

Heilpraktiker eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie

Stichwörter zur Lernhilfe
Von
Sven Schlaphof

Inhaltsverzeichnis

Heilpraktiker	1	<i>Definition.....</i>	<i>6</i>
eingeschränkt für den	1	<i>Kategorien.....</i>	<i>6</i>
Bereich Psychotherapie	1	<i>Vorkommen.....</i>	<i>6</i>
Stichwörter zur Lernhilfe.....	1	Ich-Störungen.....	7
Von	1	<i>Definition.....</i>	<i>7</i>
Sven Schlaphof.....	1	<i>Kategorien.....</i>	<i>7</i>
Diagnostische Methoden.....	1	<i>Vorkommen.....</i>	<i>7</i>
<i>Das psychische Erstgespräch.....</i>	<i>1</i>	Störungen der Affektivität.....	7
<i>Elemente des psychiatrischen Erstgesprächs.....</i>	<i>1</i>	<i>Definition.....</i>	<i>7</i>
<i>Der unstrukturierte Teil des Erstgesprächs.....</i>	<i>1</i>	<i>Kategorien</i>	<i>7</i>
<i>Der strukturierte Teil.....</i>	<i>1</i>	<i>Vorkommen.....</i>	<i>7</i>
<i>Der Psychopathologische Befund.....</i>	<i>1</i>	Störung des Antriebs und der Psychomoto-	7
<i>Persönliche und biographische Daten... 1</i>		rik.....	7
<i>Anamnese</i>	<i>2</i>	<i>Definition.....</i>	<i>7</i>
Abgrenzung Psychose/Neurose.....	3	<i>Kategorien.....</i>	<i>7</i>
<i>Die Neurose.....</i>	<i>3</i>	<i>Vorkommen.....</i>	<i>7</i>
<i>Die Psychose.....</i>	<i>3</i>	Störung der Intelligenz.....	8
Allgemeine Psychopathologie.....	4	<i>Definition.....</i>	<i>8</i>
<i>Bewusstseinsstörungen.....</i>	<i>4</i>	<i>Kategorien.....</i>	<i>8</i>
<i>Definition.....</i>	<i>4</i>	<i>Vorkommen.....</i>	<i>8</i>
<i>Kategorien.....</i>	<i>4</i>	ICD-10.....	8
<i>Vorkommen.....</i>	<i>4</i>	Belastungs- und Anpassungsstörungen.9	
<i>Orientierungsstörungen.....</i>	<i>4</i>	3 Untergruppen.....	9
<i>Definition.....</i>	<i>4</i>	1. <i>Akute Belastungsreaktion.....</i>	<i>9</i>
<i>Kategorien</i>	<i>4</i>	2. <i>Posttraumatische Belastungsstörung.....</i>	<i>9</i>
<i>Vorkommen.....</i>	<i>4</i>	3. <i>Anpassungsstörung</i>	<i>10</i>
<i>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</i>	<i>4</i>	4. <i>Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Ex-</i>	<i>10</i>
<i>Auffassung.....</i>	<i>4</i>	<i>trembelastung.....</i>	<i>10</i>
<i>Störung.....</i>	<i>4</i>	Definition.....	10
<i>Vorkommen.....</i>	<i>4</i>	Traumatische Erfahrung.....	10
<i>Konzentrationsstörungen.....</i>	<i>4</i>	Ursachen.....	10
<i>Vorkommen.....</i>	<i>4</i>	Verlauf.....	10
<i>Gedächtnisstörungen</i>	<i>4</i>	Diagnose.....	10
<i>Definition.....</i>	<i>4</i>	Differentialdiagnose.....	11
<i>Vorkommen.....</i>	<i>5</i>	Therapie.....	11
<i>Formale Denkstörungen</i>	<i>5</i>	Dissoziative Störungen.....	11
<i>Definition.....</i>	<i>5</i>	Definition.....	11
<i>Kategorien.....</i>	<i>5</i>	Allgemeines.....	11
<i>Vorkommen.....</i>	<i>5</i>	Ursachen.....	11
<i>Zwänge, Phobien, Ängste, Befürchtungen. .5</i>		Statistik.....	12
<i>Definition.....</i>	<i>5</i>	Symptomatik.....	12
<i>Kategorien.....</i>	<i>5</i>	<i>Dissoziative Amnesie.....</i>	<i>12</i>
<i>Vorkommen.....</i>	<i>5</i>	<i>Dissoziativer Stupor.....</i>	<i>12</i>
<i>Wahn.....</i>	<i>6</i>	<i>Dissoziative Störung der Bewegung und der Sin-</i>	<i>12</i>
<i>Definition.....</i>	<i>6</i>	<i>nesempfindlichkeit.....</i>	<i>12</i>
<i>Kategorien.....</i>	<i>6</i>	<i>Ganser-Syndrom.....</i>	<i>13</i>
<i>Vorkommen.....</i>	<i>6</i>	<i>Multiple Persönlichkeitsstörung.....</i>	<i>13</i>
<i>Zuordnung.....</i>	<i>6</i>	Verlauf und Prognose	13
<i>Sinnestäuschungen.....</i>	<i>6</i>	Diagnose.....	13
		Differentialdiagnose.....	13
		Therapie.....	13

Somatoforme Störungen.....	14	Klassifizierung	24
Definition.....	14	Ursachen.....	24
Allgemeines.....	14	Symptome.....	24
Klassifikation.....	14	Depression	24
Ursachen.....	14	Manie.....	24
Symptome.....	14	Merke.....	24
Somatisierungsstörung.....	14	Formen.....	25
Hypochondrische Störung	15	Abgrenzung endogene Depression.....	25
Somatoforme autonome Funktionsstörung	15	Verlauf.....	25
Somatoforme Schmerzstörung.....	15	Diagnose.....	25
Sonstige Somatoforme Störungen.....	15	DD.....	25
Verlauf.....	15	Therapie.....	26
Diagnose.....	15	Missbrauch und Abhängigkeit.....	27
Differentialdiagnose.....	15	Überblick.....	27
Unterscheidung	15	Definition.....	27
Therapie.....	16	Allgemeines.....	27
Psychosomatik.....	17	Epidemiologie.....	27
Definition.....	17	Klassifikation.....	27
Gegenstand der Psychosomatik.....	17	Symptome.....	27
Theoretische Modelle der Psychosomatik.....	17	Alkoholismus.....	28
Die klassischen psychosomatischen Krankheiten.....	18	Überblick.....	28
Einteilung psychosomatischer Erkrankungen.....	18	Definition Alkoholismus.....	28
Klassifikation.....	19	Allgemeines.....	28
Therapie	19	Einteilung des Trinkverhaltens nach Jellinek	28
Persönlichkeitsstörungen.....	20	Ursachen.....	28
Definition.....	20	Symptomatik.....	29
Synonyme	20	Verlauf	30
Allgemeines.....	20	Verlauf – 5 Phasen nach Jellinek.....	30
Statistik und Prävalenz.....	20	Diagnose.....	31
Klassifikation	20	Differential Diagnose	31
Ursachen.....	20	Therapie.....	31
Symptome.....	21	Hinweise für betroffene Familienmitglieder	32
Paranoide Persönlichkeitsstörung	21	Drogen- und	
Schizoide Persönlichkeitsstörung.....	21	Medikamentenabhängigkeit.....	33
Dissoziale Persönlichkeitsstörung.....	21	Überblick.....	33
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung.....	21	Definition.....	33
Histrionische Persönlichkeitsstörung.....	21	Allgemeines.....	33
Anankastische Persönlichkeitsstörung.....	21	Opiatabhängigkeit.....	33
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung.....	22	Cannabinoide.....	33
Abhängige Persönlichkeitsstörung.....	22	Sedativa und Hypnotika.....	33
Narzisstische Persönlichkeitsstörung.....	22	Kokain.....	34
Schizotype Persönlichkeitsstörung.....	22	Sonstige Stimmulanzien	34
Verlauf.....	22	Halluzinogene.....	34
Diagnose.....	22	Tabak.....	34
Differentialdiagnose.....	23	Flüchtige Lösungsmittel (Schnüffeln).....	34
Therapie	23	Ursachen.....	34
Affektive Störungen	24	Symptome.....	34
Besonders bei Depressionen zu beachten: 24		Opioide.....	34
Definition:.....	24	Entzugssymptome.....	34
Allgemeines.....	24	Cannabinoide.....	35
		Sedativa oder Hypnotika.....	35
		Kokain.....	35
		Sonstige Stimulanzien.....	36
		Halluzinogene.....	36

Tabak.....	36	Demenz bei HIV.....	42
Lösungsmittel.....	36	Definition.....	42
Diagnose.....	36	Neuroloues.....	42
Therapie.....	36	Definition.....	42
Opioide.....	36	Epilepsie.....	42
Tabak.....	37	Definition.....	42
Suizidalität.....	37	Normaldruckhydrocephalus.....	42
Definition.....	37	Definition.....	42
Häufigkeit.....	37	Morbus Parkinson.....	42
Formen.....	37	Definition.....	42
Ursachen.....	37	Klassifikation.....	42
Krankheiten und Lebenssituationen.....	38	Symptome.....	42
Stadien.....	38	Multiple Sklerose.....	42
präsuizidales Syndrom	38	Definition.....	42
Die Stadien der suizidalen Entwicklung nach Pölder.....	38	Symptome.....	43
Therapie.....	38	Verlauf.....	43
Interventionsstrategien.....	39	Delir.....	43
Gefahren im Umgang.....	39	Definition.....	43
Körperlich begründbare psychische Störungen.....	40	Klassifikation.....	43
Definition Demenz.....	40	Ursachen.....	43
Allgemeines.....	40	Symptome.....	43
Differentialdiagnose.....	40	Verlauf.....	44
Morbus Alzheimer.....	40	Diagnose	44
Definition.....	40	Differentialdiagnose.....	44
Synonym.....	40	Therapie	44
Allgemeines.....	40	Angststörungen.....	45
Klassifizierung.....	40	Teufelskreis der Angst	45
Ursachen.....	40	F40.0 = Agoraphobie.....	45
Symptomatik.....	40	Diagnosekriterien	45
Verlauf.....	40	Komorbidität	45
Diagnostik.....	40	Differentialdiagnose.....	45
Therapie	40	F40.1 = Soziale Phobien.....	45
Vaskuläre Demenz.....	40	Klinisches Bild.....	45
Definition	41	Diagnosekriterien.....	46
Allgemein.....	41	Differentialdiagnose.....	46
Klassifikation.....	41	Auftreten.....	46
Ursachen.....	41	F40.2 = spezifische (isolierte) Phobien... 46	
Symptomatik.....	41	Diagnosekriterien.....	46
Verlauf.....	41	Differentialdiagnose.....	46
Diagnostik.....	41	F41.0 = Panikstörung.....	46
Differentialdiagnose.....	41	Diagnosekriterien.....	46
Therapie.....	41	Differentialdiagnose.....	46
M. Pick.....	41	Therapie	46
Definition.....	41	Phobische Störungen und Angststörungen 47	
Ursachen.....	41	Gruppen.....	47
Symptome.....	41	Typen.....	47
Chorea Huntington.....	42	Zwangsstörungen.....	48
Definition	42	Zwänge.....	48
Symptome.....	42	Zwangsgedanken.....	48
Morbus Creutzfeld-Jakob.....	42	Zwangshandlungen.....	48
Definition.....	42	F42 = Zwangsstörungen.....	48
Symptome.....	42	Diagnose	48
Morbus Wilson.....	42	Differentialdiagnose.....	48
Definition.....	42	Epidemiologie.....	48
SHT.....	42	Verteilung der Zwänge.....	48
Definition.....	42		

Ursachen.....	48	Differentialdiagnose.....	55
Klassifikation.....	48	Behandlung	55
Schlafstörungen.....	49	F52.1x.....	55
Das Geschäft mit dem Schlaf	49	F52.10 = sexuelle Aversion.....	55
F51.0 = nichtorganische Insomnie.....	49	Grundsymptome.....	55
Diagnosekriterien	49	Ursachen.....	55
Differentialdiagnose.....	49	Behandlung	55
F51.1 = Nichtorganische Hypersomnie....	49	F52.11 = mangelnde sexuelle Befriedigung	
Diagnosekriterien.....	49		56
Differentialdiagnose.....	49	Grundsymptome.....	56
F51.2 = Nichtorganische Störung des		F52.2 Versagen genitaler Reaktionen.....	56
Schlaf-Wach-Rhythmus	49	Ursachen.....	56
Diagnosekriterien.....	49	Behandlung	56
F51.3 = Schlafwandeln.....	49	F52.3 = Orgasmusstörungen.....	56
Diagnosekriterien.....	49	Symptome.....	56
Differentialdiagnose.....	50	Unterteilung.....	56
F51.4 0 Pavor Nocturnus.....	50	Behandlung	56
Diagnosekriterien.....	50	F52.4 0 Ejaculatio Praecox.....	56
Differentialdiagnose.....	50	Symptome.....	56
F51.5 = Alpträume.....	50	Ursachen.....	56
Diagnosekriterien.....	50	Behandlung	56
Differentialdiagnose.....	50	F52.5 = Nicht organischer Vaiginismus...56	
Klassifikation.....	50	Symptome.....	56
Typen.....	50	F52.6 = Nichtorganische Dyspareunie....56	
Essstörungen.....	51	Differentialdiagnose.....	56
F50.0 0 Anorexia Nervosa.....	51	Ursachen.....	56
Diagnosekriterien.....	51	Behandlung	56
Differentialdiagnose.....	51	F64.0 = Transsexualismus.....	57
Body Mass Index.....	51	Grundsymptome.....	57
Orientierung	51	Diagnosestellung.....	57
Alterabhängiges Normalgewicht.....	51	Behandlung	57
Familiärer Hintergrund.....	51	F64.1 = Transvestitismus unter Beibehal-	
Risikofaktoren	51	tung beider Geschlechterrollen.....	57
Aufnahmekriterien für stationäre Behandlung...52		Symptome	57
Phasen der Stationären Behandlung	52	F64.2 = Störung der Geschlechtsidentität	
Komplikationen.....	52	der Kindesalters.....	57
F50.2 = Bulimia Nervosa.....	52	Symptome	57
Diagnosekriterien.....	52	Diagnoseerstellung.....	57
Differentialdiagnose.....	52	Behandlung.....	57
Symptomatik.....	52	Klassifikation.....	57
Körperliche Symptome/Zeichen.....	52	Typen.....	57
Psychische Symptome/Zeichen.....	53	Psychische Störungen um Kindes- und	
Komplikationen.....	53	Jugendalter.....	59
Aufnahmekriterien zur Stationären Behandlung 53		Allgemeines.....	59
Schwerpunkte einer Ambulanten/Stationären Be-		MAS statt ICD-10.....	59
handlung	53	Stadien der Kognitiven Entwicklung nach Piaget	
Prognostische Faktoren.....	53		59
Günstig.....	53	Intelligenz	59
ungünstig	53	Intelligenzquotient (IQ).....	59
Klassifikation.....	53	Definition.....	59
Sexuelle Störungen.....	55	Hochbegabung.....	59
Sexueller Reaktionszyklus.....	55	Intelligenzminderung.....	60
Lebensgeschichtliche und gegenwärtige Ur-		Definition.....	60
sachen.....	55	Klassifikation.....	60
F52.0 0 Mangel oder Verlust von Sexuellem		Sprechen und Sprache.....	60
Verlangen.....	55	F80 = Umschrieben Störungen des Sprechens und	
Grundproblem.....	55	der Sprache.....	60

<i>Kulturtechniken</i>	60	Kindesalters mit Enthemmung.....	67
<i>F81 = umschriebene Entwicklungsstörungen</i>		<i>F95 = Ticstörungen</i>	67
<i>schulischer Fähigkeiten</i>	60	Tics	68
<i>Motorik</i>	60	F95.1 = chronische motorische oder	
<i>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</i>	61	vokale Ticstörung	68
<i>F84.XX - Allgemeines</i>	61	F95.2 = kombinierte motorische und	
<i>F84.0 = frühkindlicher Autismus</i>	61	vokale Ticstörung	68
<i>F84.1 = atypischer Autismus</i>	61	<i>F98 = sonstige Verhaltens- und emotionale Stö-</i>	
F84,1 – Diagnosekriterien	61	<i>rungen</i>	68
F84.1 = Variationen.....	61	F98.0 = nicht organische Enuresis.....	68
<i>F84.2 = Rett-Syndrom</i>	61	F98.0X - 5. Stelle -	68
<i>F84.3 = sonstige desintegrative Störungen des</i>		F98.1 = Enkropesis	69
<i>Kindesalters</i>	62	F98.2 = Fütterstörung im Kindesalter ..	69
<i>F84.4 = überaktive Störung mit Intelligenzminder-</i>		F98.3 = Pica im Kindesalter.....	69
<i>ung und Bewegungsstereotypie</i>	62	F98.4 = stereotype Bewegungsstörungen	
<i>F84.5 = Asperger-Syndrom</i>	62		69
F84.5 Diagnosekriterien.....	62	<i>ICD-10 Übersicht</i>	70
<i>F90 hyperkinetische Störung</i>	63	<i>F7 – Intelligenzminderung</i>	70
Ursache.....	63	<i>F8 – Entwicklungsstörungen</i>	70
Therapie.....	63	<i>F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit</i>	
Diagnosekriterien.....	63	<i>Beginn in der Kindheit und Jugend</i>	70
F90.0 = einfache Aktivitäts- und		Psychopharmakologie	71
Aufmerksamkeitsstörung.....	64	<i>Allgemeines</i>	71
Exkurs ADS.....	64	<i>Compliance</i>	71
F90.1 = hyperkinetische Störung des		<i>Nebenwirkungen</i>	71
Sozialverhaltens.....	64	<i>Darreichungsformen</i>	71
<i>F91 = Störungen des Sozialverhaltens(SdS)</i>	64	<i>Antidepressiva</i>	71
F91 SdS - früher Störungsbeginn -	64	<i>Überblick</i>	71
SdS allgemeine Diagnosekriterien.....	65	Trizyklische Antidepressiva.....	72
F91.3 SdS mit oppositionellem,		Selektive Serotonin-	
aufsässigem Verhalten	65	Rückaufnahmehemmer.....	72
<i>F92 = Kombinierte Störung des Sozialverhaltens</i>		Mao-Hemmer.....	72
<i>und der Emotionen</i>	65	Pflanzliche Antidepressiva	72
<i>F92,0 = SdS mit depressiven Symptomen</i>	65	<i>Indikaionen</i>	72
Diagnosekriterien.....	65	<i>Werkmechanismen</i>	72
<i>F93 = emotionale Störungen(eS) des Kindesalters</i>		<i>Unerwünschte Arzneimittelwirkung</i>	72
.....	65	Trizyklische Antidepressiva	73
F93.0 = eS mit Trennungsangst des		SSRH/SSRI.....	73
Kindesalters.....	65	Mao-Hemmer.....	73
F93.1 = Phobische Störung des		<i>Anwendungen</i>	73
Kindesalter	66	<i>Neuroleptika</i>	73
Typische Ängste in bestimmten		<i>Überblick</i>	73
Entwicklungsphasen	66	<i>Ordnung</i>	73
F93.2 = Störung mit sozialer		<i>Indikationen</i>	74
Ängstlichkeit des Kindesalters.....	66	<i>Werkmechanismus</i>	74
F93.3 0 emotionale Störung mit		<i>Unerwünschte Arzneimittelwirkung</i>	74
Geschwisterrivalität.....	66	Extrapyramidal- motorische Symptome	
F93.8 = sonstige eS des Kindesalters ..	66		74
F93.80 = generalisierte Angststörung des		Vegetative Nebenwirkungen	75
Kindesalter.....	66	Weitere Nebenwirkungen	75
<i>F94 = Störung sozialer Funktionen mit Beginn in</i>		<i>Anwendung</i>	75
<i>Kindheit und Jugend</i>	66	<i>Tranquilizer</i>	76
F94.0 = elektiver Mutismus.....	67	<i>Überblick</i>	76
F94.1 = reaktive Bindungsstörungen des		<i>Indikationen</i>	76
Kindesalters.....	67	<i>Unerwünschte Arzneimittelwirkung</i>	76
F94.2 = Bindungsstörung des		<i>Anwendung</i>	77

