlafstörung
  - Selbstüberschätzung (bis zu Größenwahn)
  - Irritierbarkeit
  - Feindseligkeit
  - Wahnideen
  - Alkoholmissbrauch
  - Hypersexualität
- Schweregrade
  - mittelgradig: ohne psychotische Symptome, berufliche / soziale Funktionsfähigkeit unterbrochen, mindestens 1 Woche
  - schwer: Manie mit psychotischen Symptomen, Wahn,

min. 1 Woche

- ! Manie bedeutet Schuldunfähigkeit / fehlende Testierfähigkeit (Kaufverträge!)

### 6.2.3. Dysthymie (früher: depressive PS)

- chronische depressive Verstimmung leichteren Grades
- müde, depressive Stimmung, Alles anstrengend, kein Genuß
- Gefühl der Unzulänglichkeit, aber Fertigwerden mit täglichen Anforderungen

## 6.3. Therapie

### 6.3.1. Depression

- 3 Phasen:
  - Akutbehandlung
  - Erhaltungstherapie (bis 6 Monate)
  - Rezidivprophylaxe (Jahre bis immer)
- Medikamente
  - trizyklische Antidepressiva:
    - > anticholinerge NW: Mundtrockenheit, Obstipation, Akkomodations- / Miktionsstörungen
    - > Blutdrucksenkung
  - neuer: Serotonin-Reuptake-Hemmer
  - zusätzlich Benzodiazepine wegen verzögertem Wirkungseintritt (2-4Wo., [Abb])
- Schlafentzug
- EKT
- kognitive Verhaltenstherapie [Abb]
  - Korrektur negativer Realitäts- und Selbstbewertung
  - schrittweiser Aufbau von Aktivität
  - Förderung Selbstsicherheit / soziale Kompetenz
- tiefenpsychologische / psychoanalytische Therapie
- Ergotherapie (v.a. stat.)
  - Tagesstrukturierung „endlos langer Tag des Depressiven“
  - Entdecken kreativer Fähigkeiten
  - Training von Konzentration und Ausdauer
- Grundsätze
  - kein „Zusammenreißen“ empfehlen
  - Mut und Hoffnung vermitteln
  - Abhalten von beruflichen, privaten und finanziellen Entscheidungen
  - Nicht von Depression anstecken lassen. Jammern und Vorwürfe sind Symptome
  - Familie einbeziehen
  - allmähliches Wiedererlangen von Eigenverantwortung und Aktivität

### 6.3.2. Manie

- mangels Krankheitseinsicht schwierig

- evtl. stat., auch auf richterlichen Beschluß
- hochpotentes antipsychotisches Neurolepticum + sedierendes Neurolepticum

## 7. „Neurosen“

### 7.1. Begriff „Neurose“

- Veraltet, da zu unscharf, stattdessen neurotische Störungen, ICD-10 F40-48
- zu „Neurosen“ gezählte Störungen
  - Zwänge
  - phobische Ängste
  - GAS diffuse, sogenannte frei flottierende Angstzustände u. a.
  - Verstimmungszustände,
  - Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation: "ich bin nicht mehr ich"; Derealisation: "alles so sonderbar um mich herum")
  - Hypochondrie (nicht begründbare, ängstliche Befürchtung oder Vermutung, krank zu sein oder krank zu werden)
  - hysterische Reaktionen („Konversionsneurose“; vielfältige körperliche Beeinträchtigungen ohne organische Grundlage, z. B. Gehstörungen, Bewegungsstörungen, Starrheit, Schwäche, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Ausfall der Sinnesorgane)

### 7.2. Phobien

- Phobia=Furcht; auf Gegenstand, Lebewesen oder Situation gerichtet (Unterschied zu Angst)
- Kriterien
  - gerichtet
  - unverhältnismäßig
  - unzugänglich für Vernunft
  - keine Willenskontrolle
  - Lebensqualität eingeschränkt
- [E]
  - Agoraphobie: 20% Lebenszeitprävalenz
  - Punktprävalenz Phobien 1-5%
  - w>m
- Agoraphobie (F40.0) (Claustrophobie, in Verkehrsmitteln, auf Plätzen)
  - [Ä/P]
    - > auslösende Situation mit verunsicherndem Charakter
      - Schlangestehen
      - Verabredung einhalten
      - Festhalten (Trockenhaube Friseur)
      - Entfernung von zu Hause
      - Plätze

- über eigene Probleme grübeln
  - häusliche Auseinandersetzungen
- > Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt
- > Beginn 18-35a: erste Angstattacke / ängstliche Verstimmung; nach Wochen Vermeidungsverhalten
- [S]
  - > diffuse Angst in entspr. Situationen
  - > Angst vor Kontrollverlust über eigenen Körper
    - ohnmächtig zu werden oder tot umzufallen
    - eine Szene zu machen
  - > Angst, Sicherheit vermittelnde Personen / Räume zu verlassen -> Vermeidungsverhalten
  - > Angst, hilflos ausgeliefert zu sein
  - > Angst, keine Hilfe zu bekommen
  - > Entlastung
    - Begleitung durch Ehepartner / Freunde
    - Platz in Türnähe
    - Konzentration auf Anderes
    - vertraute Objekte (Haustier)
    - Gespräch (Arzt oder andere Vertrauensperson)
- [Th]
  - > evtl. stationär
  - > Verhaltenstherapie
  - > fokal psychoanalytisch
- soziale Phobie (F40.1) (=Anthropophobie)
  - [Ä/P]
    - > erschwerter Schritt aus Ursprungsfamilie in neue soziale Beziehungen
    - > Rollenunsicherheit
    - > häufig Persönlichkeitsstörungen (Selbstwertstörungen / Empfindlichkeit)
    - > Befürchtung negativer Bewertung bei Anwesenheit von Menschen
  - [S]
    - > sozialer Rückzug, sekundäre Angstverstärkung
    - > Vermeidung von Handlungen im Beisein Anderer:
      - Essen
      - Arbeiten
      - Schreiben
      - Reden
      - Berühren bestimmter Themen
    - > Vermeidung begründet mit
      - Angst zu erröten (Erythrophobie)
      - Angst zu zittern
      - Angst zu versagen
    - > Festhalten von Größenphantasien durch Meiden der Realität
  - [Th]

- > Verhaltenstherapie
- > psychoanalytisch
- Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) (sonstige einfache Phobien)
  - Phobien, die auf eng umschriebene Situationen (...) beschränkt sind (Situationen, Objekte, Personen).
  - Relevanz bei sozialer Beeinträchtigung
  - Formen
    - > Zoophobie
    - > Dymorphophobie (eigene Fehlgestalt)
    - > Herzphobie
    - > Karzinophobie
    - > Aviophobie
    - > Acrophobie
    - > Blut- oder Verletzungsphobien
      - vasovagaler Reflex -> Bradycardie -> (Ohnmacht)
    - > modern: AIDS-Phobie
    - > ... (Phobien gegen nahezu Alles möglich)
  - [Th]
    - > Verhaltenstherapie (Exposition / Desensibilisierung)
    - > EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
    - > Entspannungstechniken (PMR, autogenes Training, Biofeedback)

### 7.3. Zwangsstörungen (F42.-)

- Synonyme: Zwangserkrankung, Zwangssyndrom, Zwangsneurose, anankastisches Syndrom, obsessiv-kompulsives Syndrom
- bei Gesunden:
  - gedankliches Beharren Worten, Sätzen oder Melodien
  - striktes Bedürfnis nach Aufrechterhalten einer bestimmten Ordnung oder nach unbedingter Sauberkeit
- [E]
  - Lebenszeitprävalenz 2 %
  - einzelne Zwangssymptome bei etwa 8%
- [Ä/P]
  - organische und psychologische Faktoren
  - neurobiologisch, aufgrund von Hinweisen
    - > therapeutische Wirksamkeit von Antidepressiva
    - > Zwangssymptome bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Encephalitis lethargica, Epilepsie, Chorea minor)
    - > serotonerges System beteiligt
    - > höhere Konkordanz eineiiger Zwillinge
  - lerntheoretisch
    - > Beziehung zu Angst und Angststörungen (Bindung eines ursprünglich neutralen Gedankens an einen angst-

- besetzten Stimulus?)
- psychodynamisch
  - > Fixierung auf die anale Phase
  - > rigide Erziehungsformen
  - > ausgeprägte Über-Ich-Strengung, Konflikt zwischen Es und Über-Ich
- [S]
  - Krankheitsbilder mit vordergründigen Zwangsgedanken, Zwangsimpulsen und/oder Zwangshandlungen
    - > stereotyp wiederholt
    - > sich aufdrängend
    - > als sinnlos oder gar unsinnig erlebt
    - > vergebliche Versuche, sich dagegen zu wehren
    - > nicht durch Ablenkung oder ähnliche Strategien vermeidbar
  - Teufelskreis der Selbsterhaltung von Zwangsphänomenen: Beim Versuch, sich den Zwangsphänomenen zu widersetzen, tritt eine intensive innere Spannung mit vorherrschender Angst auf, Entspannung durch Durchführung der Zwangshandlung
  - 2/3 Kombination von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
  - Zwangsgedanken: zwanghaft sich immer wieder aufdrängende, jedoch als unsinnig erkannte Denkinhalte
    - > häufigste Inhalte [Folie]
      - Beschmutzung
      - dauernde und unlösbare Zweifel, bestimmte Dinge getan oder unterlassen zu haben
      - hypochondrische Gedanken
      - meist mehrere
  - Zwangsimpulse: gegen den Willen, verbunden mit der Angst, die Handlung tatsächlich auszuführen
    - > Aggressionsimpuls gegen andere Menschen
    - > sexuelle Impulse (z.B. zu unkontrollierten oder ungewöhnlichen sexuellen Praktiken)
    - > autoaggressive Impulse (z. B. von einer Brücke zu springen)
  - Zwangshandlungen: gegen oder ohne den Willen ausgeführt, bei Unterlassungsversuch massive innere Anspannung und Angst [Folie Häufigkeit]
    - > Kontrollzwang, rituelle Kontrollhandlungen
    - > Waschzwang
    - > zwanghaftes Nachfragen bzw. Beichten
    - > Zählzwang
    - > bei 50% mehrere
  - Komorbidität mit
    - > depressiven Erkrankungen
    - > Abhängigkeiten von Alkohol oder Benzodiazepinen

- > Angsterkrankungen
- > Essstörungen
- > Persönlichkeitsstörungen (insbesondere selbstunsicher-  
dependente Persönlichkeitsstörungen).
- Folgen
  - > Beeinträchtigung des Betroffenen in seinem gesamten Denken, Handeln und sozialen Verhalten
  - > Ausbreitungstendenz
  - > hoher Zeitaufwand → sozialer Rückzug bis Isolierung möglich
- [Th]
  - Information
    - > kein eigenes Versagen
    - > in aller Regel nicht in die Tat umgesetzt (v.a. bei aggressiven Zwangsimpulsen)
    - > Zwangsstörungen können nur gebessert werden und nur bei etwa 50%
  - Verhaltenstherapie
    - > Exposition unter Verhinderung von Zwangshandlungen
    - > stufenweises Vorgehen (Desensibilisierung)
    - > Entspannungsverfahren
    - > Zwangsgedanken: kognitive Therapie → Einstellungsänderung
  - Pharmakotherapie:
    - > Antidepressiva vom Typ der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
    - > serotonerg wirksames trizyklisches Antidepressivum Clomipramin
    - > Behandlung über einen längeren Zeitraum, evtl. auch über 2 Jahre hinaus
    - > deutlich höhere Dosierungen der Antidepressiva als bei Depressionen
    - > Beurteilung des Erfolgs nicht vor 12 Wochen
- [V/Pr]
  - unbehandelt chronisch, Intensität kann schwanken
  - 50% lebenslang
  - Neigung zur Ausbreitung
  - bis hin zum Suizid
  - nach 7 Jahren Therapie:
    - > 10% sehr guter Zustand
    - > 68 % gut bis mittelmäßig
    - > 22 % deutlich beeinträchtigt
    - > Arbeitsfähigkeit kann sich bessern