<i>Hypnotika</i>	77	<i>Ziele der Verhaltenstherapie</i>	89
Überblick.....	77	<i>Wichtige Begriffe</i>	89
Indikation	77	Klassische Konditionierung	89
Unerwünschte Arzneimittelwirkung.....	77	Operante Konditionierung.....	90
Anwendung	77	Modelllernen.....	90
<i>Phasenprophylaktika</i>	78	Selbststeuerung	90
Überblick.....	78	Verhaltensanalyse.....	90
Indikationen.....	78	SORKC- Schema anhand einer Patientin	
Unerwünschte Arzneimittelwirkung	78	mit Bulimie	91
Anwendung	78	<i>Interventionsmethoden</i>	91
<i>Nootropika</i>	79	Systematische Desensibilisierung.....	91
Überblick.....	79	Reizkonfrontation.....	91
Indikation	79	Training sozialer Kompetenz.....	92
Unerwünschte Arzneimittelwirkung.....	79	Biofeedback.....	92
Anwendung	79	Kognitive Therapie	92
<i>Psychostimulanzien</i>	79	Problemlösetraining	92
Überblick.....	79	Token-Systeme.....	93
Indikation	79	Verhaltenstherapeutische Sexualtherapie.....	93
Unerwünschte Arzneimittelwirkung.....	80	Prompting.....	93
Metylphenidat und Abhängigkeit	80	Shaping.....	94
Anwendung	80	Gedankenstopp.....	94
Psychotherapie	81	Weitere Verfahren.....	94
Psychoanalyse	81	Gesprächstherapie	94
Geschichte.....	81	Geschichte	94
Allgemeines.....	81	Grundannahme.....	95
Tiefenpsychologische Psychotherapie	81	Eigenschaften einer „Fully Functioning Person“	
Grundannahme der Psychoanalyse.....	81	nach Rogers	95
Wichtige Begriffe.....	81	Interventionsmethoden.....	95
Neurose.....	81	Therapeutische Beziehung	95
Unbewusstes.....	81	Bedingungsfreie Anerkennung	95
Aufbau des seelischen Apparates.....	82	Empathie.....	95
Konflikte.....	82	Kongruenz.....	96
Psychosexuelle Entwicklung	83	Nicht-Direktivität.....	96
Ödipuskomplex.....	83	Aktives Zuhören.....	96
Fixierung.....	83	Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte	96
Widerstand.....	84	Hypnotherapie	96
Abwehr.....	84	Geschichte.....	96
Unterscheidung.....	86	Grundannahme.....	97
Übertragung	86	Wichtige Begriffe.....	97
Gegenübertragung.....	86	Trance.....	97
Interventionsmethoden.....	87	Utelisation.....	97
Freies Assoziieren	87	Beiläufigkeit.....	97
Analyse von Übertragung,		Ressourcen.....	97
Gegenübertragung und Widerstand....	87	Interventionsmethoden.....	97
Traumdeutung	87	Zukunftsprojektion.....	97
Abstinenz des Therapeuten.....	87	Geschichten und Metaphern.....	97
Unterschiede PA/TP.....	87	Amnesie.....	97
Spezielle Formen.....	87	Pacing und Leading.....	97
Objekt-Beziehungs-Psychologie	87	Autogenes Training	98
Selbst-Psychologie.....	87	Geschichte.....	98
Supportive Psychotherapie	87	Grundannahme.....	98
Analytische Psychologie.....	88	Wichtige Begriffe.....	98
Individualpsychologie.....	88	Oberstufe.....	98
Dynamische Psychotherapie.....	88	Zurücknehmen.....	98
Logotherapie.....	88	Interventionsmethoden.....	98
Kognitive Verhaltenstherapie	89	Grundübungen.....	98
Geschichte	89	Übungen der Oberstufe.....	98
Grundannahme.....	89		

Progressive Muskelentspannung.....98*Geschichte.....98**Interventionsmethoden.....98***Psychiatrische Notfälle.....98***Suizidalität98**Therapie99**Akute Angst- oder Erregungszustände99**Therapie99**Delir.....99**Therapie99**Akute psychotische Symptome99**Therapie99**Hirnorganische Verwirrtheitszustände99**Therapie100**Substanzinduzierte Akutsituationen.....100**Therapie100**Dämmerzustand.....100**Therapie100**Stupor.....100**Therapie100**Hyperventilation.....100**Therapie100***Juristische Aspekte.....101***Heilpraktikergesetz (HPG).....101**Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und
Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke....101**Unterbringung.....102**Antragserfordernis.....102*

Diagnostische Methoden

Das psychische Erstgespräch

Elemente des psychiatrischen Erstgesprächs

- Gesprächsführung mit offenen Fragen in verkaufsfördernder Atmosphäre
- Beobachtung
- Ressourcen
- Psychopathologischer Befund
- Anamnese
 - aktuelle körperliche Erkrankungen
 - frühere körperliche Erkrankungen
 - aktuelle seelische Erkrankungen
 - frühere seelische Erkrankungen
 - Familienanamnese
 - Fremdanamnese

Der unstrukturierte Teil des Erstgesprächs

- Offene Fragen
 - freies Berichten über
 - Beschwerden
 - Sorgen
 - Ängste
 - in verkaufsfördernder Gesprächsatmosphäre
- Beobachtung
 - Zeigen sich, jenseits der Verbalen Information Verhaltensweisen die diagnostisch zu beachten sind?
 - Dies können sein.
 - Veränderungen des Antriebs
 - Auffälligkeiten in der Affektivität
 - Art der Schilderung
 - äußeres Erscheinungsbild
 - Verwahrlosung
 - auffällige Kleidung
 - Ernährungszustand
 - Ressourcen
 - Welche Fähigkeiten/Hobbys sind vorhanden
 - wo kann man anknüpfen?

Der strukturierte Teil

Der Psychopathologische Befund

Es sind folgende Aspekte zu berücksichtigen :

- ➔ Bewusstseinslage
 - quantitativ
 - Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma
 - qualitativ
 - z.b. Bewusstseinsbeeinträchtigung, -einstellung, -verschiebung
- ➔ Orientierung
 - Zeitlich
 - Örtlich
 - Situativ
 - Zur eigenen Person
- ➔ Aufmerksamkeit
- ➔ Konzentration und Gedächtnis
- ➔ Ängste/Zwänge
- ➔ Formales Denken, inhaltliches Denken
- ➔ Wahrnehmungsstörungen
- ➔ Ich-Störungen
- ➔ Antrieb und Psychomotorik
- ➔ Affektivität
- ➔ Tagesrhythmik
- ➔ Schlaf
- ➔ Suizidalität

Persönliche und biographische Daten

Aufnahme der wichtigsten persönlichen und biographischen Daten:

- ➔ Name (Geburtsname), Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, Familienstand
- ➔ Wohnform
- ➔ Schulbildung, Abschluss, berufliche Tätigkeit, bisherige Ausbildungen
- ➔ Partnerschaft, Lebensgemeinschaft
- ➔ eigene Kinder, Schwangerschaft
- ➔ soziales Netz, peerGroups, Familie, Vereine
- ➔ Herkunftsfamilie, Geschwisterfolge, sozialer Status, Besonderheiten
- ➔ Komplikationen bei der Geburt
- ➔ Wichtige Stationen der Lebensgeschichte

Anamnese..

- Frühere Körperliche Erkrankungen
 - Art, Dauer, Verlauf, Medikation, stationäre Aufenthalte, behandelnde Ärzte, Verfügbarkeit von Berichten
- Frühere seelische Erkrankungen
 - Art, Dauer, Verlauf, Medikation, stationäre Aufenthalte, durchgeführte Psychotherapien, behandelnde Ärzte, Verfügbarkeit von Berichten
- Aktuelle Beschwerden
 - Beginn, Veränderungen (allmähliche, plötzlich)
mögliche Auslöser, Behandlungsversuche
 - Gezielt erfragt werden müssen
 - Schlafstörungen
 - Gewichtsabnahme
 - reduzierter Appetit
 - vermindertes/erhöhtes sexuelles Interesse
 - Veränderte soziale Beziehungen
 - Suizidalität
- Familienanamnese
 - Psychische Erkrankungen bei Verwandten 1. oder 2. Grades
 - vor allem bei Störungen bei denen genetische Faktoren eine Rolle spielen
- Fremdanamnese
 - in der Regel sinnvoll und teilweise notwendig
 - Schweigepflicht

Abgrenzung Psychose/Neurose

Die Neurose

- Nach Freud → ungelöster frühkindlicher Konflikt
- Der Neurotiker
 - hat unangemessene Bewältigungsstrategien
 - setzt Abwehrmechanismen ein
Z.B.
 - Rationalisierung
 - Regression
 - Verschiebung
 - Verdrängung
 - Vermeidung
 - Sublimierung
 - Projektion
 - Identifikation
 - Konversion
 - Verleugnung
- Bei Neurosen bleibt Realitätsbezug und oft auch die Berufsfähigkeit bestehen
- Symptome
 - Betroffene leiden an ihre Störung
 - Zwischenmenschliche Auswirkungen
 - Beim Versuch die Symptome zu unterdrücken entsteht Angst und Unruhe
 - Viele andere Bereiche bleiben ungestört

Mögliche Symptome

- Psychosomatische Symptome „Holy Seven“
 - Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür
 - Dickdarmentzündung
 - Asthma bronchiale
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Bluthochdruck ohne organische Ursachen
 - rheumatoide Arthritis
 - Neurodermitis
- Angststörung
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

- dissoziative Störung
- Somatoforme Störung
- Hypochondrische Störung
- Neurasthenie
- Dysthymie

Die Psychose

- Schwerste psychiatrische Störung mit
 - Realitätsverlust
 - Verlust sozialer Basisfertigkeiten
 - fehlende Ich-Identität
- Muss meist mit Psychopharmaka behandelt werden
- Einteilung der Psychose
 - Organische Psychosen (exogen)
z.B.:
 - Demenz
 - Delir
 - Dämmerzustand
 - Schizophrene Psychosen (endogen)
z.B.
 - paranoide Schizophrenie
 - Affektive Psychosen (endogen)
z.B.
 - Depressionen
 - Manie
- Symptome
 - entstehen häufig zwischen dem 15. und 25 Lebensjahr
 - Haben oft körperlich begründbare Ursachen (exogen) oder sind im Sinne des Vulnerabilitätskonzepts multifaktoriell bedingt (endogen)
 - Vordergründige Symptome
 - Halluzinationen
 - Wahn
 - Ich-Störungen
 - gestörter Realitätsbezug
 - Phasenhafter Verlauf
 - Werden als strukturelle Störungen bezeichnet

Allgemeine Psychopathologie

Bewusstseinsstörungen

Definition

Bewusstsein kann auf zwei Ebenen beschrieben werden:

1. Grad der Wachheit – Vigilanz
2. Wissen um Sinninhalte
Wissen darum dass es das Subjekt ist
welches diese Inhalte erlebt (Ich-Erleben)

Kategorien

- Quantitative Bewusstseinsstörung
 1. Benommenheit
 2. Somnolenz
 3. Sopor
 4. Koma
- Qualitative Bewusstseinsstörung
 1. Bewusstseintrübung
 2. Bewusstseinsengung
 3. Bewusstseinsverschiebung

Vorkommen

- Quantitative Bewusstseinsstörung
 - Organische Gehirnerkrankungen
 - SHT
 - Vergiftung
- Bewusstseintrübung
 - Delir
 - organisch bedingte psychische Störung
 - paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- Bewusstseinsengung
 - Epilepsie (Dämmerzustand)
 - Rauschzustand
 - Gehirnentzündung
- Bewusstseinsverschiebung
 - Drogen
 - beginnende Manie
 - beginnende Schizophrenie

Orientierungsstörungen

Definition

Mangelndes Wissen über Zeit, Ort, Situation und Person

Kategorien

- Zeitliche Desorientierung
- Örtliche Desorientierung

- Situative Desorientierung
- Desorientierung zur eigenen Person

Vorkommen

- Organisch bedingte psychische Störungen

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Auffassung

- Wahrnehmung in ihrer Bedeutung zu begreifen
 - sinnvoll miteinander verknüpfen

Störung

- Wahrnehmungsinhalte können ungenügend mit früheren Erfahrungen verknüpft werden

Vorkommen

- Organisch bedingte psychische Störungen
- schwerer Alkoholismus

Konzentrationsstörungen

- Verminderte Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden

Vorkommen

- Organisch bedingte psychische Störungen
- Ermüdung

Gedächtnisstörungen

Definition

Es werden Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen unterschieden

- Merkfähigkeit
 - Eindrücke über 10 Minuten zu merken
 - Kurzzeitgedächtnis
- Gedächtnis
 - Eindrücke länger als 10 Minuten zu merken
 - Langzeitgedächtnis

Man spricht auch von mnestischen Funktionen

- Amnesie
 - retrograde
 - Zeitraum vor Ereignis
 - Anterograde
 - Zeitraum nach Ereignis
- Konfabulationen
- Paramnesien

Vorkommen

- Organisch bedingte psychische Störungen
- Langzeitfolgen von Alkoholismus (Korsakow)

Formale Denkstörungen**Definition**

- Störungen des Denkablaufes
- Zusammenhang und Geschwindigkeit des Denkens sind verändert
- werden Subjektiv empfunden
- äußern sich in der Weise wie jemand spricht

Kategorien

- Denkhemmung
- Denkverlangsamung
- Umständliches Denken
- Eingeengtes Denken
- Perseverationen
- Grübeln
- Gedankendrängen
- Ideenflucht
- Vorbeireden
- Sperrung des Denkens/Gedankenabreißen
- Zerfahrenheit/Inkohärenz
- Neologismen
- Verbigeration

Vorkommen

- Schizophrenie
- Depressionen
 - Denkhemmung
 - Grübeln
- Manie
 - Ideenflucht

Zwänge, Phobien, Ängste, Befürchtungen

- Inhaltliche Denkstörung

Definition

- Ängstliche Befürchtungen oder Einstellungen
 - die das Verhalten bestimmen
 - ohne das ein Wahn vorliegt

Kategorien

- Angst
 - Gefühlszustand der Bedrohung und Gefahr
 - Häufig mit vegetativen Symptomen

- Phobie
 - Objekt- oder situationsabhängige Angst
 - setzt Vermeidungsverhalten in Gang
- Misstrauen
 - Anderen wird ängstlich unsicher eine feindselige Haltung unterstellt
- Hypochondrische Befürchtung
 - Objektiv nicht begründbare Sorge um die eigene Gesundheit
- Zwangsideen
 - Aufdrängen von nicht unterdrückbaren Denkinhalten
 - werden als unsinnig erlebt
- Zwangsimpulse
 - Impuls bestimmt Handlungen auszuführen
 - gegen inneren Widerstand
 - drängt sich auf
 - Betroffener lehnt Impulse ab
 - kann sie jedoch nur schwer unterbinden
 - können schädigende Handlungen gegen sich oder andere sein
 - Aussprechen von Obszönen Worten
 - Kontrollieren bestimmter Verrichtungen
- Zwangshandlungen
 - müssen gegen einen inneren Widerstand ausgeführt werden
 - lassen sich nicht oder nur kaum unterdrücken

Vorkommen

- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Ängste können bei nahezu jeder psychischen Störungen in unterschiedlichem Schweregrad vorhanden sein

Wahn

- Inhaltliche Denkstörungen

Definition

- Fehlbeurteilung der Realität
 - wird mit subjektiven Überzeugung festgehalten
 - auch wenn die Inhalte im Widerspruch zur Wirklichkeit und den Überzeugungen der Umwelt stehen
- Wahninhalte sind nicht durch Erfahrung oder logische Argumentation zu korrigieren
- Kann sich zu einem Wahnsystem entwickeln
 - weisen eine scheinbare innere Logik auf
- Es werden unterschieden
 - Wahnstimmung
 - Wahnwahrnehmung
 - Wahnerinnerung
 - Wahneinfluss
 - Systematisierter Wahn
 - Wahndynamik

Kategorien

- Beziehungswahn
- Beeinträchtigungswahn
- Verfolgungswahn
- Liebeswahn
- Eifersuchtswahn
- Doppelgängerwahn
- Größenwahn
- Nihilistischer-Wahn
- Hypochondrischer Wahn
- Schuldwahn
- Verarmungswahn
- Querulantenwahn
- Symbiotischer Wahn
- Dermatozoenwahn
- Wahnwahrnehmung bei Schwerhörigkeit

Vorkommen

- Schizophrenie
- Organische Psychosen
- Manie
- schwere Depressionen
- Wahnhafte Störung

Zuordnung

- Schizophrenie
 - Verfolgungswahn
 - Beeinträchtigungswahn
 - Größenwahn
- Depressionen
 - Schuldwahn
 - Nihilistischer Wahn
 - Verarmungswahn
 - Hypochondrischer Wahn
- Manie
 - Größenwahn
- Alkoholismus
 - Eifersuchtswahn

Sinnestäuschungen**Definition**

Wichtigste Sinnestäuschungen im Rahmen der Psychiatrie sind Halluzinationen

- Halluzination
 - Sinneswahrnehmungen ohne real vorhandenen Sinnesreiz
 - Betroffene glauben fest an die Realität der Wahrnehmung

Von Halluzinationen zu unterscheiden sind :