## 8. Sucht und Abhängigkeit

- <http://www.dhs-intern.de/pdf/zahlen-fakten2005PK.pdf>
  - 28 Stunden

### 8.1. Alkohol

- Alkoholmißbrauch: gegenüber soziokultureller Norm erhöhter oder zu unpassender Gelegenheit erfolgender Alkoholkonsum
- Alkoholabhängigkeit: psychische (unwiderstehliches Verlangen) u / o physische (Toleranzsteigerung / Entzugserscheinungen).
- [E]
  - wichtigstes sozialmedizinisches Problem, wirtschaftliche Schäden ca. 40Mrd. € jährlich
  - 3-5% abhängig
  - 2,5-3Mio, 0,5Mio Kinder (12-21a)
  - Korrelation mit pro-Kopf-Verbrauch [Abb]
  - in Psychiatrie: 30-40% aller Pat., max. 25-55a
  - Lebenserwartung um 15% (10a) reduziert
- [Ä/P]
  - genetisch
    - > erhöhte Konkordanz bei EZ
    - > mgl: Unterschiede in alkoholabbauenden Enzymen
  - psychologisch
    - > „broken home“
    - > negatives Vorbild im Elternhaus
  - lernpsychologisch
    - > operant erlernt
  - soziokulturell
    - > Verfügbarkeit
    - > Liberalisierung des Trinkverhaltens
    - > „Wohlstands-Alkoholismus“
    - > berufsbedingte Einflüsse (Gaststättengewerbe, Bau, Geschäftsleute)
    - > Jugendliche: Geltungsbedürfnis, Imitation, Zwang zur Konformität
  - psychodynamisch
    - > Regression auf orale Stufe
    - > oft: Verwöhnung durch Mutter, Gleichgültigkeit Vater
- [S]
  - Typologie nach Jellinek (Alpha – Epsilon, veraltet)

Art des Alkoholismus	Versuch einer Typisierung	Suchtkennzeichen	Abhängigkeit	Häufigkeit
Alpha	Konflikttrinker	kein Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz	nur psychisch	ca. 5%
Beta	Gelegenheitstrinker	kein Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz	keine	ca. 5%
Gamma	süchtiger Trinker	Kontrollverlust, jedoch zeitweilige Fähigkeit zur Abstinenz, Toleranz-	zuerst psychisch, später	ca. 65%

		erhöhung	physisch	
Delta	Gewohnheitstrinker („Spiegeltrinker“)	Unfähigkeit zur Abstinenz, rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum	physisch	ca. 20%
Epsilon	episodischer Trinker (Dipsomanie)	mehrtägige Exzesse mit Kontrollverlust	psychisch	ca. 5%

- Andere Einteilung nach Cloninger
  - > Typ I: stärker umweltbedingt, späterer Mißbrauch
  - > Typ II: stärker genetisch bedingt, ungünstiger Verlauf
- Alkoholdelir (Delirium tremens, „tremens“ = Zittern, Erschauern, Furcht)
  - > lebensbedrohlicher psychiatrischer Notfall
  - > meist Entzugsdelir
  - > 3.-4.d des Entzugs, 2(3)-5(7)d
  - > Prädelir: Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst, Zittern
  - > Delir: Desorientiertheit, motorische Unruhe, optische Halluzinationen („weiße Mäuse“), vegetative Entgleisung (Tremor, Schwitzen, Tachycardie)
- Alkoholhalluzinose
  - > beschimpfende akust. Halluzinationen
- alkoholischer Eifersuchtswahn
  - > Eifersucht häufig, Eifersuchtswahn eher selten
- Organische Persönlichkeitsveränderungen
  - > Stimmungslabilität
  - > reizbar-aggressives Verhalten
  - > Hirn- und Kleinhirnatrophie -> Demenz
- Korsakow-Syndrom
  - > alkoholbedingtes amnestisches Syndrom
  - > Merkfähigkeitsschwäche, Desorientiertheit, Konfabulation
  - > Altgedächtnis variabel betroffen
- Wernicke-Encephalopathie
  - > selten (3-5%)
  - > Augenmuskellähmungen, Pupillenstörungen, Nystagmus, Ataxie, VitB1-Mangel
  - > punktförmige Blutungen, (v.a. Bereich Corpora mammillaria)
- Alkohol-Embryopathie
  - > Minderwuchs, Mikrocephalie, MR, Hyperaktivität, Ungeschicktheit, Distanzlosigkeit, langes Philtrum, schmale Oberlippe, auffällige Kopfbehaarung
- Lebercirrhose
  - > 60g/d Mann
  - > 20g/d Frau
  - > Aszites, Synthese- und Entgiftungsstörungen
- [Th]