- Illusionen
 - Sinnesreiz wird in seiner Bedeutung verkannt
 - verfälschte wirkliche Wahrnehmung
- Pseudohalluzination
 - ist sich Trugcharakter der Wahrnehmung bewusst

Kategorien

- Akustische Halluzination
- Optische Halluzination
- Körperhalluzinationen
- Geruchs- und Geschmackshalluzinationen

Vorkommen

- Schizophrenie
- Delirium tremens
- Stimmen-hören kann auch als isolierte Erscheinung bei sonst psychisch gesunden auftreten

Ich-Störungen

Definition

- Die Grenze zwischen ich und Umwelt erscheint durchlässig
- Ichhaftigkeit des Erlebens ist beeinträchtigt

Kategorien

- Depersonalisation
- Derealisation
- Fremdbeeinflussungserlebnisse
- Gedankenentzug
- Gedankenausbreitung

Vorkommen

- Schizophrenie
- Angststörungen

Störungen der Affektivität

Definition

- Störung von Gefühl, Stimmung und Befindlichkeit

Kategorien

- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Affektarmut
- Störung der Vitalgefühle
- Deprimiertheit
- Euphorie
- Dysphorie
- Gereiztheit
- Innere Unruhe
- Insuffizienzgefühl
- Gesteigertes Selbstwertgefühl
- Ambivalenz
- Parathymie
- Affektlabilität
- Affektinkontinenz
- Affektstarrheit
- läppischer Affekt
- Modulation von Mimik, Gestik
- Schwingungsfähigkeit

Vorkommen

- Schizophrenie
 - innere Unruhe, Ambivalenz, läppischer-Affekt, Affektstarrheit, Affektinkontinenz, Affektlabilität, Parathymie
- Depressionen Gefühl der

- Gefühllosigkeit, Affektarmut, Störung der Vitalgefühle, Deprimiertheit, Insuffizienz
- Manie
 - Euphorie, Gereiztheit, gesteigertes Selbstwertgefühl

Störung des Antriebs und der Psychomotorik

Definition

Antrieb = Lebendigkeit, Tatkraft, Schwung, Initiative, Unternehmungsgeist

Psychomotorik = Gesamtheit der durch seelische Vorgänge beeinflussten Bewegungsablaufes

Kategorien

- Antriebsarmut
- Antriebshemmung
- Antriebssteigerung
- Stupor
- Logorrhoe
- Motorische Unruhe
- Stereotypien
- Automatismen
- Negativismus
- Befehlsautomatismus
- Echolalie/Echopraxie
- Mutismus
- Theatralisches Verhalten
- Aggressivität
- Sozialer Rückzug
- Soziale Umtriebigkeit
- Manieriertheit

Vorkommen

- Schizophrenie
 - Antriebsarmut, Logorrhoe, Stereotypien, Automatismen, Mutismus, sozialer Rückzug, Manieriertheit
- Depressionen
 - Antriebshemmung, sozialer Rückzug
- Organische Hirnerkrankungen
 - Antriebshemmung, Automatismus, Mutismus
- Manie
 - Antriebssteigerung, Logorrhoe, motorische Unruhe

- soziale Umtriebigkeit
- Drogenkonsum
 - abhängig von Substanz
 - Antriebssteigerung
 - Antriebsarmut

Störung der Intelligenz

Definition

- Intelligenz
 - ist eine komplexe Fähigkeit zu geistiger Leistung
 - beinhaltet die Fähigkeit, Erfahrungen zu sammeln und sich in neuen Situationen zurechtzufinden

Kategorien

- Lernbehinderung
 - IQ 70 – 85
- mittelgradige Intelligenzminderung
 - IQ 50 – 69
- schwere Intelligenzminderung
 - IQ 20 – 34
- schwerste Intelligenzminderung
 - IQ von unter 20
- Oligophrenie → angeborene Intelligenzminderung
- Demenz → erworbene Intelligenzminderung

Vorkommen

- Intelligenzminderung im Kindes- und Jugendalter
- Organisch bedingte psychische Störung
 - führen zu einer Demenz

ICD-10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikations- und Verschlüsselungssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2011

- **F00-F09** Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- **F10-F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- **F20-F29** Schizophrenie, Schizotyp und Wahnhafte Störungen
- **F30-F39** Affektive Störungen
- **F40-F48** Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen
- **F50-F59** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- **F60-F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- **F70-F79** Intelligenzminderung
- **F80-F89** Entwicklungsstörungen
- **F90-F98** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- **F99** Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Belastungs- und Anpassungsstörungen

3 Untergruppen

1. Akute Belastungsreaktion

- Reaktion auf schwerwiegende Ereignisse
- auftreten sofort oder spätestens nach 4 Wochen

Symptome

hierzu können gehören:

- Gefühl von Betäubung, Empfindungslosigkeit
- Zeichen panischer Angst (vegetative Symptome)
- Unruhe Überaktivität
- Amnesie → Abspaltung
- depressive Symptome
- sozialer Rückzug
- **Zeitkriterium**

- Beginn innerhalb 1 Monats nach Ereignis
 - meist jedoch unmittelbar
- Abklingen nach 2 – 3 Tagen
- Länger als 4 Wochen Diagnose → Posttraumatisches Belastungssyndrom

Klassifikation

- akute Belastungsreaktion F43.0

2. Posttraumatische Belastungsstörung

- Schwerwiegende Reaktion auf extrem traumatische Ereignisse (lebensbedrohliche Situation)

Symptome

- Gefühl von Betäubung, Empfindungslosigkeit
- Zeichen panischer Angst
- Amnesie → Abspaltung
- depressive Symptome
 - Unfähigkeit sich an Dingen zu erfreuen die einem vorher Freude bereitet haben
- sozialer Rückzug
- ständiges Wiedererleben des Traumas
 - Gedanken, Alpträume, Flashbacks

- Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern
 - seelische oder körperliche Reaktionen (heftige) ausgelöst durch Reize die an das Ereignis erinnern
- Schlafstörungen (Ein- oder Duschschlafstörungen)
- reduzierte Fähigkeit, Gefühle zu empfinden
 - vor allem Intimität, Zärtlichkeit, Sexualität
- Quälende Schuldgefühle
- Schwingungsfähigkeit vermindert
- selbst-schädigendes, impulsives Verhalten
- Schreckhaftigkeit
- ständiges Gefühl des Bedroht Seins
- Kontrollzwänge
- Ängste
- Kinder : Auftreten des Themas im Spiel
- **Zeitkriterium**
 - treten meist verzögert auf ,oft erst einige Wochen nach dem Ereignis
 - können Monate lang anhalten (oder länger)
 - Ausbruch sollte innerhalb von 6 Monaten liegen
- **Komorbidität**
 - erhöhte Gefahr Depression, Angststörung, Substanzmissbrauch → besondere Gefahr Suizidalität
- Symptomatik ist umso ausgeprägter
 - je größer die eigene Gefährdung und Betroffenheit war
 - je mehr Todesgefahr oder Verletzung direkt erlebt wurde
 - je enger und persönlicher die Beziehung zum Täter war
 - je länger das traumatische Geschehen andauerte

Klassifikation

Posttraumatische Belastungsreaktion
F43.1

3. Anpassungsstörung

- Reaktion auf schwerwiegende Ereignisse
- entweder
 - Reaktion ist nicht so ausgeprägt
 - oder
 - das auslösende Ereignis ist nicht als extrem traumatisch anzusehen

Symptome

- depressive Stimmung (milder als PBS)
- Angst/Besorgnis
- bei Jugendlichen
 - aggressives oder dissoziales Verhalten möglich
- bei Kindern
 - Regression
- Zeitfaktor
 - beginn innerhalb von 4 Wochen nach dem Ereignis
 - Dauer nicht länger als 6 Monate

Klassifikation

Anpassungsstörung
F43.2

4. Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung

- Nach lang andauernder extremer Belastung (Folter, Geiselhaf) kann es zu tief-greifenden Änderungen der Persönlichkeit kommen

Symptome

- feindliche/misstrauische Haltung der Welt gegenüber
- sozialer Rückzug
- Gefühl der leere/Hoffnungslosigkeit
- chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroht sein
- Entfremdung
- Zeitfaktor
 - Persönlichkeitsänderung muss über mindestens 2 Jahre bestehen

Klassifikation

F62,0

Definition

Anpassungs- und Belastungsstörungen sind psychische Reaktionen, die eindeutig auf belastende Lebensereignisse zurückzuführen

sind.

Sie unterscheiden sich bezüglich:

- der Schwere des Ereignisses
- der Schwere der Symptomatik
- des Zeitpunktes ihres Auftretens

Traumatische Erfahrung

- werden in Untergruppen zusammengefasst
- würden bei fast jedem Menschen tiefe Verzweiflung hervorrufen
- schwer traumatisierend scheinen Ereignisse zu sein die Willentlich durch anderer hervorgerufen wurden

Untergruppen

- Individuelle Gewalt
- Kollektive Gewalt
- Naturkatastrophen
- Technische Katastrophen
- Körperliche oder psychische Extrembelastung

Ursachen

- Man geht von Auslösenden Lebensereignissen aus
- Anfälliger scheinen Menschen mit seelischer Vorerkrankungen organisch kranke oder alte Menschen zu sein

Verlauf

- Der Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung ist wechselhaft
 - 1/2 der Betroffenen → Symptome bilden sich nach einigen Monaten allein zurück
 - 1/3 chronische Verläufe
 - Bei sehr langem Verlauf → F62.0
- Anpassungsstörungen
 - selten länger als 6 Monate
- Akute Belastungsreaktion
 - meist rasches abklingen von allein

Diagnose

- setzt immer den eindeutigen Zusammenhang zwischen Beschwerde und dem auslösenden Belastungsfaktor voraus

Differentialdiagnose

- Depression
- Organisch bedingte psychische Störung
- psychotrope Substanzen
- einfache Trauer

Therapie

- EMDR
 - Augenbewegungen
- Hypnotherapie
- Pharmakologie
 - zeitlich begrenzt

Dissoziative Störungen**Definition**

Kennzeichen sind teilweise oder vollständige Entkopplung von seelischen und körperlichen Funktionen.

In der Folge entstehen sehr unterschiedliche Symptome.

Sie können sich auf die Wahrnehmung der eigenen Identität, das Gedächtnis, die Körperwahrnehmung oder Körperfunktionen beziehen.

Allgemeines

- Kein Einheitliches Krankheitsbild
 - Können sehr unterschiedlich verlaufen
 - lassen sich in 7 Gruppen unterteilen
 1. Dissoziative Amnesie
 2. Dissoziative Fugue
 3. Dissoziativer Stupor
 4. Trauer oder Besessenheitszustände
 5. Dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung
 6. Ganser-Syndrom
 7. Multiple Persönlichkeitsstörung

Ursachen**Konzept der Konversion**

- ➔ Umsetzung eines seelischen Konfliktes in körperliche Symptome
- ➔ Sigmund Freud
 - Entstehung durch unbewusste Konflikte aus der psychosexuellen Entwicklung
 - im Zentrum steht der Ödipuskomplex
- ➔ Heutige psychoanalytische Theorien
 - fassen das Modell weiter
 - Unerwünschte Triebwünsche, verdrängte unbewusste Konflikte zeigen sich in Form körperlicher Symptome
 - haben Symbolcharakter
 - sprechen teilweise eine deutliche Sprache
 - Lähmung der Beine

- nicht mehr weiter gehen wollen
- Sehstörungen
 - nicht mehr hinschauen wollen
- Schluckstörungen
 - nicht mehr schlucken (hinnehmen) wollen
- Konversionssymptome
 - haben Appellcharakter
 - zielen auf Entlastung von äußeren und inneren Verpflichtungen ab
- Verdrängte Triebe erfahren durch die Symptomatik eine gewisse Befriedigung
 - primärer Krankheitsgewinn
- Durch Reaktion der Umwelt
 - Schonung, Rücksichtnahme, Berentung
 kommt es zu einem sekundären Krankheitsgewinn
 - wirkt sich verstärkend aus
- ➔ Verhaltens-therapeutischer Ansatz
 - bestimmte Bewegungen werden als entlastend erlebt und damit verstärkt
 - Krankheitsgewinn verstärkt weiter
 - In der Kindheit erlerntes Schutzverhalten in traumatischen Situationen
 - Schutz durch eine Art Selbsthypnose

Dissoziative Störungen werden als rein psychogen angesehen.

Statistik

Prävalenz 1,4 – 4.6

Männer/Frauen 1:3

Krankheitsbeginn 17 – 32

Symptomatik

Dissoziative Amnesie

- Erinnerungsverlust an wichtigen kurz zurückliegenden Ereignisse
- oft bezogen auf Traumatische Ereignis
- meist plötzlich auftretend und endend
- selten (häufiger im Krieg und bei

Naturkatastrophen)

- bestimmter Zeitabschnitt oder bestimmte Inhalte

Dissoziative Fugue (Flucht)

- plötzliches Weggehen von zu Hause oder Arbeitsplatz
- dissoziative Amnesie
- Annahme einer neuen Identität
- ansonsten unauffällig

Dissoziativer Stupor

- Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen
- deutlich eingeschränkte Empfänglichkeit für Umgebungsreize
- sehr selten

Dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindlichkeit

- Bewegungsfähigkeit oder Empfindungen
 - gehen verloren
 - oder
 - ändern sich
- scheinen auf neurologische Symptome hinzuweisen
 - pseudo- neurologische Bewegungsstörungen
- Häufigste Form der dissoziativen Störungen hier gehören dazu
 - Lähmungen
 - Ataxie (Störung der Bewegungskoordination)
 - Abasie (Unfähigkeit zu gehen)
 - Tremor
 - Aphonie (Stimmlosigkeit)
 - Krampfanfälle
 - Arc de Cercle
 - Extreme Überstreckung des gesamten Körpers
 - Anästhetische Hautareale
 - Taubheit, Unempfindlichkeit
 Die Areale entsprechen nicht den Dermatomen
 - Blindheit
 - Taubheit
 - Anosmie
 - Manchmal wechseln die Beschwerden wechseln schnell

Ganser-Syndrom

- demonstratives Vorbeireden
- Patient macht alles falsch
- Orientierungsstörung

Multiple Persönlichkeitsstörung

- Vorhandensein von 2 oder mehr verschiedene Persönlichkeiten innerhalb einer Person
- zu einem Zeitpunkt ist immer nur eine Teilperson nachweisen
- jede Persönlichkeit ist vollständig, hat eigene Erinnerung, Verhaltensweisen und Vorlieben
- teilweise unterschiedlich Physiologie
 - Teilperson hat Diabetes eine andere nachweisbar nicht
- nahezu alle Fälle haben schwerwiegende Traumata in der Kindheit

Verlauf und Prognose

- auftreten meist plötzlich und im engen Zusammenhang mit psychisch belastenden Situation
- Symptome verschwinden häufig spontan oder infolge der Veränderung der Lebensbedingungen
- Chronische Verläufe sind selten
- motorische Verläufe
 - Gefahr von bleibenden Fehlhaltungen und Kontrakturen

Diagnose

- genaue Internistische und neurologische Abklärung um körperliche Ursachen auszuschließen
- Zusammenhang mit aktueller seelischer Belastung muss hergeleitet werden können

Differentialdiagnose

- Organische und Neurologische Erkrankung
- Stupor bei Schizophrenie/Depression
- Simulation
- Depersonalisations-/Derealisationssyndrom

Therapie

- Tiefenpsychologische Therapie
 - Eindruck verhindern das der Therapeut meint die Symptome nur eingebildet sind
 - schrittweises Heranführen und die Einsicht der seelischen Beschwerden
 - vorsichtige Aufhebung der Verdrängung
 - Deutung der Symptomatik
 - bei Multipler Persönlichkeitsstörung Integration und Kooperation der verschiedenen Persönlichkeiten
- Entspannungsverfahren
- Hypnotherapie
- Psychopharmakologie
 - Nur in begrenzten Einzelfällen

Somatoforme Störungen

Definition

- ➔ Vorliegen einzelner oder mehrerer körperlicher Beschwerden, die nicht ausreichend durch medizinische Faktoren erklärbar sind.
- ➔ Zum Störungsbild gehört ebenso die übermäßige, unbegründete Sorgen, an einer schweren Krankheit zu leiden

Allgemeines

Es werden:

- Somatisierungsstörung
- Hypochondrische Störung
- Somatoforme autonome Funktionsstörung
- Somatoforme Schmerzstörung

unterschieden.

- Patienten sind lange Zeit bei Ärzten in Behandlung
- Oft vergehen mehr als 10 Jahre bis zur Erkennung und angemessenen Behandlung
- Kontakte mit Ärzten gestalten sich oft schwierig
 - Patienten verlangen weitere Untersuchungen
 - wechseln häufig den Arzt oder
 - suchen mehrere Ärzte gleichzeitig auf
- Körperliche Ursachen, die das Ausmaß der Beschwerden erklären, werden nicht gefunden
- Versuche den Zusammenhang der Beschwerden mit seelischen Belastungen zu erklären werden in der Regel hartnäckig verweigert
- Somatisierungsstörung → mehr Frauen
- Hypochondrische Störung Männer=Frauen
- Häufigkeit: sehr unterschiedliche Schätzungen
- Schätzungen gehen von 10 mal höhere Kosten durch diese Patienten
- beginn vor dem 20sten Lebensjahr

Klassifikation

F45

Ursachen

- Chronische Überforderung
- Psychosozialer Stress
- Angelegte oder erworbene Organschwäche
 - „locus minoris resistentia“
- Ähnliche Krankheitsbilder in der Familie können auf Identifizierung hinweisen
- Modelllernen: Wenn in der Ursprungsfamilie jemand viel über körperliche Beschwerden geklagt und daraufhin Schonung und Rücksichtnahme erfahren hat
- Alexithymie-Konzept
 - Gefühle wahrnehmen und äußern können

Symptome

- Alle Formen führen zu Beeinträchtigung von sozialen Beziehungen und beruflicher Leistungsfähigkeit

Somatisierungsstörung

- vielfältig, wechselnde Beschwerdebilder und Organsysteme
- bestehen mindestens 2 Jahre
- lange Vorgeschichte mit
 - ergebnislose Untersuchungen
 - Operationen
 - Behandlungen
- Folgende Organsysteme können betroffen sein:

Verdauungstrakt

- Bauchschmerzen
- Übelkeit
- Erbrechen/Regurgitation
- Durchfall
- Unverträglichkeit von Speisen
- Blähungen

Herz-Kreislauf

- Brustschmerzen
- Herzklopfen
- Schwindel, Benommenheit

Urogenitalsystem

- Schmerzen beim Wasserlassen
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Unangenehme Empfindungen im Genitalbereich
- Ungewöhnlicher oder verstärkter vaginaler Ausfluss

weitere Symptome

- Taubheit oder Kribbelgefühl der Hand
- Jucken oder Brennen der Hand
- Nervosität
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Kurzatmigkeit

Hypochondrische Störung

- Überzeugung, an einer (oder mehreren) schweren körperlichen Krankheiten zu leiden, ohne objektive Zeichen
- Patienten lassen sich trotz häufiger ärztlicher Konsultationen nicht davon überzeugen dass kein objektiver Befund vorliegt
- Normale oder allgemeine Körperempfindungen werden im Sinne einer schweren Erkrankung fehlinterpretiert
- Körperdysmorphie Störung
- die Symptomatik besteht seit mindestens 6 Monaten

Somatoforme autonome**Funktionsstörung**

- Vegetative Erscheinungen werden von Patienten im Sinne einer körperlichen Krankheit fehl gedeutet
- Betroffene Organsysteme können sein:
 - Herz, Verdauungstrakt, Atemtrakt, Urogenitalsystem
- Dazu gehörige Begriffe
 - Herzneurose, psychogene Aerophagie, psychogene Hyperventilation
- Es ist in der Regel **ein** Organsystem

betroffen.