- möglichst frühe Diagnose (vor Einsetzen der Depravation [moralischer und sittlicher Verfall])
- 4 Phasen:
  - > Kontakt- und Motivierungsphase: Erkennen und Motivieren des Alkoholikers
  - > Entgiftungs- und Entzugsphase
    - 1-4 Wochen
    - ambulant / stat.
    - Delirrisiko!
  - > Entwöhnungsphase
    - Kur 6 Wochen / 6 Monate in Fachklinik (auch andere Standards möglich)
    - Gruppenpsychotherapie
    - Selbstfindung / Eigenverantwortung
  - > Nachsorge- / Rehabilitationsphase
    - langfristige Stabilisierung
    - Suchtberatungsstellen / Selbsthilfeorganisationen
    - Aufbau beruflicher / sozialer Existenz
- multidisziplinär beteiligt: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten
- Psychotherapie, Ziel: absolute Abstinenz (Königsweg)
- Achtung: trockenem Alkoholikern keine alkoholhaltigen Medikamente geben! Keine alkoholischen Getränke zur Speisezubereitung
- medikamentös:
  - > Disulfiram bei motivierten Alkoholikern
  - > Prädelir / Delir: Clomethiazol (zeitlich begrenzt; muß in 8-14 Tagen mit Dosisreduktion abgesetzt werden)
  - > häufige Comorbidität: Depressionen, Angststörungen => + Antidepressivum
  - > postalkoholische Depression: ca. 6-12 Wochen
  - > bei Wernicke-Encephalopathie: Thiamin
- [Pr]
  - 25% Entgiftung in internistischer / chirurgischer Abteilung, nur 1% macht Entwöhnungsbehandlung
  - hohe Rezidivrate (80%)

## 8.2. Drogenabhängigkeit

- psychische Abhängigkeit
  - zwanghaftes Bedürfnis, die betreffende Substanz zu konsumieren und
  - unter allen Umständen zu beschaffen.
- physische Abhängigkeit
  - Toleranz
  - Entzugserscheinungen
- [Ä/P]:
  - multifaktoriell [Abb]

- > psychodynamisch: Ich-Schwäche
- genetisch
  - > niedrige Suchtschwelle
- psychosozial
  - > Gruppenzwang
  - > Verfügbarkeit
  - > „Neugier“
- [E]:
  - BRD 0,2%

Zu Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen (mindestens eine Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain) der 18 - 59jährigen wurden für die 12-Monats-Prävalenz auf der Grundlage von DSM IV folgende Zahlen erhoben:  
 Missbrauch 0,3% (145000)  
 Abhängigkeit 0,6% (290000)  
 (Quelle: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, Sonderheft 1)

- [S]:
  - je nach Drogentyp unterschiedlich
    - > psychische Abhängigkeit
      - Leben wird von Substanz bestimmt
    - > physische Abhängigkeit
      - Toleranz
      - Entzug
  - Persönlichkeitsveränderung
    - > Einengung
    - > Nivellierung
    - > Vernachlässigung
    - > Isolation, Verkehr nur im „Milieu“ (Szene)
    - > dissoziales Verhalten
      - Beschaffungskriminalität
      - Prostitution
- [Typen; WHO-Einteilung]
  - Opiattyp
  - Barbiturat-/Alkoholtyp
  - Amphetamin-/Khattyp (Antriebssteigerung, vermeintliche Leistungssteigerung, Appetitzügler) [Fallbeispiel]
  - Kokaintyp
  - Cannabistyp [Fallbeispiel]
  - Halluzinogentyp
- Beispiel: Morphin- / Opiattyp
  - Opium, Heroin, Methadon, einige stark wirkende Analgetica
  - höchstes Abhängigkeitspotential
  - ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit
  - rasche Toleranz
  - [S]

- > Bradycardie
- > Gewichtsverlust, Inappetenz
- > spastische Obstipation
- > Miktionsstörungen
- > Tremor
- > fahle trockene Haut
- > Intoxikation
  - Trias: Koma, Atemdepression, Miosis
- > Entzug
  - nach 6-12h, max. nach 24-48h
  - Unruhe
  - Rhinorrhoe
  - Gänsehaut, Muskelschmerzen
  - Gähnzwang
  - Parästhesien
  - Schlaflosigkeit
  - Mydriasis
  - Temperatur- und RR-Erhöhung
  - abdominelle Krämpfe
- [Th]
  - > Zielhierarchie
    - Sicherung des Überlebens
    - Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
    - Reduktion des Konsums / der Exzesse
    - Verlängerung der Suchstofffreien Perioden
    - dauerhafte Abstinenz
    - Lebensgestaltung in Zufriedenheit
  - > medikamentöse Therapie (Entgiftung, pharmakogestützte Rezidivprophylaxe)
  - > Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, Gruppen- und Familientherapie)
  - > Soziotherapie
  - > Selbsthilfegruppen
  - > allgemeine Behandlungsprinzipien [Abb]
    - talking down
    - keine Apelle an Vernunft, Wille oder abschreckende Hinweise
    - nicht „Du darfst nicht“, sondern „Du brauchst nicht“
    - engmaschige Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen / Selbsthilfegruppen
    - keine „Überbrückungsmittel (sonst Polytoxicomanie möglich)
    - kritische, begrenztem persönliche Rezeptur von Analgetica / Psychopharmaca
    - abrupter Entzug außer bei Opiaten, Barbituraten, Tranquilizern

## 9. Psychosomatik

Zwei Dinge trüben sich beim Kranken:

- a: der Urin,
- b: die Gedanken.

EUGEN ROTH (1895 – 1976)

- Psychosomatik: alte Bezeichnung; lt. ICD10 somatoforme Störung
- erhebliche Streuung von Auffassungen über das Gebiet Psychosomatik
- 3 Bedeutungsinhalte
  - allgemeine Psychosomatik
    - > Berücksichtigung seelischer Faktoren bei Diagnostik und Therapie
    - > durch „alte Hausärzte“ selbstverständlich angewandt
    - > durch „Apparatemedizin“ verdrängt
  - spezielle Psychosomatik
    - > Forschungs- und Behandlungsrichtung
    - > ermitteln von psychischen Einflüssen und Ursachen von Erkrankungen mit physiologischen und psychologischen Methoden
    - > Therapie entsprechend Kausalkette
  - metaphysisch-philosophisches Persönlichkeitsbild
    - > Einheit von körperlichen und seelischen Dimensionen

### 9.1. Gruppen psychosomatischer Störungen

- Klassifizierung: 3 Gruppen körperlicher Symptomatik
  - Konversionssyndrome
    - > „Konversionsneurose“: neurotischer Konflikt wird sekundär somatisch verarbeitet und beantwortet
    - > sinnbildlicher Ausdruck durch krankhafte Erscheinung
    - > meist Willkürmotorik und Sinnesorgane betroffen:
      - „hysterische“ Lähmungen,
      - Parästhesien
      - psychogene Blindheit / Taubheit
  - funktionelle Symptome
    - > Problempatienten
      - „vegetative Dystonie“
      - „psychovegetative Störung“
      - 25% der allgemeinärztlichen Patienten
    - > schillerndes diffuses Beschwerdebild
    - > oft HKL, MDT, Bewegungsapparat, Atmungsorgane, Urogenitalsystem
  - Psychosomatosen:
    - > psychosomatische Krankheiten i.e.S.
    - > häufig Folge chronisch vegetativer Spannungen

- > primäre körperliche Reaktion auf konflikthafte Erleben => „präverbale“ Störungen
- > historisch: 7 Krankheitsbilder „holy seven“
  - Ulcus duodeni
  - Colitis ulcerosa
  - “essentielle” Hypertonie
  - RA
  - Hyperthyreose
  - Neurodermitis
  - Asthma bronchiale
- keine Unterscheidung reiner psychischer, psychosomatischer und somatischer Krankheiten möglich
- unterschiedlicher Anteil somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei einzelnen Störungen
- im Folgenden nur Betrachtung der somatoformen Störungen

## 9.2. Somatoforme Störungen laut ICD-10

- Erklärung
  - anhaltendes oder wiederholtes Auftreten körperlicher Symptome,
  - keine ausreichenden organischen Befunde nachweisbar,
  - in der Pathogenese spielen psychische Belastungssituationen und Konflikte eine wesentliche Rolle
- Formen somatoformer Störungen laut ICD-10
  - Somatisierungsstörung (F45.0)
  - undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)
  - hypochondrische Störung (F45.2)
  - somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
    - > kardiovaskuläres System (F45.39)
    - > oberer Gastrointestinaltrakt (F45.31)
    - > unterer Gastrointestinaltrakt (F45.32)
    - > respiratorisches System (F45.33)
    - > Urogenitalsystem (F45.34)
  - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- [E]
  - Hypochondrische Störungen 4 %, m=w
  - Somatisierungsstörung 2-4%, m<w
  - somatoforme autonome Funktionsstörung 25%
  - Somatoforme Schmerzstörungen schwer von organischen Schmerzen abgrenzbar, aber ebenfalls häufig
- [Ä/P]
  - multifaktoriell
  - lerntheoretisch
    - > selbstverstärkender Kreislauf
    - > über vegetative Rückkopplung ängstlicher Erwartung (z.B. Puls)
  - neurobiologisch
    - > gehäuft bei Verwandten 1. Grades

- > evtl. erhöhte somatisch-autonome Reagibilität
- asthenisch-selbstunsichere Persönlichkeit
- psychoanalytisch
- > innerpsychische Konflikte werden auf der „Bühne des Körpers“ ausagiert

### 9.3. Symptomatik und klinische Subtypen

- Hypochondrische Störung [Folie Der eingebildete Kranke]
  - Definition: Anhaltende übermäßige Angst oder Befürchtung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, obwohl für die weitgehend unspezifischen körperlichen Symptome keine organische Ursache gefunden werden kann.
  - übermäßige gedankliche Beschäftigung damit
  - gravierende Folgen im Bereich der Kommunikation
  - akzeptieren Aussage auch mehrerer Ärzte nicht, daß die Symptome nicht körperlich bedingt sind
  - mindestens 6 Monate.
  - soziale Beziehungen und berufliche Leistungsfähigkeit oft gestört
  - „doctor-shopping“, „Arztnomaden“, „Praxistouristen“
  - durch Überweisung zum Psychiater gekränkt
  - Sonderform: sog. körperdysmorphie Störung (Dysmorphophobie)
    - > Klagen über Schönheitsfehler im Gesicht, seltener von Füßen, Händen, Brust, Rücken oder anderen Körperteilen
    - > auch als Wahnsymptom bei psychotischen Störungen
- Somatisierungsstörung [Folie]
  - Definition: Kennzeichen dieser Störung sind multiple, meist viele Jahre bestehende Körpersymptome, die umfangreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen bewirken, obwohl keine ausreichende körperliche Erklärung gefunden wird.
  - besonders gastrointestinale, kardiopulmonale, neurologische, gynäkologische oder Schmerzsymptome
  - meist über mehrere Jahre anhaltendes Beschwerdebild
  - Beeinträchtigung familiärer, beruflicher und sozialer Beziehungen
  - auch: undifferenzierte Somatisierungsstörung
    - > mindestens 6 Monate
    - > Müdigkeit, Appetitverlust, gastrointestinale oder urologische Beschwerden
  - somatoformen autonomen Funktionsstörung: Funktionsstörungen bestimmter vegetativ innervierter Organsysteme
    - > früher: vegetative Dystonie, Dyspepsie, Magenneurose, psychogenes Colon irritabile, psychogene Hyper-

ventilation oder Dysurie bezeichnet wurden.