Somatoforme Schmerzstörung

- Die Patienten leiden seit mindestens 6 Monaten unter schwer beeinträchtigenden Schmerzen, für die es keine ausreichende organische Erklärung gibt
- Die Beschwerden stehen in Zusammenhang mit seelischen Konflikten und psychosozialen Problemen
- häufigste Untergruppe der Somatoformen Störungen

Sonstige Somatoforme Störungen

- Beschwerdebilder
 - Globus hystericus (Klossgefühl in der Kehle)
 - Psychogener Schiefhals (Torticollis)
 - Psychogener Juckreiz
 - Psychogene Regelbeschwerden

Verlauf

- Tendenz zu chronischen Verläufen
- Abhängigkeit zu Beruhigungs- und Schmerzmitteln entsteht häufig durch Ärztliche Verschreibung

Diagnose

- Kann nur im Verlauf gestellt werden
- Fragebögen (SOMS, Whitley)

Differentialdiagnose

- Ausschluss körperlicher Erkrankungen
- Depression
- Angststörung
- Dissoziative Störung

Unterscheidung

Hypochondrische Störung

- Somatisierungsstörung
 - Beschäftigung mit Symptomen
 - nehmen Medikamente ein
- Hypochondrische Störung
 - dreht sich um Diagnose
 - Einnahme von Medikamenten wird wegen Nebenwirkungen gefürchtet

Therapie

- Beschwerden ernst nehmen
 - auch wenn keine objektiven körperlichen Befunde vorliegen besteht ein großes Leiden

Im Vordergrund

- Vermittlung eines angemessenen Erklärungsmodells
 - Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlungen
 - Vorsichtiger Versuch, das organmedizinische Krankheitsmodell des Patienten durch ein Modell zu erweitern welches weiter-gefasst ist und soziale, biologische und seelische Faktoren berücksichtigt
- Psychoanalyse
 - Übersetzen der Körpersprache in eine seelische Sprache
 - Aufdecken von unbewussten Konflikten
 - Finden von auslösenden Ereignissen
- Verhaltenstherapie
 - Wiedererlangen der Eigenkontrolle über das körperliche Wohlbefinden
 - Bewußtmachung ungünstiger Krankheitsüberzeugungen
 - Verringerung der Frequenz von Selbstuntersuchungen, Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme auf ein angemessenes Maß
 - Übungen zur Schmerzbewältigung
- Körperpsychotherapie
 - Verbesserung der Körperwahrnehmung
 - Training, Gefühle wahrzunehmen und angemessen auszudrücken
- Hypnotherapie nach Erickson
 - Spezielle Therapieansätze zur Schmerzbewältigung
- Entspannungstechniken
 - AT
 - PMR
- Psychopharmaka
 - zurückhaltend
 - Sucht!
 - Bei einhergehenden depressiven oder ängstlichen Phasen

Psychosomatik

- Der Begriff unterliegt ständigen Wandlungsprozessen

Definition

- Klassischer Ansatz (Psychiatrie Lehrbuch, Möller, Laux, Deister)
„Lehre von den körperlich in Erscheinung tretenden Krankheiten, die seelisch bedingt oder mit-bedingt sind.“
- Weiter gefasste Definition des Konzeptes:
„Die Psychosomatik untersucht Wechselwirkungen zwischen seelischen, körperlichen und anderen Faktoren (z.B. Umwelt) in Bezug auf Entstehung, Aufrechterhaltung, Bewältigung und Therapie von Krankheitsprozessen.“

Gegenstand der Psychosomatik

- Zu Beginn der Forschung in der Psychosomatik wurde vor allem tiefenpsychologische Ursachen für körperliche Krankheitsbilder erforscht.
- Heute betrachtet man den Menschen und auch Krankheiten als komplexes System mit sich wechselseitig beeinflussenden Größen
 - seelische Faktoren sind nur einige davon
- Untersucht werden Wechselwirkungen verschiedenster Faktoren auf:
 - Krebserkrankungen
 - Infektionskrankheiten
 - Schmerzen
 - Schwangerschaft und Geburt
 - Essstörungen
 - Operationen
 - viele weitere Erkrankungen mit Auswirkungen auf den Körper
- Eigenständige Fachbereiche
 - Psychoimmunologie
 - Neuroendokrinologie
- Es konnte nachgewiesen werden, dass belastende Lebensereignisse wie z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit oder Tod nahestehende Person zu einer messbaren

Schwächung des Abwehrsystems führen

- weitere Forschungsbereiche
 - Coping/to cope = bewältigen, meistern
 - Mechanismen zur Krankheitsbewältigung

Theoretische Modelle der Psychosomatik

- Psychoanalytische Modelle -

- Symptomatik eines Patienten wird im Kontext seiner Lebensgeschichte mit Hervorhebung der frühkindlichen Entwicklung gesehen

Die wichtigsten psychoanalytischen Theorien

a) Konversionsmodell

- S. Freud
- seelischer Konflikt wird in körperliche Störung umgesetzt
- Konflikt wird so symbolisch Ausgedrückt
- Seele erfährt durch Ausdruck Entlastung
- Modell lässt sich bestätigen bei hysterischen Symptomen, Lähmungen und Sensibilitätsstörungen

b) Theorie der De- und Resomatisierung

- M. Schur
- Desomatisierung
 - Reifeprozess des Kindes
 - Kind setzt sich zunehmend mit der Realität der Außenwelt auseinander
 - entfernt sich von der Wahrnehmung der eigenen Leiblichkeit

- Resomatisierung
 - Rückfall durch seelischen Konflikt auf frühere Unreife ebene

c) krankheitsspezifische psychodynamische Konflikte

- F. Alexander
- stellte der Konversion das Modell der vegetativen Neurose gegenüber
- In Folge unbewusste Konflikte
 - Ausbleiben einer nach außen gerichteten Handlungen
 - Aufbau eines Spannungszustandes
 - kann nicht durch Handlungen abgeführt werden
- Alexander entwickelte Erklärungsmodelle

für seinerzeit typische psychosomatische Störungen

- Nach seiner Ansicht
bestimmte Krankheit = bestimmter
psychodynamischer
Konflikt

Heute → trifft nur auf einen Teil der Patienten mit psychosomatischen Krankheiten zu

- Alexithymie Konzept -

- schlecht Gefühle wahrnehmen und ausdrücken
- schlecht phantasieren, wirken überangepasst
- wurde bestätigt, jedoch relativiert
 - findet sich auch bei anderen Patienten
 - scheint Risikofaktor, keine Ursache

- Verhaltenstherapeutische Erklärung.

- Körperliches Symptom besteht zuerst
 - Symptomatik verstärkt sich durch klassisches und operantes Konditionieren

- Bio-psycho-soziales Modell-

- Th. von Uexküll
- versucht der Komplexität Mensch und Krankheit gerecht zu werden
- Versucht Beziehungen zwischen Organismus und Umwelt zu beschreiben
 - bezieht sich auf Systemtheorie
- Zusammenhang zwischen biologischen, psychischen und sozialen Vorgängen

- Modell des „Giving up“ und „Given up“-

- Resignation und Aufgabe bei einem Teil der Patienten

Die klassischen psychosomatischen Krankheiten

- Maßgeblich durch F. Alexander wurden 7 Krankheiten beschrieben

Die Holy Seven

- Magen – und Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus ventriculi und duodeni)
- Colitis Ulcerosa (geschwürige Dickdarmentzündung)
- Asthma bronchiale

- Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
- essentielle Hypertonie (hoher Blutdruck ohne organische Ursachen)
- rheumatoide Arthritis
- Neurodermitis

- Teilweise Älter als 50 Jahren
- Auswirkung auf die Gewichtung der seelischen Einflussgröße
 - Beispiel Ulcus duodeni
 - Helicobacter pylori
 - Beispiel rheumatoide Arthritis , Bronchialasthma
 - Vererbung

Einteilung psychosomatischer Erkrankungen

Unter Einbeziehung der klassischen Bezeichnungen lässt sich folgende Aufteilung vornehmen :

- Psychosomatosen im engeren Sinne
 - körperliche Reaktionen auf anhaltende vegetative Spannungen (Flucht, Aggression)
 - Organveränderungen vorhanden
 - = Holy Seven + Morbus Crohn
- Konversionsneurosen
 - Verinnerlichung und Somatisierung eines neurotischen Konflikts
 - Synonyme:
 - Hysterische Neurosen
 - Ausdruckskrankheit
 - Keine Organveränderungen
- Funktionelle Syndrome
 - Körperliche Beschwerden ohne organische Grundlage
 - Synonyme
 - psychovegetative Störung
 - vegetative Dystonie
- Sekundäre psychosomatische Krankheiten
 - Folgen einer organischen Erkrankung
 - Auseinandersetzung mit Krankheit führt zu seelisch bedingter Überlagerung
 - z.B. Herzphosphor nach

Herzinfarkt
 Karzinophobie nach geheimer
 Krebserkrankung

- bewußtmachen der Konflikte und Ursachen der Krankheiten
- Individuelle Lösungen für schwierige Lebenssituationen entwickeln

Klassifikation

- Konzept spiegelt sich nicht in den Klassifikationssystemen wieder
- Einige typische psychosomatische Störungen werden im ICD-10 im Abschnitt F4 – Neurotische - Belastungs- und Somatoforme Störungen geführt.
 - Dissoziative Störungen F44
 - Somatoforme Störungen F45

Therapie

- Auffällig in der Beziehungsgestaltung
 - erheblicher Widerstand des seelischen Zugangs zum Krankheitsbild
 - mögliche Befürchtungen negativer Stigmatisiert zu werden
 - Möchte Probleme lieber mit Tabletten lösen als einen eigenverantwortlichen Anteil an der Therapie einzunehmen
- Psychodynamische Therapie
 - wenn es Hinweise gibt, dass eine Erkrankung auf unbewusste und verdrängte Konflikte zurückzuführen ist
- Verhaltenstherapie
 - vor allem wenn auf das Verhalten eingewirkt werden soll
 - z.B. Patient mit Herzinfarkt
 Stressbewältigung
 Raucherentwöhnung
- Gesprächstherapie
 - bei schweren, lebensbedrohlichen Krankheiten ist stets wichtig, mit stützenden Gesprächen zu begleiten
- Körperorientierte Psychotherapie
 - Biogenetik, Biosynthese oder ähnliches können helfen die Verbindung zum eigenen Körper zu verbessern und emotionale Ausdrucksmöglichkeiten zu entwickeln
- Hypnotherapie nach Erickson
 - in manchen Fällen erstaunlich schnell

Persönlichkeitsstörungen

Definition

Überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt abweicht, tief greifend und unflexibel ist und zu Leid und Beeinträchtigung führt.

Synonyme

Ältere Bezeichnungen:

- Charakterneurosen
- psychopathische Persönlichkeit
- Soziopathie

Allgemeines

- gesamte Persönlichkeit ist betroffen
- lange das Gefühl, nicht krank zu sein
 - erleben sich bestenfalls als anders
- Erleben ihre Eigenarten als ich-synton
- Menschliche Eigenschaften bestehen in einem zugespitzten Art und Weise
 - Übergänge zu „Normalität“ sind fließend
- In vielen Fällen bestehen andere psychische Störungen neben der Persönlichkeitsstörung
 - Alkoholabhängigkeit
 - Depression
 - Angsterkrankungen
- Eine zweifache Diagnose stellt keine Aussage über die Ursache dar

Statistik und Prävalenz

- Beginn definitionsgemäß in Pubertät oder dem frühen Erwachsenenalter
- 5 – 15 % der Allgemeinbevölkerung
- 30 – 40 % Patienten in psychiatrischen Kliniken
- Männer
 - Dissoziale, Schizoide und zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Frauen
 - Borderline-, Selbst-unsichere und abhängige Persönlichkeitsstörung

Klassifikation

F6	-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F60	-	spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.0	-	Paranoide Pst.
F60.1	-	Schizoide Pst
F60.2	-	Dissoziale Pst
F60.3	-	Emotional instabile Pst
		unterteilt
F60.30		Impulsiver Typus
F60.31		Borderline Typus
F60.4	-	Histrionische Pst
F60.5	-	Anankastische Pst
F60.6	-	Ängstlich (vermeidende) Pst
F60.7	-	Abhängige Pst
F60.8	-	Narzisstische Pst (sonstige)
F21	-	Schizotype Pst
		Im Icd10
	-	Schizotype Störung

Ursachen

- ➔ multifaktoriell
 - ➔ Tiefenpsychologisches Modell
 - Fehlentwicklung in den frühkindlichen Entwicklungsphasen
 - Persönlichkeitsstörungen werden als sogenannte Frühstörungen gesehen
 - „Ich“ ist stärker entwickelt
 - als bei psychotischen Erkrankungen
 - jedoch schwächer wie bei Menschen mit neurotischen Symptomen
 - Persönlichkeitsstörungen liegen also zwischen Psychosen und Neurosen
 - ➔ Verhaltens-therapeutisches Modell
 - gelerntes Verhalten
 - Verhaltensweisen, die genetisch angelegt sind werden durch
 - positive oder negative Verstärkung
 - Modelllernen
- in extremer Weise über- bzw. unterentwickelt

- Neurobiologisches Modell
- nicht bestätigt
 - Hinweise für Veränderungen in einigen Fällen
 - EEG- Veränderungen
 - Sauerstoffminderversorgung während der Geburt

Symptome

Paranoide Persönlichkeitsstörung

- Durchgängiges Muster, in verschiedenen Situationen Handlungen anderer als absichtlich erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren
- Misstrauisches, argwöhnisches Verhalten
- Streitsüchtiges, starres Beharren auf vermeintlichem eigenem Recht
- Empfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Misserfolg
- Übertriebene Eifersucht

Schizoide Persönlichkeitsstörung

- Durchgängiges Muster von Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen, sowie eingeschränkter emotionalen Erlebnis - und Ausdrucksfähigkeit
- starke emotionale Vernetzbarkeit und Empfindlichkeit
- Soziale Distanziertheit und Kühle
- Kontakthemmung
 - Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen
 - Unfähigkeit Freude zu empfinden
 - exzentrisches Verhalten

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

(auch antisoziale Pst)

- Durchgängiges Muster von verantwortungslosem, antisozialem Verhalten
- Missachtung von sozialen Regeln
- Kriminelle Handlungen
- Herzloses Unbeteiligt sein gegenüber den Gefühlen anderer
- Unfähigkeit zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen

- Niedrige Schwelle für aggressives und gewaltiges Verhalten

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

- Durchgängiges Muster, Impulse auszuagieren ohne Konsequenzen zu berücksichtigen, von instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie rasch wechselnde Stimmung
- Impulsiver Typ
 - Starke Affektausbrüche die für die jeweilige Situation unangemessen sind
 - Mangelnde Impulskontrolle
 - Geringe Fähigkeit, voraus zu planen
- Borderline Typ
 - Störung des Selbstbildes
 - Intensive aber instabile Beziehungen mit emotionalen Krisen
 - Selbstschädigendes Verhalten („Schnippeln“)
 - Suizidalität
 - Anhaltendes Gefühl der Leere

Histrionische Persönlichkeitsstörung

(Histrione lat.: Schauspieler)

- Durchgängiges Muster von überdurchschnittlicher Emotionalität mit übermäßigem Verlangen nach Aufmerksamkeit
- Theatralischer Ausdruck von Gefühlen
- Leichte Beeinflussbarkeit von außen
- Trachten danach im Mittelpunkt zu stehen
- Egozentrisches, manipulatives Verhalten
- Oberflächliche Gefühle

Anankastische Persönlichkeitsstörung

(auch zwanghafte Persönlichkeitsstörung)

- Durchgängiges Muster von Perfektionismus, sowie Starrheit im Denken und Handeln
 - Starke Zweifel und übertriebene Vorsicht, Unentschlossenheit
 - Übertriebene Gewissenhaftigkeit und Perfektionismus
 - Ständiges Planen und Ordnen
 - Unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und

- zwischenmenschlichen Beziehungen
- Pedanterie und Anpassung an soziale Normen

Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung

- Durchgängiges Muster von Anspannung, Besorgtheit, Schüchternheit und Angst vor negativen Beurteilung
- Vermeidung von beruflichen oder sozialen Kontakten aus Furcht vor Kritik und Ablehnung
- Minderwertigkeitsgefühle
- Andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiert werden
- ist leicht durch Kritik und Ablehnung zu verletzen

Abhängige Persönlichkeitsstörung

(auch dependente Pst)

- Durchgängiges Muster von Selbstwahrnehmung als hilflos und inkompetent, mit Überlassen von wichtigen Entscheidungen durch andere
- Abhängigkeit von anderen Personen
- Ängste vor Alleinsein und Verlassen werden
- Häufig verbunden mit Gefühl von körperlicher Schwäche
- starke Nachgiebigkeit den Wünschen anderer gegenüber

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- Durchgängiges Muster von Großartigkeit (in Fantasie oder Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Einfühlungsvermögen in andere
- Übertriebenes Gefühl der eigenen Wichtigkeit
- Gefühl, einzigartig und jemand besonderes zu sein
- Erwartung, durch andere bevorzugt behandelt zu werden
- ausnutzen von anderen Menschen
- arrogantes überhebliches Verhalten
- Nur im DSM nicht in der ICD zu finden

Schizotype Persönlichkeitsstörung

- Durchgehendes Muster von sozialen und zwischenmenschlichen Defiziten mit Unbehagen in engen Beziehungen und mangelnder Fähigkeit, dies einzugehen

- Seltsame Überzeugung oder magisches Denken
- ungewöhnliche Denk- und Sprechweise
- Argwohn oder paranoide Vorstellungen
- eingeschränkte oder unangemessene Gefühlsäußerungen
- Das Verhalten oder die äußere Erscheinung ist auffällig, exzentrisch oder seltsam
- Mangel an Freunden und Vertrauen
- Im ICD-10 als Schizotype Störung (F21)

Bei allen Persönlichkeitsstörungen kommt es zu deutlichen Leistungseinbußen im Privaten, sozialen und beruflichen Bereich

Verlauf

- Entstehung Adoleszenz – Anfang 20er
- Symptome bestehen über viele Jahre – wenn nicht ein Leben lang
- Schwankung in Schwere und Ausprägung
- Drittel -regel
 - 1/3 günstiger Verlauf
 - 1/3 kompromißhafte Lebensbewältigung
 - 1/3 ungünstiger Verlauf
- Einige Verläufe mildern sich im Alter bezüglich des Ausmaßes der Beeinträchtigung
- In vielen Fällen kommt es zu Missbrauch psychotroper Substanzen

Diagnose

- Es sollte ein gewisser Leidensdruck bestehen
- Auswirkungen im beruflichen und sozialem Bereich
- Fremdanamnese
- Persönlichkeitstests
 - FPI
 - GT
 - MMPI
- Diagnose erst im Erwachsenenalter

Differentialdiagnose

- Häufig Persönlichkeitsstörung + andere Erkrankung
- Persönlichkeitsveränderungen in späteren Lebensphasen (z.B. Folge von organischen Hirnschäden)
- Persönlichkeitszüge die nicht das Ausmaß einer Persönlichkeitsstörung erreichen
- Psychosen
 - laufen jedoch Phasenhaft ab
 - Persönlichkeitsstörung sind konstant
 - bei der Persönlichkeitsstörung keine Positiven Symptome

Therapie

- Persönlichkeitsstörungen gelten als nicht heilbar
- durch geeignete therapeutische Maßnahmen kann ein starkes Maß an Linderung und Kompensation erreicht werden
- Motivation zur Therapie ist oft schwer zu erreichen
 - sind oft unglücklich/unzufrieden
 - erleben sich jedoch nicht als Krank und behandlungsbedürftig
- Tiefenpsychologische Therapie
 - gut entwickelte Behandlungsstrategien
 - jedoch jahrelange Therapie Verläufe
 - Große Herausforderung für die Therapeuten
 - viel Erfahrung und Geduld
 - Therapeut wird oft beschimpft und entwertet
 - Der Patient belastet die Beziehung und stellt sie in Frage
 - besonders bei Borderline, dissozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung
 - es wird weniger aufdeckend und einsichtsorientiert gearbeitet, sondern mehr stützend und ich-stärkend
- Verhaltenstherapie

- Soziales Kompetenztraining
 - Verhaltensübungen, Rollenspiel, Modelllernen, Video-Feedback
 - Pharmakotherapie
 - In Einzelfällen können
 - Antidepressiva, Anxiolytika, Lithium
- den Therapieverlauf begünstigen

Affektive Störungen

Depression, Manie, Bipolare Störungen

Besonders bei Depressionen zu beachten:

- Suizidalität
- Schlafstörungen

Definition:

(nach Dilling und Reimer)

Psychotische Erkrankungen mit Störung der Affektivität (Verstimmung), die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern können:
Manie und Depression/Melancholie

Synonyme

Affektive Psychosen, Manisch-Depressive Erkrankungen

Allgemeines

- Monopolare oder Bipolare Verläufe
- 2/3 sind Monopolar
 - rein manische Verläufe sind seltener
- Dauer der Phase variiert
 - 60 % weniger als 3 Monate
- Erkrankungswahrscheinlichkeit 0,6 – 1%
- Beginn in der Regel zwischen 30. und 45. Lebensjahr
- Männer : Frauen = 1:2
 - Männer höhere Dunkelziffer

Klassifizierung

- F3
- manische (mit/ohne psychotische Symptome)
- depressive (leicht, mittelgradig ,schwer)
- Bipolare Verläufe

Ursachen

Multifaktoriell

- Genetische Faktoren
- Neurotransmitterstörungen
- Kritische Lebensereignisse
- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus

- Saisonale Rhythmik
- Körperliche Erkrankungen
- Medikamente

- In der Psychoanalyse
 - Störung in der Oralen Phase
 - ➡ Narzisstische Kränkung
- Kognitive Theorie
 - Negative Wahrnehmung der
 - eigenen Person
 - Umwelt
 - Zukunft
- Verhaltenstherapie
 - Erlernte Hilflosigkeit, Verstärkerverlust

Denkmuster – Trias nach Beck

Symptome

Depression

- Niedergeschlagene Stimmung
- Suizidalität
 - 10 -15 % sterben am Suizid
- Wahnerleben
 - Schuldwahn
 - Krankheitswahn (Hypochondrischer Wahn)
 - Armuts- /Verarmungswahn
 - Nihilistischer Wahn
- Vitalsymptome
- Schlafstörungen
 - Schlaflosigkeit
 - morgendliches Früherwachen
- Verschlechterung morgens und Vormittags
 - Morgentief
- Denkhemmung

Manie

- Stimmungshoch
- Größenwahn
- Antriebssteigerung
- Fehlendes Krankheitsgefühl (Krankheitseinsicht)
- Ideenflucht

Merke

Bei Schlafstörungen immer und vor allem an Depression denken!

Formen

- Larvierte Depression
- Wochenbettdepression
- Endogene Depression = Psychotische Depression
- Melancholie
Synonym für schwere psychotische Verläufe
- Erschöpfungsdepression
- Spätdepression (nach 45)
- Altersdepression (ab 60)
- Gehemmte Depression
- Agitierte Depressionen
- Zylothymie
- Rapid-Cycling Depressionen
- Endogene und neurotische Depression

Abgrenzung endogene Depression

Endogene Depression	Neurotische Depression Dysthymie
Früherwachen	Einschlafstörungen
Morgentief	Abendtief
Gefühllosigkeit (Anhedonie)	Stimmungsschwankungen
Keine Ursache erkennbar	psychische Ursachen
Melancholie	Hypomane Nachschwankungen
evtl. Wahn	

Verlauf

- In Phasen
- einphasige oder mehrphasige (polyphasige) Verläufe
- Abstand zwischen den Phasen kann stark schwanken
- Manische Phasen sind tendenziell kürzer als depressive

Diagnose

- ergibt sich aus der Symptomatik
- muss häufig aktiv erfragt werden
- Informationen von Familienangehörigen

vor allem bei Manien

- Spezielle Tests
 - BDI
 - HAMD

DD

- Schizophrenie
 - Wahn mit anderen Inhalten
- organische Psychosen
 - mit Depression bzw. Manie
- Neurotische Depression
- Schizoaffective Psychosen

Therapie

- Häufig stationär
 - evtl. geschlossen wegen Suizidgefahr
- Antidepressiva
 - Suizidgefahr zu Beginn
(Antriebssteigerung vor Stimmungsaufhellung)
- Lithium oder Carbamazepin
 - Rezidivprophylaxe
- Neuroleptika
 - manische Symptome und Wahn
- Schlafentzugstherapie
- Lichttherapie (Winterdepression)
- Elektrokrampftherapie
 - Schwere Verläufe mit Stupor

Psychotherapie

- akzeptierende, verständnisvolle Grundhaltung
- Betonung der Heilbarkeit
- offenes Sprechen über Suizidgedanken
- Keine Bearbeitung grundlegender Konflikte während akuter Episoden

Verhaltenstherapie

- Erleben der bewussten Selbststeuerung der Affekte
- Aufbau von Aktivitäten nach dem Verstärker-Prinzip

Kognitive Therapie

- Bearbeitung und Reflektion von inneren Überzeugungen bezüglich eigener Person und Lebensumstände

Hypnotherapie

- erinnern von angenehmen Ereignissen im Trancezustand
- Erleben von positiven Lebenssituationen und Gemütsverfassungen

➡ führt zu erheblicher Steigerung der Therapiemotivation

Ergotherapie

Tagesstrukturierung

Bei Manie

- Zwangseinweisung, da in der Regel keine Krankheitseinsicht
- Medikamentös
 - Neuroleptika
 - Lithium oder Carbamazepin
- Abschirmung von Reizen
- Möglichkeiten zum Ausagieren

Missbrauch und Abhängigkeit

Überblick

- ICD-10 Kapitel F1
„Psychische - und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen.“

Definition

Missbrauch

- Vorstufe von Abhängigkeit
- Schädlicher Gebrauch von Substanzen
 - kann zu körperlichen und seelischen Schäden führen

Abhängigkeit

- Gekennzeichnet durch unbezwingbares Verlangen fortgesetzten Einnahme einer Substanz
- Bei Abstinenz entstehen Entzugsserscheinungen
- In der Regel langsame Steigerung der Dosis
- es entsteht eine Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Normen
- Es wird zwischen einer psychischen und einer körperlichen Abhängigkeit unterschieden

Allgemeines

Psychische Abhängigkeit

- übermäßiges, unwiderstehliches Verlangen nach einer Substanz

Körperliche Abhängigkeit

- ohne Zufuhr der Substanz entstehen Entzugssymptome

Toleranzentwicklung

- um Wirkung zu erzielen muss die Dosierung langsam gesteigert werden

Craving

- unstillbares Verlangen eine Substanz zuzuführen

Epidemiologie

- 5 % der Bundesbürger sind Sucht-krank
 - 2,5 Millionen Alkohol-krank
 - 1,5 Millionen medikamentenabhängige
 - 150000 Illegale Drogen

Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten

- F63
- Kleptomanie
- Spielsucht
- Kleptomanie
- Pyromanie
- Arbeitssucht

Klassifikation

F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

- F10 Alkohol
- F11 Opioide
- F12 Cannabinoide
- F13 Sedativa oder Hypnotika
- F14 Kokain
- F15 Sonstige Stimulanzien einschl. Koffein
- F16 Halluzinogene
- F17 Tabak
- F18 Flüchtige Lösungsmittel
- F19 Sonstige psychotrope Substanzen

Symptome

Die Wirkung der jeweiligen Suchtstoffe sind sehr unterschiedlich

- Akute Intoxikation
 - Akute Wirkung in Abhängigkeit von der Dosis
- Abhängigkeit
 - Zwang, Suchtmittel zu konsumieren
- Entzugssyndrom
- Exogene Psychosen
- Soziale folgen
 - Verhaltensveränderungen, Außerachtlassen gesellschaftlicher Normen
- Körperliche Spätfolgen

Alkoholismus

Überblick

- ➔ Alkoholabhängigkeit ist eine weit verbreitete Erkrankung
- ➔ kann unterschiedlich verlaufen
- ➔ Dennoch gibt es typische Abläufe und Komplikationen die man gut kennen sollte

Definition Alkoholismus

- Körperliche, seelische und soziale Schädigung durch Alkohol
- Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol
- Abhängigkeit oder Auftreten eines Entzugssyndroms bei Abstinenz

Allgemeines

- Schätzung .2,5 Millionen Alkohol kranke in Deutschland
- statistisch: 5 % in westlichen Ländern erkranken an Alkoholismus
- 1/3 der Psychiatrie-aufnahmen aufgrund Alkoholismus
- Männer : 60g Alkohol/Tag = schädlich für den Körper
 - Frauen : 20g da der Alkohol anders verarbeitet wird
- Männer : Frauen = 3:1
 - Frauen jedoch hohe Dunkelziffer
- Volkswirtschaftlicher Schaden ca. 20 Milliarden €

Einteilung des Trinkverhaltens nach Jellinek

Alpha-Trinker

- Konsum ohne Kontrollverlust zur Bewältigung psychischer oder körperlicher Probleme
- Erleichterungstrinken
- seelische Abhängigkeit
- ca. 5 % der Fälle

Beta-Trinker

- Konsum aus Anpassung und Gewohnheit
- keine Abhängigkeit
- es können Körperschäden entstehen
- ca. 5 % der Fälle

Gamma-Trinker

- Konsum mit Kontrollverlust
- Abhängigkeit
- körperliche und soziale Folgen
- ca. 65 % der Fälle

Delta-Trinker (Spiegeltrinker)

- Krankheit mit Abhängigkeit und Unfähigkeit zur Abstinenz
- bestimmter Blutalkoholspiegel wird aufrecht erhalten
- Rauscharmer, kontinuierlicher Konsum
- ca. 20 % der Fälle

Epsilon-Trinker

- „Quartalssäufer“
- Exzessiver tagelanger Alkoholkonsum
- Kontrollverlust
- Danach Fähigkeit zur Abstinenz
- Ca. 5 % der Fälle

Klassifizierung

- F10
- weitere Stellen beschreiben die näheren Umstände z.B. Entzugssymptome und Akute Intoxikation

Ursachen

Multifunktional

- ➔ Lerntheorie (Lernen durch Belohnung)
 - Belohnung durch Entspannung, weniger Angst und Anspannung
- ➔ Tiefenpsychologische Theorien
 - Fixierung auf oraler Ebene
 - auf äußere Zuwendung angewiesen
 - wird nicht als ausreichend erlebt
 - Betroffener versorgt sich selbst mit flüssiger Nahrung

- Ich-Schwäche
 - nicht ausreichende oder übermäßige Versorgung in früher Kindheit
 - Ich-Funktionsdefizite entstehen
 - Fähigkeit zur Eigensteuerung sind nicht ausreichend
 - Affektintoleranz
 - Nicht Aushalten können von Gefühlen
- ➔ Vererbung
- ➔ Familiäre Einflüsse
 - Wahrscheinlichkeit an Alkoholismus zu erkranken steigt bei einem Elternteil um das 4,5 fache
 - „Broken-Home“ Familien
- ➔ Soziale Faktoren
 - Gruppendruck
 - Mode (Alkohol ist „in“)
 - Berufliches Umfeld
 - Vorbilder

Symptomatik

Akute Alkoholintoxikation

- meistens harmlos
- größere Menge kann jedoch tödlich enden
 - z.B., Ersticken an Erbrochenen
- lässt sich einteilen in:

Einfacher Rausch

- Gangunsicherheiten
- Undeutliches Sprechen
- Enthemmung, Euphorie
- auch depressive Stimmung mit Suizidalität
- Denk- und Konzentrationsstörung

Komplizierter Rausch

- verstärkter Rausch
- Amnesie
- Erregung
- Bewusstseinstrübung

Pathologischer Rausch

- meist bei Menschen mit zerebraler Vorschädigung
- oft nach geringen Alkoholmengen
- Dämmerzustand

- Amnesie (partielle)
- Erregung
- Termenschlaf
- Gewalttätigkeit

Symptome bei Entzug

- Nach längerem Konsum
- Man unterscheidet
 - Einfacher Entzug
 - Beginn nach ½ Tag
 - Höhepunkt nach 1- 2 Tagen
 - Schlafstörungen
 - Vegetative Überaktivität
 - Schwitzen oder Puls über 100
 - Herzklopfen
 - Magen-Darm-Störungen
 - Zittern der Hand
 - Unruhe
 - Angst

Entzug mit Delir (Delirium Tremens)

- kann auch bei fortgesetzten Alkoholkonsum auftreten
- Häufiger bei Entzug
- zu den Symptomen des Einfachen Entzugs entsteht ein psychotischer Zustand
 - dauert in der Regel 2 – 5 Tage
 - Lebensgefährlicher Zustand
 - Desorientiertheit
 - große Unruhe
 - (optische) Halluzinationen (weiße Mäuse)

Langfristige körperliche Folgen

- Erkrankungen der Leber
 - Fettleber
 - Leberzirrhose
- Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse
 - Pankreatitis (Akut oder chronisch)
- Schädigung des Magens
 - Magengeschwür
 - Magenschleimhautentzündung
- Polyneuropathie
 - Schädigung der peripheren Nerven
 - Ausfallerscheinungen z.B. Taubheit, Schmerzen, Kribbeln
- Kardiomyopathie (Schädigung des Herzmuskels)

- Hypertonie
- Folgen krankhafter Gehirnveränderungen
- Veränderungen nach längerem Missbrauch
 - Ausfallerscheinungen die oft irreversibel sind
 - Korsakow Syndrom (Amnestisches Syndrom)
 - 5 % der Alkoholiker
 - Es gibt irreversible Verläufe und Fälle bei denen sich die Symptomatik verbessert
 - Desorientiertheit
 - Konfabulationen
 - schwere Gedächtnisstörungen
 - Wernicke-Enzephalopathie
 - 20 % tödlich verlaufend
 - schwer vom Korsakow zu unterscheiden
 - Vitamin C-Mangel
 - Augenmuskellähmungen
 - Pupillenstörungen
 - Desorientiertheit
 - Somnolenz (Dämmerzustand)
 - Erregungszustände
 - Auffassungs- und Gedächtnisstörungen
 - Organische Persönlichkeitsveränderungen
 - Demenz
- Alkoholpsychose
- Alkoholhalluzinose
 - Akustische Halluzinationen (beschimpfend)
 - Angst
 - bildet sich bei Abstinenz zurück
 - länger als 6 Monate = nicht reversibel
 - selten
 - Eifersuchtswahn
 - sehr häufig Eifersuchtswahn
 - ausgeprägter Wahn selten

Verlauf

- ➔ sehr unterschiedlich
- ➔ Dennoch lassen sich grob 5 Phasen unterscheiden

Verlauf – 5 Phasen nach Jellinek

1. Voralkoholische Phase

- trinken schafft Erleichterung
- Konsum hilft Spannungen abzubauen
- Angst- und Minderwertigkeitsgefühle werden scheinbar erträglich
- Häufigkeit nimmt zu
- benötigte Alkoholmenge erhöht sich

2. Prodromalphase (Anfangsphase)

- wiederholter Rausch mit Erinnerungslücken
- Alkohol wird heimlich getrunken
- versuch zu verheimlichen
- Schuldgefühle
- ständiges denken an Alkohol

3. Kritische Phase

- verliert die Möglichkeit der willkürlichen Beeinflussung des Konsums
- Probleme im sozialen Umfeld
- aggressives Verhalten gegenüber der Umwelt
- Versuche nur bestimmte Zeit zu Trinken oder völlige, zeitweise Abstinenz
- Trinken bereits morgens
- „Bunkern“ in Geheimverstecken
- Ernährung wird vernachlässigt
- erste Krankenhausweisung (alkoholbedingte Unfälle, Bewusstlosigkeit, körperliche Symptome)
- Erklärungssystem für das Trinken

4. Chronische Phase

- tagelange Rausche
- vorübergehende Psychosen
- ethischer Abbau
- Zur Not trinken von Ersatzstoffen (Parfüm)
- Alkoholtoleranz geht verloren, es wird weniger vertragen
- sinkt der Spiegel entwickeln sich Alkoholentzugs-symptome
- nimmt an ehesten Hilfe von außen an

5. Rehabilitationsphase

- Wunsch nach Hilfe
- erlangen ihre Selbstachtung wieder
- schöpfen Hoffnung
- Emotionale Kontrolle, Verlässlichkeit in Arbeitsprozessen und realistisches Denken kehren zurück.