- Somatoforme Schmerzstörung
  - Definition: Es handelt sich um ein chronisches Syndrom von mehrjähriger Dauer mit vielfältigen, rezidivierenden und fluktuierenden körperlichen Beschwerden und andauernden, schweren, quälenden Schmerzen, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden können. Meist besteht eine komplizierte medizinische Vorgeschichte mit vielen körperlichen Diagnosen und einer Vielzahl von behandelnden Ärzten.
  - nur bei gravierenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen, da Schmerzen allgemein psychisch modifiziert sind
  - Beschwerdeschilderung hat meist appellativen Charakter
  - Lokalisation der Schmerzen wechselt weitgehend regellos, keine eindeutige Periodik
  - mindestens 6 Monate
  - häufig findet sich Missbrauch von Alkohol, Schmerzmitteln oder Tranquilizern.
- DD somatoforme Störungen
  - psychovegetative Allgemeinerscheinungen auch bei Gesunden
    - > Schlafstörungen, Abgespanntheit, Ermüdbarkeit, Nervosität, Reizbarkeit und Konzentrationsschwäche. In diesen Fällen ist keine somatoforme Erkrankung zu diagnostizieren.
  - Abgrenzung von organischen Störungen, v.a. mit ähnlichen fluktuierenden Symptomen, z.B. Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes, akute intermittierende Porphyrrie, Hyperparathyreoidismus und chronische systemische Infektionen.
  - auch bei Patienten mit somatoformen Störungen sind organische Erkrankungen möglich!
- [Th]
  - keine allgemeingültige oder spezifische Therapie
  - verhaltenstherapeutische Methoden
  - Ziel ist in der Regel nicht die vollständige Beseitigung körperlicher Symptome, sondern Verständnis der psychischen Ursachen
  - Grundregeln der Patientenbetreuung bei somatoformen Störungen
    - > Diskussion über die Realität der Beschwerden vermeiden
    - > Regelmäßige Kontakttermine
    - > Regelmäßige körperliche Untersuchungen
    - > Hilfsuntersuchungen nur bei klarer Indikation
    - > Behandlung gleichzeitig vorliegender psychischer Störungen

- rungen
  - > Arztwechsel vermeiden
- teilweise medikamentöse Therapie
  - > Antidepressiva v.a. bei somatoformen Schmerzstörungen
  - > Benzodiazepin-Behandlung höchstens kurzfristig und unter sorgfältiger Kontrolle
- [V]
  - längerfristig
  - Prognose unterschiedlich
- Weitere Formen
  - Neurasthenie
    - > Zustand anhaltender übersteigerter Müdigkeit und Erschöpfung, anhaltende Schlafstörungen sowie exzessive Ermüdbarkeit selbst nach geringen seelischen und körperlichen Anstrengungen. Fluktuierende Konzentrationsstörungen, muskuläre Schwäche, lokalisierte Muskelschmerzen und andere körperliche Missempfindungen
  - Burn-out-Syndrom (Erschöpfungssyndrom, keine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne)
    - > anhaltende Stressreaktion auf arbeitsbezogene Belastungen
    - > psychische und körperliche Beschwerden
    - > Änderungen im Verhalten und in den Einstellungen
    - > vorübergehend oder langfristig
- Internet-Link: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/051-001.htm>

## 10. Allgemeine Psychopathologie

### 10.1. Bewußtseinsstörungen

- [Def]: qualitative und quantitative Veränderungen des Bewußtseins
- quantitativ
  - Bewußtseinsverminderung (Schlaf-Wach-Skala)
    - > Bewußtseinstrübung
      - Benommenheit: schwer besinnlich, verlangsamt, Informationsaufnahme / -verarbeitung eingeschränkt
      - Somnolenz: schläfrig, leicht weckbar
      - Sopor: schlafend, mit starken Reizen kurz weckbar
    - > Koma: bewußtlos, nicht weckbar
      - I: gezielte Abwehr auf Schmerzreize
      - II: ungezielte regelmäßige Abwehr auf Schmerzreize
      - III: ungezielte unregelmäßige Abwehr auf Schmerzreize
      - IV: keine Abwehr auf Schmerzreize, weite lichtstarre Pupillen
- qualitativ:
  - Bewußtseinseinengung
    - > z.B. Fokussierung auf bestimmtes Erleben
    - > verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize
    - > komplizierte Abläufe (z.B. Reisen) möglich
  - Bewußtseinsverschiebung
    - > verändert gegenüber normalem Tagesbewußtsein
    - > Gefühl der Intensitäts- / Helligkeitssteigerung
    - > Bewußtseinssteigerung hinsichtlich Wachheit und Wahrnehmung
    - > u / o Bewußtseinsweiterung (Gefühl der größeren erkennbaren Tiefe von Zeit und Raum)
  - Bewußtseinstrübung
    - > Mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens
    - > „zerstückeltes“ Bewußtsein
  - [D]: „Hatten Sie das Gefühl,
    - > Farben intensiver zu sehen oder Musik lauter zu hören?“
    - > daß Ihre Wahrnehmung besonders scharf ist?“

### 10.2. Orientierungsstörungen

- [Def] mangelndes Bescheidwissen über zeitliche, räumliche, persönliche und situative Gegebenheiten; Unterscheidung in eingeschränkte und aufgehobene Orientiertheit
- zeitliche Desorientiertheit: Datum, Tag, Jahr, Jahreszeit
- örtliche Desorientiertheit: Ort
- situative Desorientiertheit: aktuelle Situation
- Desorientiertheit zur eigenen Person: Name, Geburtsdatum, sonstige wichtige persönliche Daten

### 10.3. Wahrnehmungsstörungen

- Illusion
  - [Def] Wahrnehmungsverfälschung, Fehldeutung tatsächlich vorhandener Sinneseindrücke
  - Verkennung / Umgestaltung von Gegenständen, Personen oder Situationen
- Halluzination
  - [Def] (Trug-)Wahrnehmung ohne Sinnesreiz
  - als real erlebt, nicht korrigierbar
  - häufig akustisch / optisch