Trockener Alkoholiker

- Alkoholismus ist nicht heilbar
- Jemand der Alkoholiker war, wird es ein Leben lang bleiben
- langjährige Abstinenz = „trockener Alkoholiker“

Kontrolliertes Trinken?

- Wird kontrovers diskutiert
- überwiegend haben Betroffene folgende Haltung
 - nur bei bestimmten Anlässen trinken = hohes Risiko
 - Tierversuche geben Hinweise das körperliche Abhängigkeit auch nach langer Zeit der Abstinenz durch Alkoholaufnahme wieder reaktiviert wird

Abstinenz

- Erfolgsquote von Langzeittherapie 50 – 70 %
 - dauerhafte Abstinenz
- Entscheidend ist die Phase der Rehabilitation
- Größter Erfolg = Ambulante Psychotherapie + Selbsthilfegruppe
- Weitere förderliche Faktoren:
 - intakte Partnerschaft
 - bestehendes Arbeitsverhältnis
 - mittleres Lebensalter

Lebenserwartung

- um durchschnittlich 10 – 15 Jahre verkürzt
- Todesursache
 - Selbstmord
 - Unfälle
 - Leberzirrhose
 - Krebs

Diagnose

ICD – 10

Innerhalb des letzten Jahres mindestens 3 der folgenden Kriterien.

- Wunsch oder eine Art Zwang Alkohol zu trinken
- Herabgesetzte Fähigkeit den Konsum zu kontrollieren
- Entzugssymptom (e)
- Toleranzentwicklung – Dosissteigerung
- Tagesplanung richtet sich auf die Zufuhr von Alkohol aus – Andere Interessen treten in den Hintergrund
- Trotz negativer Folgen (sozial, körperlich, psychisch) wird der Konsum fortgesetzt.

Erhebung des Trinkverhaltens

- genaue Diagnose durch Eindruck des Trinkverhaltens
- Oft beschönigende Antworten
- Fremdanamnese
- MALT (Münchener-Alkoholismus-Test)

Internistische Untersuchungen

- Körperliche Folgen müssen festgestellt werden
- Blut Untersuchungen
 - akuter Blutalkoholspiegel
 - Leberwerte
 - CDT (hinweise auf täglichen Alkoholkonsum)

Differential Diagnose

- Depression
 - Enge Wechselwirkung
 - Depressive greifen zum Alkohol um Beschwerden zu lindern
 - Alkoholiker erleben schwere depressive Phasen
- Hirn-organische Erkrankungen
- Hyperthyreose
- Hypoglykämie

Therapie

Lässt sich in folgende Stufen unterteilen:

Motivationsphase

- ➔ Erkenntnis das er Hilfsbedürftig ist
 - Krankheitseinsicht
- ➔ Hilfsangebote

- ➔ Motivation und sachliche Konfrontation durch Familie und Freunde

Körperliche Entgiftung

- ➔ stationär (gefährliche Entzugssymptome)
- ➔ Dauer 1 – 2 Wochen
- ➔ Alkoholdelir → Delirium
- ➔ kann erheblich länger dauern wenn körperliche Schäden vorhanden sind

Stationäre Entwöhnungstherapie

- ➔ Ziel ist absolute Abstinenz
- ➔ Kontrolliertes Trinken ist unrealistisches Ziel
- ➔ mehrere Monate
- ➔ Therapeutische Angebote
- ➔ Medikamente im Einzelfall zusätzlich
 - Campral
 - Acamprosat

Ambulante Nachbetreuung

- ➔ Rückfallgefahr ist im ersten Jahr am höchsten
 - Es gilt Rückfälle zu vermeiden
 - genau analysieren um daraus zu lernen
- ➔ Selbsthilfegruppen sind der wichtigste Baustein
- ➔ Professionelle Hilfe die nur ambulant erfolgt (auch durch HPP mit ausreichender Kenntnis)
Themen sind :
 - Umgang mit Rückfällen (keine Katastrophisierung)
 - Unterstützung bei Beziehungskonflikten
 - Hilfe bei praktischer Lebensbewältigung
 - Entwicklung von Selbständigkeit

Selbsthilfegruppen

- ➔ wichtiger Baustein
- ➔ z.B. AA
- ➔ Haben auch Schweigepflicht

Hinweise für betroffene Familienmitglieder

- ➔ Alkoholismus ist nicht nur für die Betroffenen eine große Belastung
- ➔ Es entsteht aus dem Wunsch zu helfen eine Dynamik die das Vorhandensein der Sucht aufrecht erhält

- Co--abhängigkeit
- ➔ Co-abhängiges Verhalten
 - Verantwortung für Betroffenen übernehmen
 - Verhalten entschuldigen oder rechtfertigen
 - Verhalten kontrollieren wollen (z.B. Verstecke aufspüren)
 - Belastungen abnehmen
 - Tatsachen gegenüber dritten verleugnen oder verschleiern
 Diese Verhaltensweisen sind gut gemeint, verhindern jedoch die notwendige Konfrontation mit den Auswirkungen
 - Konfrontation kann Chance sein sich notwendige Hilfe zu suchen
- ➔ Betroffene Angehörige sollten sich daher selbst Hilfe suchen um mit der enormen Belastung nicht alleine dazustehen.

Drogen- und Medikamentenabhängigkeit

Überblick

- ➔ Verschiedene Suchtstoffe haben unterschiedliche Wirkungen und bringen verschiedene Krankheitsverläufe mit sich.

Definition

Missbrauch

- Vorstufe von Abhängigkeit
- Schädlicher Gebrauch von Substanzen, der zu körperlichen und seelischen Schäden führen kann

Abhängigkeit

- unbezwingbares Verlangen zur fortgesetzten Einnahme einer Substanz
- Bei Abstinenz Entzugerscheinungen
- In der Regel wird die Dosierung langsam gesteigert
- Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Normen
- Unterscheidung zwischen
 - psychischer und
 - körperlicher Abhängigkeit

Allgemeines

Schätzungen

- 150000 Drogenabhängige
- 1,5 Millionen Medikamentenabhängige in Deutschland
- ➔ Drogenabhängige sind in der Regel zwischen 15 und 30 Jahre alt
- ➔ Medikamentenabhängigkeit
 - überwiegend Frauen
 - häufig Schmerz-, Husten-, Schlaf-, Beruhigungsmittel

Opiatabhängigkeit

- Opium, Morphin, Heroin, Codein starke Schmerzmittel (Analgetika)
- werden bei Schmerzbekämpfung von Schwerkranken eingesetzt
 - nur selten entsteht Missbrauch als Folge
- höchstes Suchtpotential

- sehr schnelle Toleranzentwicklung
- Wirkmechanismus
 - schmerzstillend
 - schlaffördernd
 - euphorisierend
 - reaktions- verlangsamend
- vermittelt ein Gefühl von Geborgenheit
- führt zu sozialer Abkapselung

Cannabinoide

- fortgesetzter Cannabiskonsum führt zu psychischer, jedoch nicht zu körperlicher Abhängigkeit
- Einstiegsdroge

Sedativa und Hypnotika

- Beruhigungs- und Schlafmittel
- wichtigste Stoffgruppe sind Barbiturate und Benzodiazepine (Tranquilizer)
- Benzodiazepine : Diazepam (Valium)
- wirken bewusstseinsdämpfend, schlaffördernd und verlangsamen die Körperfunktionen
- regelmäßige Einnahme führt zu
 - körperlicher und
 - psychischer Abhängigkeit
- Toleranzentwicklung führt zu Dosis-Erhöhung
- Polytoxikomanie
 - Kombination mit anderen Substanzen
- gefährlich in der Kombination mit Alkohol
- 1/3 der Todesfälle durch Beteiligung von Barbituraten
 - nicht immer vorsätzlicher Suizid
 - oft tragische Drogenunfälle
- oft ist der Auslöser eine medizinische Ursache
- Versorgung durch Besuch verschiedener Ärzte um höhere Mengen zu erhalten

Kokain

- Als Schnee, Crack und Koks wird Kokain geschnupft, inhaliert oder gespritzt
- zunächst extrem starke euphorisierende Wirkung
- ehemalige Konsumenten berichten sich bei der ersten Einnahme abhängig gefühlt zu haben
- Alle Bevölkerungsschichten
- Häufig im Alter zwischen 18 – 30 Jahren

Sonstige Stimmulanzien

- Anregende Substanzen
- wichtigste Gruppe sind Amphetamine (Speed)
- Methylphenidat und Appetitzügler zählen zu dieser Gruppe
- In der ICD-10 zählt auch Kaffee hier zu

Halluzinogene

- LSD, Meskalin, MDMA (Ecstasy)
- keine körperliche Abhängigkeit

Tabak

- $\frac{3}{4}$ aller Raucher würden gerne aufhören
- 5% schaffen es ohne professionelle Hilfe
- Nikotin wirkt
 - harmonisierend
 - beruhigend
 - auch antriebssteigernd

Flüchtige Lösungsmittel (Schnüffeln)

- Benzin, Klebstoffe, Verdünner, Nagellackentferner, Sprühfarbe
- psychische jedoch keine körperliche Abhängigkeit
- Beginn im Alter zwischen 9 – 12
- Billig und leicht zu bekommen

Ursachen

- Multifaktorielles Geschehen

Drogenabhängigkeit

- häufig ausgelöst durch psychische Labilität im Jugendalters
- schwierige Verhältnisse im Elternhaus
 - rufen eine Instabilität der Persönlichkeit hervor

- Auslösend sind Kontakte zu einer „Szene“ und Einflüsse der „Peer-Group“

- Verbindung zu einem Wertemuster (Gegen-Kultur)
- Aufrechterhaltung der Sucht ist auch von der Substanz abhängig

Medikamentenabhängigkeit

- Meist ausgelöst durch Behandlung von körperlichen oder seelischen Beschwerden
- 1. Schmerzzustände
- 2. Schlafstörungen
- 3. Verdauungsbeschwerden
- ärztliche Verordnung wird durch Selbstmedikation oder „Wunschverschreibung“ abgelöst

Symptome

- Hängen von der Substanz ab
- Verwendung von mehreren Substanzen = Polytoxikomanie

Opioide

Zeichen der Intoxikation und längeren Einnahme:

- Müdigkeit
- kleine Pupillen (Miosis)
- Gewichtsverlust
- Frösteln, Zittern
- Impotenz
- trockene, fahl-graue Haut
- Übelkeit und Erbrechen
- Verstopfung
- Bradykardie (Puls <60)
- Koma
- Wirken betrunken
- weisen Einstichstellen auf
- Wesensveränderungen mit sittlichem Verfall
- Familie wird bestohlen und belogen
- Beschaffungskriminalität und Prostitution
- HIV oder Hepatitis durch unreine Nadeln

Entzugssymptome

- $\frac{1}{2}$ Tag nach letzter Einnahme
- am 2. Tag erreichen sie ihren Höhepunkt
- halten bis zu 10 Tagen
- Unruhe

- laufende Nase
- erweiterte Pupillen
- Bauchkrämpfe
- Muskelschmerzen
- Schlaflosigkeit

Cannabinoide

Kurzfristiger Wirkmechanismus

- Euphorie, Gefühl der Großartigkeit
- entspanntes Grundgefühl, Beruhigung, Sorglosigkeit
- Veränderung der Sinneswahrnehmung
- gerötete Augen
- Mundtrockenheit
- gesteigerter Appetit

Wirkung bei längerer Einnahme

- Lethargie, Teilnahmslosigkeit, Passivität (Amotivationssyndrom⁹)
- Störung der Merkfähigkeit noch Wochen nach dem Absetzen nachweisbar
- Horrortrip (Gefühl der Bedrohung)
- Flashbacks
- eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit, Unfälle
- beeinträchtigte Leistungsfähigkeit
- Schizophreniforme Psychosen

Sedativa oder Hypnotika

bei längerer Einnahme

- Gangunsicherheit
- undeutliche Sprache
- allgemeine Verlangsamung
- Apathie, Gleichgültigkeit
- Euphorie
- aggressives Verhalten
- Stimmungsschwankungen
- Gedächtnislücken

Entzugssymptome

- heftiger als bei Heroin
- kann zu Delir und Tod führen
- kann sich über viele Wochen erstrecken
- Unruhe
- Zittern
- Schlaflosigkeit
- Angst
- Schwäche

- Muskelkrämpfe
- Krampfanfälle des Gehirns
- Halluzinationen
- Ausschleichen, nicht plötzlich absetzen

Kokain

Wirkmechanismus

- euphorisierend
- Gefühl von Leistungsfähigkeit
- Steigerung sexueller Appetenz
- veränderter Blutdruck
- Pupillenerweiterung

bei abklingender Wirkung

- Apathie
- Depression

bei sehr hoher Dosis

- Halluzination
- Reizbarkeit
- Suizidalität
- Stimmungsschwankungen
- Aggressivität

bei längerem Gebrauch

- starke psychische Abhängigkeit
- Aufwendung großer Geldmengen für die Beschaffung
- soziale und berufliche Vernachlässigung der Pflicht
- Verfolgungsideen
- aggressives Verhalten
- Gewichtsverlust
- Angst
- Depression
- Kokainpsychosen mit Delir
- Wahn und Halluzinationen
- Schäden der Nasenscheidewand (durch Schnupfen)
- Herz/Kreislaufkomplikationen
- Impotenz

Symptome bei Entzug

- Ein Teil der Konsumenten hat körperliche Symptome
 - Schlafstörungen
 - gesteigerter Appetit
 - körperliche Unruhe oder Verlangsamung
 - unangenehme Träume

Sonstige Stimulanzen

- Alle zu Kokain gemachten Aussagen können übernommen werden
- Amphetamine können paranoid-halluzinatorische Psychosen hervorbringen

Halluzinogene**Wirkung**

- kann sehr unterschiedlich sein
- sowohl positive als auch extrem negative Gefühls-Erlebnisse
- Wirkung 30 – 90 Minuten nach Einnahme
- Halluzinationen
- Auflösung des Raum-Zeit-Gefühls
- Gefühle (positiv/negativ) werden intensiver wahrgenommen
- Depersonalisation
- intensive Farb- und Geräuschwahrnehmung
- Pupillenerweiterung (Mydriasis)
- beschleunigter Herzschlag (Tachykardie)
- Schwitzen
- Zittern
- „Horrortrip“
 - starke negative Erlebnisse
 - Angst den Verstand zu verlieren
 - Verwirrung
 - Misstrauen
 - Gefühl von Kontrollverlust

Längerfristige Wirkung

- psychische Abhängigkeitserkrankungen
- in einigen Fällen Auslösung von Schizophrenie
- Beeinträchtigung des Gedächtnisses und des abstrakten Denkens
- Flashbacks

Tabak**Bei Entzug**

- depressive Stimmung, schlechte Laune
- Schlaflosigkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Angst
- Unruhe
- gesteigerter Appetit

- Gewichtszunahme

Lösungsmittel**Wirkung**

- setzt sofort ein – hält nur wenige Minuten
- Euphorie
- Entspannung
- Halluzinationen
- Schwindel
- aggressives Verhalten
- undeutliche Sprache
- Zittern
- Sehstörungen
- Übelkeit und Erbrechen
- Koma

Auswirkungen längerem Missbrauchs

- Schulische bzw. berufliche Schwierigkeiten
- Schädigung des Nervensystems
- Leber- und Nierenschäden

Diagnose

- ➔ Fast alle Stoffe können im Blut oder Urin nachgewiesen werden
- ➔ Verhaltensauffälligkeiten
- ➔ kriminelle Auffälligkeiten
- ➔ enge/weite Pupillen

Therapie

- Folgt dem Schema
 - ➔ Motivationsphase
 - ➔ Entgiftung
 - ➔ Entwöhnung
 - ➔ Nachsorge

Opioide

- sollte immer stationär erfolgen
- abfangen der körperlichen und psychischen Entzugssymptome
- ➔ Methadon
 - Ersatzdroge für Langzeit-abhängige
 - vermindert Beschaffungskriminalität
 - Risiko von HIV und Hepatitis-Infektionen wird deutlich verringert
 - Begleitung durch zusätzliche therapeutische Maßnahmen

Tabak

- Keine stationäre Behandlung notwendig
- Hypnotherapie nach Erickson
 - Unterstützung durch Ohr-Akupunktur
- Verhaltenstherapie
- Unterstützung durch Nikotinpflaster mit abnehmender Konzentration

Suizidalität**Definition**

- Suizid ist eine Selbsttötung
- bezeichnet die Neigung sich selbst zu Töten
- erstreckt sich von Gedanken und Phantasien über konkrete Planung bis hin zum vollzogenem Suizid

Häufigkeit

- über 10000 nehmen sich jährlich das Leben
- mehr als Verkehrstote, AIDS-Tote, Drogentote und Opfer von Gewalttaten zusammengekommen
- hohe Dunkelziffer
- Mehr Männer wie Frauen
- 30 – 40 % werden von über 60 jährigen begangen

Formen

- Harter Suizid
 - mehr von Männern
- weicher Suizid
 - eher von Frauen
- Erweiterter Suizid
- Bilanzsuizid (selten)
 - ohne Hintergrund psychischer Erkrankung
- Gemeinsamer Suizid (selten)

Ursachen

- muss immer individuell erklärt werden
- Aussagen wie es zum Suizid kommt :
- Theorien über seelische Prozesse
 - Krankheiten und Lebensumstände

Psychodynamische Theorien**Aggressionsmodell (Freud)**

- Aggressionen die Ursprünglich gegen ein Objekt gerichtet war richtet sich gegen sich selbst
 - Objekt ist häufig ein verlassender (Trennung oder Tod)

Beziehungspartner oder
Familienangehöriger.

Narzissmus-Theorie

- Suizidalität ist Folge eines gestörten Selbstwertes
- Betroffene sind extrem kränkbar
- Krisen in Partnerschaft und Beruf können zu einer regressiven Dekompensation des seelischen Apparates führen
- Suizid als paradoxe Möglichkeit die eigene Allmacht zu erhalten

Krankheiten und Lebenssituationen

- Depressionen
 höchstes Risiko
- Persönlichkeitsstörungen
- Schizophrenie
- Alkoholismus
- Drogenabhängige
- Gewalt- und Missbrauchserfahrungen
- Suizidversuch
- soziale Isolation
- familiäre, berufliche oder Finanzielle Krisen
- Suizid angekündigt
- selbstschädigendes Verhalten

Stadien



nach E. Ringel 

präsuizidales Syndrom

- 1. Phase der zunehmenden Einengung**
 - erleben Situation als ausweglos
 - ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück
- 2. Phase der Aggressionsumkehr**
 - Aggressionen können nicht ausgedrückt werden und richten sich zunehmend gegen die eigene Person
- 3. Suizidphantasie**
 - denkt aktiv über Suizid nach
 - Suizidgedanken drängen sich auf (passiv)

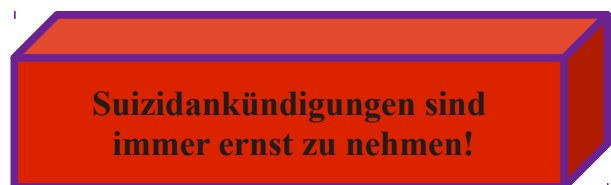
Das präsuizidale Syndrom geht in ein Vorbereitungsstadium der Selbsttötung über. Kurz vor Vollzug des Suizids wirken viele Betroffene **erleichtert** und scheinen auf dem **Wege der Besserung**.

Die phantasierte Erleichterung durch den Tod führt zu einer **„Ruhe vor dem Sturm“**

Die Stadien der suizidalen Entwicklung nach Pöldinger

1. Erwägungsphase
 - Suizid wird als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen
 - Fall wird gedanklich durchgespielt
2. Ambivalenzphase
 - Direkte Suizidankündigung
 - Kontaktsuche
 - Hilferuf als Ventilfunktion
3. Entschlussphase (Suizidhandlungen)
 - „Ruhe vor dem Sturm“ (Distanziertheit, keine Gefühlsregung)
 - Vorbereitungshandlungen

Therapie



- ➔ 75 % der sich selbst Getöteten haben ihren Suizid vorher angekündigt
- ➔ Beim geringsten Verdacht und bei Erkrankungen, die mit gesteigertem Suizidrisiko einhergehen, ist aktiv nach Suizidalität zu fragen und wenn vorhanden ausführlich zu explorieren:

Die Praxis beweist das ein Ansprechen der Suizidalität eine **enorme** und **wichtige** Erleichterung für die Betroffenen darstellt. Eingeleitet werden kann die Exploration etwa mit der Frage:

„Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“

weitergehende Fragen :

„Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen?“

„Wie haben Sie es versucht?“

„Was ist darauf hin passiert?“

„Wenn Sie daran denken, sich das Leben zu nehmen haben Sie schon mal überlegt, wie Sie es tun werden?“

Nach einem Suizidversuch, besteht besonders im ersten Jahr eine erhöhte Gefahr das es zu einem erneuten Versuch kommt.

Leitfaden zur Abschätzung der Suizidalität als Hinweis auf einem anstehenden Suizidversuch nach **Kielholz**:

- Eigene frühere Suizidversuche
- Vorkommen von Suiziden in der Familie oder Umgebung
- Selbstmordgedanken ohne konkreten Plan
- Äußerungen konkreter Vorstellungen über die Durchführbarkeit oder Vorbereitungshandlungen

Patienten mit schweren psychischen (psychotischen Störungen)

- ➔ Grunderkrankung muss effektiv therapiert werden
- ➔ Häufig zunächst stationäre Therapie
- ➔ Unter Umständen Einweisung gegen den Willen (PsychKG)

Psychopharmaka

- Je nach Grunderkrankungen
- Antidepressiva
 - **Zu beachten:**
Steigerung des Antriebs vor der Stimmungsaufhellung
 - stellt eine Gefahr dar da hierdurch die nötige Energie für einen Suizid vorhanden sein kann
- Nur kleine Mogelpackungen ausgeben
- Möglichst Medikamente mit niedriger Toxizität

Psychotherapie

- ➔ Akzeptierende Grundhaltung
- ➔ Möglichst eines Suizid darf nicht verurteilt werden
- ➔ Annahme reduziert Schuldgefühle, stärkt Selbstbewusstsein

➔ Welche Bewussten oder unbewussten Ziele will er erreichen?

- Möglichkeiten andere Wege zum Erreichen erarbeiten

➔ Hilfe bei der Bewältigung von konkreten Lebenssituationen

➔ Raum erhalten tiefe Gefühle wie Wut und Verzweiflung ausdrücken zu können

➔ Wichtige Bezugspersonen einbinden

➔ Vertrag:

- Patienten versprechen sich in einem bestimmten Zeitraum nicht umzubringen
- Patienten fühlen sich meist stark gebunden
- Vereinbarung über Kontakt (Therapeut oder andere Person) wenn der Suiziddruck zu stark wird.

Interventionsstrategien

nach Dorrman

- Krisenintervention
- Rapport bekommen
- Zeit gewinnen
- Verträge und Selbstverpflichtungen
- Konfrontation
- Arbeit mit Gefühlen
- Brücken bauen
- Deutungen und Umdeutungen
- Arbeiten mit Teilen der Persönlichkeit
- Systemische Interventionsmethoden
- Notfallplan
- Stationäre Einweisung

Gefahren im Umgang

mit Suizidgefährdeten nach Kulessa

- Vorschnelle Tröstung
- Ermahnung
- Verallgemeinerung
- Ratschlag
- Belehrung
- Herunterspielen des Problems
- Beurteilen und Kommentieren
- Nachforschen, ausfragen, analysieren
- Vorschnelle Aktivitäten entwickeln

Körperlich begründbare psychische Störungen

Definition Demenz

Als Folge einer Erkrankung des Gehirns kommt es zu einer zunehmenden Beeinträchtigung höherer Hirnfunktionen. Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen nehmen ab. Hinzu kommen soziale Anfälligkeiten, eine mangelnde Kontrolle von Gefühlen und die zunehmend schlechtere Fähigkeit, die Dinge des täglichen Lebens, zum Beispiel Ankleiden, Hygiene, selbständig zu verrichten.

Allgemeines

- Icd-10
 - Kapitel F0

Differentialdiagnose

- Alkohol. Und Drogenmissbrauch

Morbus Alzheimer

- ➔ 60% der Demenzerkrankungen werden auf den Morbus Alzheimer zurückgeführt
- ➔ Schätzung: 1 Millionen Demenz kranke in der BRD

Definition

- Fortschreitende Demenz durch diffuse Hirnatrophie

Synonym

- Demenz von Alzheimer Typ

Allgemeines

- Insbesondere Großhirnrinde
- ½ Älter als 89 Jahre
- 705 Frauen(höhere Lebenserwartung)

Klassifizierung

- Icd 10
 - Demenz bei Alzheimer Krankheit
 - F00
 - Später oder Früher beginn

Ursachen

- Multifaktoriell
- Nicht bekannt
- genetische Komponente
 - Störung der Neurotransmission

Symptomatik

- Demenz

- zunehmende Vergesslichkeit
- Desorientiertheit
- Wortfindungsstörungen
- depressive Symptome
- charakteristische Persönlichkeitszüge werden deutlicher
- Apraxie
- Agnosie

Verlauf

- Beginnt meist schleichend mit Störung des Gedächtnis
- Tendenz über Jahre in schwere Zuzunehmen
- fortgeschrittenes Stadium
 - Betroffene können sich kaum noch an Dinge , Personen und Verrichtungen erinnern
 - benötigen ständige Pflege

Diagnostik

- Ausschlussdiagnose
- Untersuchungen
 - des Orientierungsvermögen
 - der Merkfähigkeit
 - der Konzentrationsfähigkeit
 - des Sprachvermögens und Verständnisses

Differentialdiagnose

- Depressionen
- andere Hirnorganische Störungen

Therapie

- nicht Heilbar
- Nootropika
 - können Verlauf verlangsamen
- Cholinerge Pharmaka
 - beheben den Mangel an Acetylcholin
 - beträchtliche Nebenwirkungen
- Neuroleptika
 - psychomotorische Unruhe
- Vorhandene geistige Fähigkeiten fördern und erhalten
- Angehörige betreuen und begleiten

Vaskuläre Demenz

- ➔ Zweit größte Gruppe der Demenzen
- ➔ Meist auf Grundlage einer Arteriosklerose
- ➔ Unterversorgung von Bereichen des Gehirns

- mit der Folge einer Demenz

Definition

Klinisches Syndrom mit erworbenen Beeinträchtigung der intellektuellen Funktion, die durch Schädigung des Gehirns auf dem Boden von zerebrovaskulären Erkrankungen ausgelöst wurde

Allgemein

- 1/5 der Altersdemenzen durch Veränderung der Gehirndurchblutung
- Multi-infarkt-demenz
 - viele kleine Infarkte führen zu einer Demenz
- selten ist die Schädigung durch Blutungen (Hämorrhagien)

Klassifikation

ICD-10 F01

Ursachen

- Arteriosklerose
- Infarkte im Gehirndurchblutung
- Schwere Hypertonie
- Subcortikale arteriosklerotische Gehirnerkrankung
- Diabetes melitus
- Alter

Symptomatik

- Hängt von der Größe der Schädigung und Lokalisation ab
- akut oder schleichend
- TIA in der Anamnese
 - Transitorische-Ischämische Attacke
 - kurze Bewusstseinsstörungen, Lähmungen, Sehstörungen
 - bilden sich schnell zurück
- Gedächtnisstörungen
- intellektuelle Beeinträchtigungen
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Schwindel
- phasenweise depressive Stimmung möglich
- sozialer Rückzug
- erhöhte Reizbarkeit
- Verlangsamung
- Hervortreten typischer Charakterzüge
- Später evtl. Verwirrheitszustände,

Desorientiertheit

- Harninkontinenz
- Gangstörungen

Verlauf

- Plötzlicher Beginn
- verschlechtert sich in Schüben
- Verläufe können sich sehr unterscheiden

Diagnostik

- CCT
- MRT
- Demenzdiagnostik

Differentialdiagnose

- M. Alzheimer
 - häufig mit Sprachstörungen
 - keine frühen neurologischen Symptome
 - kontinuierlicher Verlauf (keine Schübe)

Therapie

- Verbesserung der Durchblutungs- und Stoffwechselbedingungen
- Unter Umständen Operation
- Gerinnungshemmer
- Nootropika
- evtl. Tranquilizer, Neuroleptika, Antidepressiva
- Raucherentwöhnung
- Bewegung und Beschäftigung
- Einbeziehung der Familie

M.Pick

Definition

Präsenile Hirnerkrankung, die bevorzugt das Frontal- und Temporalhirn betrifft. Sie beginnt mit Persönlichkeitsveränderungen und Veränderungen des Sozial- und emotionalen Verhalten. Im weiteren Verlauf kommt es zu fortschreitenden demenziellen Abbauprozessen.

Ursachen

- Erbkrankheit

Symptome

- Persönlichkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen

- Intellektueller Abbauprozess
- Störung der Orientierung

Chorea Huntington

Definition

Vererbte Erkrankung des Gehirns, welche zu Störungen der Psychomotorik und Demenz führt

Symptome

- Ständige Bewegungsunruhe
- Demenz
- Suizidalität

Morbus Creutzfeld-Jakob

Definition

Spongiöse Enzephalomyelopathie mit extrapyramidalen, pyramidalen- und zerebralen Symptomen und Demenz

Symptome

- Rasch fortschreitende Demenz
- Ataxie
- Myoklonien
- Krampfanfälle
- Koma

Morbus Wilson

Definition

Kupferstoffwechselstörung mit Auswirkung auf das ZNS und die Leber

SHT

Definition

Durch Gewalteinwirkung am Kopf verursachte Hirnfunktionsstörung mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns und seiner Hülle

Comotio Cerebri – Gehirnerschütterung
Contusio Cerebri – Gehirnquetschung oder – prellung

Demenz bei HIV

Definition

Ausgelöst durch eine Infektion mit dem Retrovirus HIV kommt es zu einer direkten Schädigung des ZNS mit unterschiedlichen Auswirkungen. Unter anderem kann sich eine Demenz herausbilden

Neurolues

Definition

Spätform der Infektionskrankheit Lues mit befall

des Gehirns und Demenz

Epilepsie

Definition

Funktionsstörung des Gehirns mit anfallsartigen Störungen der Sensorik, der Motorik, des Befindens und des Verhalten

Normaldruckhydrocephalus

Definition

Durch eine Zunahme der Flüssigkeitsmenge im Gehirn, entwickelt sich eine typische Trias

1. Gangstörungen
2. Demenz
3. Urininkontinenz

Morbus Parkinson

- Häufige neurologische Erkrankung

Definition

Häufige neurologische Erkrankung des höheren Lebensalters mit Degeneration der Substantia nigra im Mittelhirn. Als Leitsymptome werden Hypokinese, Rigor und Tremor angesehen.

Klassifikation

ICD 10 → F02.3

Symptome

- Parkinson-Trias
 - Hypokinese (Bewegungsarmut, verlangsamte Bewegung)
 - Rigor (Muskelsteife)
 - Tremor (Zittern)
- weiter können bestehen
 - Masken-/Salbengesicht
 - leise, monotone Sprache
 - Gebückte Haltung
 - schlurfender, kleinschrittiger Gang
 - Nicht-Stoppem-Können von Bewegungen
 - Rigor, Zahnradbewegungen
 - Stimmungslabilität und Affektenthemmung
 - depressive Stimmung
 - Ausdruckslos
- als Spätsymptom
 - Demenz

Multiple Sklerose

Definition

Häufige neurologische Erkrankung mit

herdförmigen Veränderungen in Gehirn und Rückenmark. In der Folge können vielfältige neurologische Ausfallerscheinungen auftreten.

Symptome

- Frühsymptome
 - Sehstörungen
 - Konzentrationsstörungen
- Im weiteren Verlauf
 - Spastische Lähmungen
 - Gangunsicherheiten
 - Darm- und Blasenentleerungsstörungen
 - Parästhesien in verschiedenen Hautgebieten
- Charcot-Trias
 - Skandierende Sprache
 - Intentionstremor
 - Nystagmus
- Psychische Veränderungen
 - affektive Störungen
 - paranoide Syndrome
 - Demenz

Verlauf

- Schübe
- chronisch progredient

Delir

- Kann aufgrund sehr unterschiedlicher Ursachen entstehen
 - körperliche Erkrankungen und Medikamente
 - Ist die Ursache Alkohol oder Drogen erfolgt eine Kodierung an anderer Stelle im ICD-10
 - stark verwirrt, desorientiert, nicht in der Lage die Realität zu überprüfen

Definition

Reversible Psychose vom akuten, exogenen Typ mit Bewusstseins-, Orientierungs-, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, sowie motorische Unruhe

Klassifikation

- ICD-10 → F05
 - mit/ohne Demenz
- Krankheitsverlauf von unter 6 Monaten
- Delir mit Sucht wird im Kapitel F1 kodiert

Ursachen

- Medikamente
- Zustand nach größeren Operationen
- Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma
- Nieren Erkrankung
- Leber Erkrankungen
- Herz-/ Kreislauferkrankungen
- Tumor Erkrankungen
- Hypoglykämie
- Infektionen
 - Meningitis
 - Enzephalitis
 - Pneumonie
- Fieber
- Entgleisung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes
- psychosozialer Stress
- Neurotransmitter Ungleichgewicht
- häufig mehrere Ursachen gleichzeitig (Durchschnittl. 3)
- Risikofaktor
 - Alter > 60
 - kognitive Beeinträchtigungen
 - früherer Alkoholmissbrauch
 - männliches Geschlecht
 - Angst vor operativen Eingriffen

Symptome

- Plötzlicher Beginn
- die Erscheinungen können im Tagesverlauf stark schwanken
- Bewusstseinsstörungen
 - Bewusstseinsbeeinträchtigung
 - Große Schläfrigkeit (Somnolenz)
 - Sopor (tiefer Schlaf)
 - Koma
- Störung der Aufmerksamkeit
 - Aufmerksamkeit ausrichten und aufrecht erhalten
- Orientierungsstörungen
 - Zeit
 - in schweren Fällen auch Person und Ort
- Denkstörungen
 - inkohärentes Denken
 - Wahnideen
- Wahrnehmungsstörungen
 - Halluzinationen → meist optisch

- Gestörtes Kurzzeitgedächtnis
- Psychomotorische Störungen
- Vegetative Störungen
- Sprachstörungen
- Veränderte Affekte
- Angst, Furcht
- evtl. Depressionen
- Verschlechterung Nachts
- Alpträume

Verlauf

- Reversibel bei Behandlung der Grunderkrankung
- meistens bildet sich ein Delir nach spätestens 4 Wochen zurück
- manchmal bleibt ein Delir auch einige Monate bestehen

Diagnose

- Diagnose der Grunderkrankung
- EEG- Veränderung
- Symptomatik unter Einbeziehung der akuten Situation
 - Krankheiten
 - Hospitalisierung
 - Medikamente

Differentialdiagnose

- Demenz
 - beginnt schleichend → Delir plötzlich
 - schreitet fort → Delir stark schwankende Symptome im Tagesverlauf, auch Phasen von relativer Klarheit
- Schizophrenie
 - Junge Patienten → Delir eher ältere

Therapie

- Ein Delir ist ein Notfall!
- Behandlung der Grunderkrankungen
- Überprüfung der Medikation
- Flüssigkeitszufuhr
- Neuroleptika (Haldol)
- Sedativa
 - Ängstlicher oder unruhiger Patient
- beruhigende Umgebung



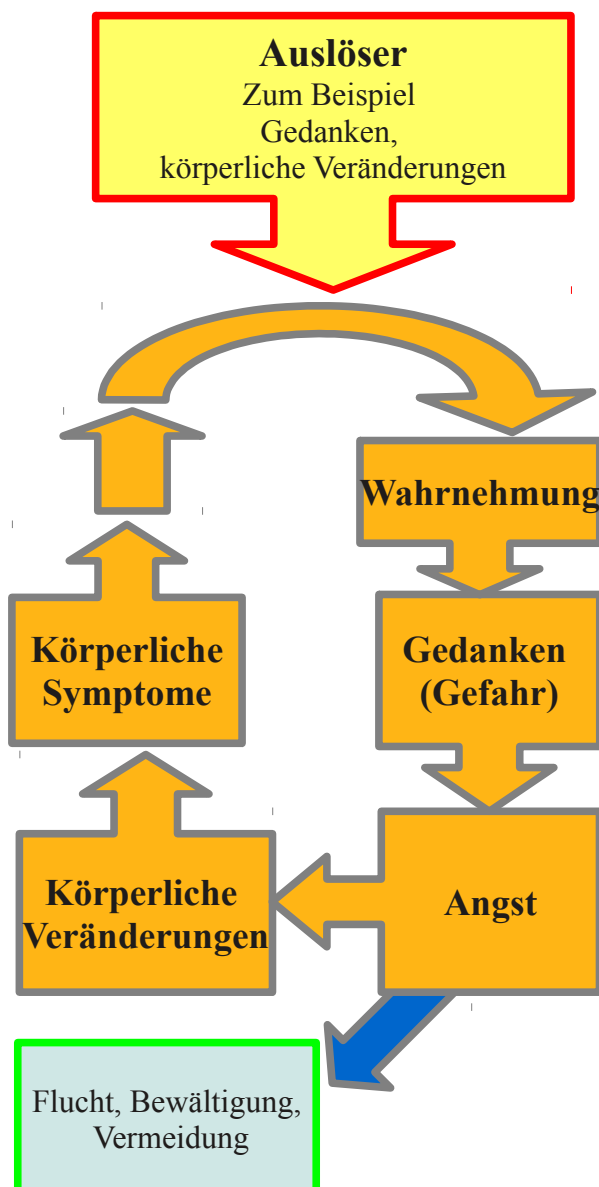
Angststörungen

- Angst hat immer 3 Anteile

Körper	Denken Fühlen	Verhalten
z.B. Herz-rasen, Schwitzen	z.B. Es wird etwas Schlimmes geschehen, Ich muss hier raus, ich bin verzweifelt	z.B. vermeiden flüchten

Teufelskreis der Angst

Der Angstkreis



F40.0 = Agoraphobie

(Agora = Marktplatz)

- Ursprünglich nur auf die Angst vor offenen Plätzen bezogen
- Heute zusätzlich:
 - Menschenmengen
 - Fehlen eines sicheren Fluchtwegs

Diagnosekriterien

Es müssen alle Kriterien erfüllt sein :

- psychische und vegative Symptome müssen primäre Manifestation der Angst sein
- Angst muss in mindestens 2 Situationen auftreten
 - in Menschenmengen
 - auf öffentlichen Plätzen
 - bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause
 - Bei Reisen allein
 - Vermeidung der Phobischen Situation

Komorbidität

- Depression

Differentialdiagnose

- Geringes Angsterleben aufgrund von gelungenem Vermeidungsverhalten
- wenn vor dem ersten Auftreten der Phobischen Symptome eine depressive Episode lag kann das die Hauptdiagnose der Wahl sein.