- bei Schizophrenie, Substanzmißbrauch
- Pseudohalluzination
  - [Def] (Trug-)Wahrnehmung ohne Sinnesreiz, die als solche erkannt wird
  - kein Festhalten an Wahrnehmung
  - Einschlaf- / Aufwachphase, Ermüdung, Erschöpfung

#### 10.4. Gedächtnisstörungen

- [Def] verminderte Wiedergabefähigkeit für frische und alte Erfahrungen; Unterscheidung von Störungen der Merkfähigkeit und des Altgedächtnisses
- Störungen der Merkfähigkeit
  - Einschränkung oder Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke etwa 10 Minuten zu merken
  - Test z.B. mit 7stelliger Zahl oder drei Gegenständen
- Störungen des Altgedächtnisses
  - länger als 10 Minuten zurückliegende Eindrücke
  - Test: Daten über Berufsabschluß, Ehe, Geburt der Kinder u.ä.
- Amnesie
  - inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücke
  - retrograd, anterograd
  - total, lakunär (ausgestanzt)
  - meist länger als Bewußtlosigkeit
- Konfabulation
  - Lücken werden mit Einfällen ausgefüllt
  - werden für echte Erinnerungen gehalten
- Paramnesien
  - „Wahnerinnerungen“: Umänderung von Erinnerungen
  - deja-vu / jamais-vu

#### 10.5. Denkstörungen

- [Def]: formale Störung des Denkablaufs
- Denkverlangsamung
  - schleppender Gedankengang, oft subjektiv als Hemmung empfunden
- Umständliches Denken
  - Nebensächliches und Wesentliches nicht getrennt
- Eingeengtes Denken
  - Verhaftetsein an einem Thema oder wenigen Themen
- Perseveration
  - Wiederholung gleicher Denkinhalte, Haftenbleiben an nicht mehr benötigten Worten und Angaben
- Ständiges Grübeln
  - bestimmte, meist unangenehme Gedanken, im Zusammenhang mit aktueller Lebenssituation
- Gedankendrängen
  - Druck vieler Einfälle, ständig wiederkehrende Gedanken
- Ideenflucht
  - übermäßig einfallsreicher Gedankengang, Abweichung von Zielstellung
- Vorbeireden
  - Nichteingehen auf Fragen, Vorbringen anderer Inhalte, obwohl aus Situation / Antwort Verstehen der Frage ersichtlich ist
- Sperrung / Gedankenabreißen
  - Abbruch ansonsten flüssigen Gedankengangs
- Inkohärenz / Zerfahrenheit
  - sprunghafter, dissoziierter Gedankengang, Aneinanderreihung nicht zusammengehö-

riger Inhalte

- Neologismen
  - Wortneubildungen, die sprachlichen Konventionen nicht entsprechen
- [Fallbeispiele aus Lehrbuch MLP-Reihe]

## 10.6. Wahn

- [Def]: krankhaft falsche Beurteilung der Realität, erfahrungsunabhängig, mit subjektiver Gewißheit; Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen
- Fallbeispiel eMail
- 
- [DD]: überwertige Ideen: gefühlsmäßig starke Erlebnisinhalte, die das Denken in unsachlicher und einseitiger Weise beherrschen; korrigierbar
- Charakterisierung nach Entstehungsart
  - Wahneinfall: plötzlich
  - Wahnwahrnehmung: richtige Sinneswahrnehmungen erhalten wahnhafte Bedeutung
  - Erklärungswahn: Wahnhafte Überzeugung zur Erklärung von psychotischen Symptomen (z.B. Halluzinationen)
  - [Fallbeispiele]
- weitere Charakteristika
  - Wahnstimmung: unheimlich, vieldeutig (daraus entstehen Wahnideen)
  - Wahndynamik: affektive Anteilnahme am Wahn
  - Systematischer Wahn: Wahngebäude durch logische und paralogische Verknüpfungen
  - Beziehungswahn: Dinge der Umwelt auf sich selbst bezogen
  - Bedeutungswahn: zufälligen Ereignisse wird Bedeutung zugeschrieben
  - Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn
  - Eifersuchtswahn: wahnhafte Überzeugung, vom Partner betrogen / hintergangen zu werden
  - Schuldwahn: wahnhafte Überzeugung, negative Ereignisse verursacht zu haben
  - Versündigungswahn: wahnhafte Überzeugung, gegen Gott, die Gebote oder höhere sittliche Instanz verstoßen zu haben
  - Verarmungswahn: wahnhafte Überzeugung von Verlust oder Bedrohung der finanziellen Lebensbasis
  - Hypochondrischer Wahn: wahnhafte Überzeugung von Verlust oder Bedrohung der Gesundheit
  - Größenwahn: wahnhafte Selbstüberschätzung bis hin zur Identifizierung mit bedeutenden Persönlichkeiten der Vergangenheit oder Gegenwart
  - Wahnerinnerung: wahnhaft verfälschte Erinnerung

## 10.7. Störungen der Affektivität

- [Def]: kurze Gefühlswallungen (z.B. Zorn, Wut, Haß, Freude) und lange Stimmungen (z.B. Depression, Manie)
- Affektlabilität: rascher Wechsel
- Affektinkontinenz: fehlende Beherrschung der Affektäußerung
- Affektarmut: geringe Ansprechbarkeit: gleichgültig, verhalten, lust- und interesselos
- Gefühl der Gefühllosigkeit: leidvoll erlebter Mangel / Verlust affektiver Regung
- Affektstarrheit: Verminderung der Modulationsfähigkeit; Verharren in Affekten unabhängig von äußerer Situation
- Innere Unruhe
- Dysphorie: mißmutige Stimmungslage
- Euphorie: übersteigertes Wohlbefinden, Behagen, Heiterkeit
- Gereiztheit: Neigung zu aggressiv getönten Affektausbrüchen
- Ambivalenz: gegensätzliche Gefühle bezüglich einer Situation, Handlung, Person bestehen nebeneinander -> Spannungszustand

- L äppischer Affekt: albern, leere Heiterkeit, einf ältig, t öricht, unreif
- Depressivität: negativ get önte Befindlichkeit
- Angst: Gef ühlszustand der Bedrohung / Gefahr
- St örung der Vitalgef ühle: keine Kraft, Lebendigkeit, k örperliche und seelische Frische und Ungest örtheit
- Insuffizienzgef ühl: nichts wert, unf ähig, unt üchtig
- Gesteigertes Selbstwertgef ühl: besonders wertvoll, t üchtig
- Parathymie: Gef ühlsausdruck und Erlebnisinhalt nicht übereinstimmend

### 10.8. Ich-Störungen

- Depersonalisation: Ich oder Teile des K örpers als fremd empfunden
- Derealisation: Umgebung erscheint fremd, unwirklich oder r äumlich ver ändert
- Gedankenausbreitung: Gef ühl, da ß Andere Anteil an eigenen Gedanken haben und diese kennen
- Gedankenentzug: Gef ühl der Wegnahme von Gedanken
- Gedankeneingebung: Gef ühl, da ß Gedanken eingegeben, gelenkt, gesteuert sind
- Fremdbeeinflussungserlebnisse: Empfinden, da ß F ühlen, Streben, Wollen, Handeln von au ßen gemacht sind

### 10.9. Zw änge, Phobien, Ängste, Hypochondrie

- Angst: Gef ühlszustand der Bedrohung / Gefahr
  - k örperliche vegetative Erscheinungen
- Phobie: Objekt- oder situationsbetonte Angst
  - Bsp: Claustrophobie, Agoraphobie, Arachnophobie
- Mi ßtrauen: Befürchtung, da ß Jemand etwas gegen einen im Schilde f ührt
- Hypochondrische Befürchtungen: sachlich unbegründete Sorge um eigene Gesundheit
- Zwangsideen: Aufdr ängen nicht unterdrückbarer Denkinhalte, selbst als sinnlos und qu ä-lend empfunden
- Zwangshandlungen: selbst als sinnlos und qu ä-lend empfundene, aber nicht unterdrückbare Handlungen aufgrund Zwangsimpulsen oder Zwangsbefürchtungen
  - Waschzwang, Kontrollzwang

### 10.10. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

- [Def]: Störungen der Energie, Initiative und Aktivität
- Antriebsarmut: mangelnde Initiative, als vermindert erlebt, sp ärlische Spontanmotorik, mangelnde Aktivität
- Antriebshemmung: mangelnde Initiative, als gebremst erlebt
- Stupor: motorische Bewegungslosigkeit
- Mutismus: Wortkargheit bis Nichtsprechen
- Logorrhoe: übermäßiger Rededrang
- Antriebssteigerung: übermäßige Aktivität und Initiative bei zielgerichteter Tätigkeit
- motorische Unruhe: ziellose motorische Aktivität, bis Tobsucht
- Automatismen: automatische Handlungen, selbst als nicht beabsichtigt empfunden
  - Negativismus: Anweisungen werden gegenteilig oder gar nicht ausgef ührt
  - Befehlsautomatie: Befehle werden automatisch befolgt
  - Echolalie / Echopraxie: Nachahmen von Worten / Bewegungen des Gegenüber
- Ambitendenz: entgegengesetzte Willensimpulse
- Stereotypien: Wiederholung von Worten / Handlungen, erscheinen sinnlos
- Tic: gleichf örmige Wiederholung unwillkürlicher Muskelzuckungen, evtl. mit Ausdrucksgehalt, zugehörig auch Palilalie (verbaler Tic, Wiederholung eigener Worte)
- Paramimie: Mimik und Erlebnisgehalt im Widerspruch
- Manierismen: sonderbare, gekünstelte, posenhafte Verhaltenszüge
- Theatralisches Verhalten: Patient stellt sich selbst übersteigert dar, Beschwerdeüberstei-

gerung

- Aggressivität
- sozialer Rückzug
- soziale Umtriebigkeit: Erweiterung der Sozialkontakte

## Literatur

Möller, Laux, Deister: Duale Reihe: Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl. / 4. Aufl.. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag, 2001 / 2009

<http://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM-2013.html>

<http://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/>

Psychiatrieskript:

<http://www.psychiatrie.med.uni-goettingen.de/psyprak.pdf>

[http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int1\\_neurosen.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int1_neurosen.pdf)

Geschichte:

[http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Geschichte\\_der\\_Psychologie/geschichte\\_der\\_psychologie.htm](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Geschichte_der_Psychologie/geschichte_der_psychologie.htm)

[http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz\\_Start/DemenzText/body\\_demenztext.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzText/body_demenztext.html)

**Aussagefähigkeit diagnostischer Verfahren**

		Zustand	
		Krank	Gesund
Testbefund	+	rp	fp
	-	fn	rn

Testergebnis: rp = richtig positiv, fp = falsch positiv fn = falsch negativ, rn = richtig negativ

Sensitivität	$\frac{rp}{rp+fn}$	Wahrscheinlichkeit, einen Kranken zu erkennen
Spezifität	$\frac{rn}{fp+rn}$	Wahrscheinlichkeit, einen Gesunden zu erkennen
Positiver prädiktiver Wert	$\frac{rp}{rp+fp}$	Wahrscheinlichkeit der Erkennung eines Kranken bei positivem Testbefund
Negativer prädiktiver Wert	$\frac{rn}{fn+rn}$	Wahrscheinlichkeit der Erkennung eines Gesunden bei negativem Testbefund