F40.1 = Soziale Phobien

Klinisches Bild

- Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen
 - **NICHT** in Menschenmengen
- Vermeidung sozialer Situationen außerhalb der Familie
 - können unbestimmt sein
 - Konkret abzugrenzen
 - Essen in der Öffentlichkeit
 - Sprechen in der Öffentlichkeit
 - Treffen mit Personen des anderen Geschlechts
- häufig
 - niedriges Selbstwertgefühl
 - Furcht vor Kritik

Diagnosekriterien

Für die eindeutige Diagnose müssen alle Kriterien erfüllt sein

- psychische Verhaltens- und vegetative Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein
- die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen
- wenn möglich Vermeidung der phobischen Situationen

Differentialdiagnose

- Agoraphobie
- Depression

Auftreten

- Männer : Frauen
1 : 1

F40.2 = spezifische (isolierte) Phobien

= eine offensichtlich unberechtigte Furcht vor einer ganz spezifischen Situation

Diagnosekriterien

Müssen alle erfüllt sein

- psychische Verhaltens und vegetative Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein
- Begrenzung der Angst auf eine bestimmte Situation
- Vermeidung der Phobischen Situation wenn irgend möglich

Differentialdiagnose

- Vor allem bei Krankheitsängsten
 - Hypochondrische Störung
 - wahnhafte Störung

F41.0 = Panikstörung**Diagnosekriterien**

- Fehlen einer der unter F40 genannten Phobien
- Mehrere, schwere vegetative Angstanfälle in einem Monat
 - in Situationen ohne objektive Gefahr
 - weitgehend angst-freie Zeiträume zwischen den Attacken
 - es darf eine Erwartungsangst bestehen
 - Kein Objekt
 - Es kann zu

- Depersonalisation oder
- Derealisation kommen

Differentialdiagnose

- Phobien
- depressive Störungen

F41.1 = Generalisierte Angststörung**Diagnosekriterien**

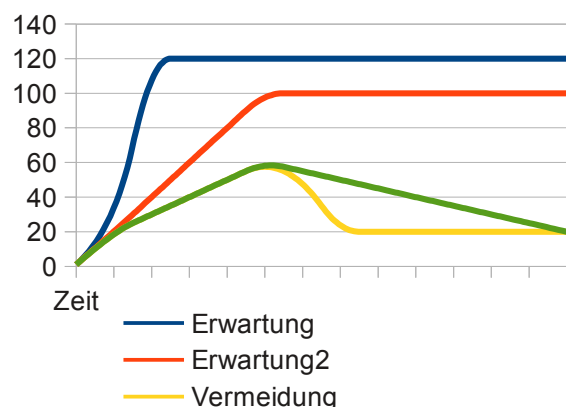
- Primäre Angstsymptome müssen an den meisten Tagen vorhanden sein
 - über mehrere Wochen, in der Regel sogar über mehrere Monate
- Häufige Einzelsymptome dabei
 - Befürchtungen/Sorgen ← MUß!
 - Motorische Spannungen
 - vegetative Übererregbarkeit

Differentialdiagnose

- Depressive Störungen
- Phobische Störungen
- Panikstörungen
- Zwangsstörung

Therapie

- In der Regel ist Verhaltenstherapie indiziert



- Wichtig zu kennen/vermitteln
- Bei Erwachsenen möglich :
 - Flooding = Überfluten
 - direkte Konfrontation und Exposition mit stärkstem Reiz

Auf keinen Fall bei Kindern und jungen Jugendlichen anwenden

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch bei Erwachsenen nur noch selten in Anwendung, nur nach differenzierter Vorbesprechung und Vorbereitung | F41.1 | generalisierte Angststörung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Systematische Desensibilisierung <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstellung einer Angsthierarchie und -Skala ○ Schrittweise Annäherung, Beginn in der Regel mit mittlerer Angststärke <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuerst in sensu Konfrontation ▪ später in vivo Konfrontation • Angstbewältigung <ul style="list-style-type: none"> ○ Entspannungsübungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ PMR nach Jacobsen ▪ Fantasiereisen für Kinder sehr geeignet ▪ Imaginationsübungen , z.B. sicherer Ort ○ Realitätsprüfung und Wahrscheinlichkeitsbestimmung ○ Katastrophisieren ○ Etablierung von Stopp- und Gegen-Gedanken <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit Kindern: <ul style="list-style-type: none"> • Angst-Killergedanken ▪ Aktion (Situation) -Bewertung (Gedanken und Gefühle)
-Contingenz (Folge) -Modell | F41.2

F41.3
F41.8

F41.9 | Angst und depressive Störung
gemischt
sonstige gemischte Angststörung
sonstige näher bezeichnete
Angststörung
nicht näher bezeichnete
Angststörung |

Phobische Störungen und Angststörungen

F4	Neurotische Belastungs- und Somatoforme Störungen
F4X	Gruppe
F4X.X	Typen
F4X.XX	Unterteilung
<u>Gruppen</u>	
F40	Phobische Störungen
F41	sonstige Angststörungen
<u>Typen</u>	
F40.0	Agoraphobie
F40.00	- ohne Panikstörung
F40.01	- mit Panikstörung = F40.0 + F41.0
F40.1	soziale Phobie
F40.2	spezifische (isolierte) Phobie
F40.9	nicht näher bezeichnete Phobische Störung
F41.0	Panikstörung

Zwangsstörungen

Zwänge

Zwangsgedanken

= Ideen, Vorstellungen oder Impulse

- beschäftigen die Betroffenen stereotyp immer wieder
- sind fast immer quälend

Zwangshandlungen

Zwangsrituale

= Stereotypen, die ständig wiederholt werden

- werden als ich-synton (zur Person gehörend) empfunden
 - dabei gleichzeitig als unsinnig und bedrohlich erlebt
 - weshalb sie gegen mindestens eine Handlung Widerstand leisten
 - Muß nicht gelingen!
- Pathologisch, wenn das gesamte Denken Handeln und soziale Verhalten, beeinträchtigt wird

F42 = Zwangsstörungen

- Mindestens 2 Wochen lang
 - Zwangsgedanken oder
 - Zwangshandlungen
 - Müssen quälend sein oder die normale Aktivität stören

Diagnose

erforderliche Merkmale der Zwangssymptome

- für den Patienten als eigene Gedanken oder Impulse erkennbar
- gegen mindestens einen Gedanken oder Impuls muss Widerstand geleistet werden
 - muss nicht erfolgreich sein
- der Gedanke oder die Handlungsausführung darf nicht angenehm sein
- die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen müssen sich in unangenehmer Weise wiederholen

Differentialdiagnose

- Depression
 - entweder was zuerst war oder
 - Depression bekommt Vorrang

- Panikattacken oder leichte Phobische Symptome sprechen **nicht** gegen diese Diagnose

Epidemiologie

- Gesamtprävalenz = 1 – 3%
- Frauen häufiger (nicht definitiv belegt)
- Ausbruch
 - bei 30 – 50 % bereits in der Kindheit
 - bei 66,5 vor dem 25. Lebensjahr
 - 66,5 der später Erkrankten hatten in einer Studie bereits vor dem 15. Lebensjahr Zwangssymptome
- Jungen und Männer erkranken in der Regel früher als Frauen
- Eheschließung und Kinder sind bei Zwangssymptomen seltener
- Es besteht kein nachweisbarer Zusammenhang zwischen einer Zwangsstörung und einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur

Verteilung der Zwänge

1. Kontrollzwänge
2. Wasch- und Kontrollzwänge kombiniert
3. Waschwänge
4. ausschließlich Zwangsgedanken

Ursachen

- Streptokokken Infektion
- Genetische Disposition (nicht geklärt)
- Neurostoffwechsel
- In der Psychoanalyse
 - Anale Phase
 - Sauberkeitserziehung

Klassifikation

Zwangsstörungen

F4 Neurotische Belastungs- und Somatoforme Störungen

F42 Zwangsstörungen

F42.X Typen

Typen

F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang

F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)

F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt

F42.8 sonstige Zwangsstörungen

F42.9 nicht näher bezeichnete
Zwangsstörungen

Schlafstörungen

Das Geschäft mit dem Schlaf

- 20 % der Patienten beim Allgemeinarzt klagen über Schlaflosigkeit und leiden darunter am Tag
- 694 Millionen € Krankheitskosten wurden 08 in Deutschland verursacht
- 131 Millionen Tagesdosen Schlafmittel wurden 09 verordnet, davon 4 Millionen pflanzliche
- 325 anerkannte Schlaflabore gibt es in Deutschland
- 620 Ärzte heben bei Fachgesellschaften die Zusatzqualifikation „Somnologie“ erworben 1,345 Milliarden € geben Deutsche 2010 vorraussichtlich für Matratzen aus, schätzt Marktmedia24

F51.0 = nichtorganische Insomnie

Diagnosekriterien

- Klagen über Ein- und Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität
- die Symptome müssen mindestens einen Monat auftreten
- überwiegendes Beschäftigt sein mit der Schlafstörung + Nachts und Tags übertriebene Sorge bezüglich der negativen Konsequenzen
- es entsteht entweder deutlicher Leidungsdruck oder eine störende Wirkung auf die Alltagsaktivitäten

Differentialdiagnose

- Affektive Störungen
- neurotische Störungen
- organische Störungen
- schizophrene Störungen
- Essstörungen
- andere Schlafstörungen wie z.B. Alpträume

F51.1 = Nichtorganische Hypersomnie

Diagnosekriterien

- Entweder

- übermäßige Schlafneigung oder Schlafanfälle während des Tages oder
- Schlaftrunkenheit (=verlängerter Übergang zum vollem Wachzustand)
- entweder
 - täglich länger als 1 Monat
 - oder
 - wiederkehrende kürzere Episoden
 - verursacht deutlich Erschöpfung oder Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten
- keine Symptome einer Narkolepsie oder Hinweise auf Schlafapnoe
- keine neurologische oder internistischen Ursachen und Hintergründe

Differentialdiagnose

- Narkolepsie
- organische Hypersomnien
- Schlafapnoe

F51.2 = Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

Diagnosekriterien

- Individueller Schlaf-Wach-Rhythmus ist nicht synchron mit dem gesellschaftlich /kulturell üblichen
- Folgen
 - Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperioden und Hypersomnie während der Wachperioden
 - entweder: fast täglich über mindestens 1 Monat oder wiederkehrend für kürzere Zeiträume
 - Folge
 - deutliche Erschöpfung und Behinderung der Alltagsaktivitäten

F51.3 = Schlafwandeln

- Somnambulismus

Diagnosekriterien

- Ein oder mehrmaliges Verlassen des Bettes
 - in der Regel während des 1. Drittel

des Nachtschlafes

- in der Episode in der Regel leerer starrer Gesichtsausdruck
- geringe Reaktion auf Berührung
- schwer erweckbar
- keine Erinnerung nach dem Erwachen
- bei Aufwachen in der Episode kurzzeitige Verwirrung und Desorientierung
 - innerhalb weniger Monate keine Beeinträchtigung der psychischen Aktivitäten oder des Verhaltens
- keine Hinweise auf organisch bedingte psychische Störung

Differentialdiagnose

- Epilepsie
- dissoziative Störung

F51.4 0 Pavor Nocturnus

Diagnosekriterien

- Ein- oder mehrmaliges Erwachen aus dem Schlaf mit Panikschrei und heftiger Angst, Körperbewegung und vegetativer Übererregbarkeit
- Episoden dauer 1- 10 Minuten
- in der Regel im 1 Drittel des Nachtschlafes
- relative Unzugänglichkeit gefolgt von Desorientierung und wiederkehrender Bewegungen
- entweder
 - fehlt Erinnerung völlig
 - oder
 - auf 1-2 fragmentarische Vorstellungen begrenzt

Differentialdiagnose

- Alpträume
- Epilepsie

F51.5 = Alpträume

(Angstträume)

Diagnosekriterien

- Aufwachen aus dem Nachtschlaf oder nach kurzem Schlaf mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an heftige Angstträume
- Aufwachen primär Zeitunabhängig
 - typischerweise 2. Hälfte des

Nachtschlafes

- rasche Orientierung und volle Wachheit nach dem Aufwachen
- Traum erleben verursacht deutlichen Leidensdruck

Differentialdiagnose

- Pavor nocturnus

Klassifikation

F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F51	nicht organische Schlafstörungen
F51.X	Typ
<u>Typen</u>	
F51.0	Insomnien
F51.1	Hypersomnie
F51.2	Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3	Schlafwandeln (Somnambulismus)
F51.4	Pavor nocturnus
F51.5	Alpträume
F51.8	sonstige nicht organische Schlafstörungen
F51.9	nicht näher bezeichnete, nicht organische Schlafstörungen

Esstörungen

F50.0 0 Anorexia Nervosa

Diagnosekriterien

- Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten bzw. Quelets- Index 0 BMI < 17,5
 - ➔ in der Vorpubertät kann alternativ ein üblicher Wachstumsschub ausbleiben
- der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - ➔ Vermeidung hochkalorischer Speisen
 - ➔ + mindestens 1 der Folgenden
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induzierte Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
- Körperschema-Störung
- endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse
 - ➔ Frauen → Amenorrhoe
 - ➔ Männer → Libido- und Potenzverlust
- bei Erkrankungsbeginn in der Pubertät
 - ➔ pubertäre Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt

Differentialdiagnose

- Depressionen
- Zwang
- Persönlichkeitsstörung
- somatische Ursachen

Body Mass Index

Quelets-Index = BMI

$W/H^2 = \text{BMI}$

W= Körpergewicht in Kilogramm

H=Körpergröße in Metern

- ➔ Darf erst ab dem 16. Lebensjahr angewandt werden

Orientierung

- ➔ Norm 20 – 30
- ➔ Sportler/innen 18 – 20
- ➔ starkes Übergewicht ab 27

Alterabhängiges Normalgewicht

Das „Normalgewicht“ steigt mit zunehmenden Alter

Alter	BMI - Normalgewicht
19 - 24	19 - 24
25 - 34	20 - 25
35 - 44	21 - 26
45 - 54	22 - 27
55 - 64	23 - 28
Über 64	24 - 29

Familiärer Hintergrund

bei Anorektischen Menschen

- ➔ auffälliger Umgang mit Nahrung und Gewicht
- ➔ Bindungs – und Beziehungsstörungen
- ➔ hohe Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen
- ➔ Leistungs Betonung
- ➔ überprotektives Erziehungsverhalten
- ➔ restriktive Atmosphäre
- ➔ häufig dominante Mutter neben passivem Vater
- ➔ Ehe- und Beziehungsprobleme der Eltern

Risikofaktoren

an Anorexia Nervosa zu erkranken

- ➔ Individuell
 - Störungen der Selbst- und Körperwahrnehmung
 - Persönlichkeitsfaktoren (angepasst, perfektionistisch, abhängig)
 - Adipositas
- ➔ familiär
 - Essstörungen in der Familienanamnese
 - Alkoholismus oder affektive Störungen in der Familienanamnese
 - familiäre Beeinträchtigung der Autonomieentwicklung

- kulturell
 - schlankes Körperideal
 - Zugehörigkeit zu einer High-Risk Peergroup

Aufnahmekriterien für stationäre Behandlung

(nach Ramschiedt und Herpertz-Dahlmann)

- mehr als 25 % Gewichtsverlust
- somatische Komplikationen
- Depressionen
- Suizidgefährdung
- statische pathologische Familieninteraktion
- soziale Isolation
- stark eingeschränkte körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit

Phasen der Stationären Behandlung

Phase 1

- somatische Kontrolle und Vertrauensbildung (evtl. nasale Sondierung, Bettruhe, Ausschluss der Familie = Besuchsverbot)
- therapeutische Kontaktaufnahme

Phase 2

- Gewichtszunahme
- Essensplan (evtl. Wunschkost)
- „Ess-Schwester“
- Intensive Einzelpsychotherapie
- Einbeziehung der Station und Familie
- Einbeziehung der Mitpatienten /innen

Phase 3

- Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme
- intensive Einzelpsychotherapie
- Familientherapie
- eventuell Gruppentherapie

Phase 4

- Schwerpunkt Familie und soziales Umfeld
- Familientherapie
- Einbeziehung aller Lebens- und Freundesbereiche
- Vorbereitung auf Entlassung

Phasen 1 - 4 benötigen in der Regel ca. 3 – 6 Monate !

Phase 5

- ambulante Nachbetreuung
- Familientherapie

- evtl. Einzel- oder Gruppentherapie
- evtl. Selbsthilfegruppe

Phase 5 läuft mindestens 2 Jahre.

Komplikationen

- Reversible Hirnatrophie
- Verdauungsstörungen
- Ekg- Veränderungen
 - Kammerflimmern
 - Perikarderguss
- irreversible Nierenschäden
- Pankreatitis
- Osteoporose als langzeitkomplikation
- Elektrolytentgleisung → Kalium!
- Mortalität ca. 8 – 10 %

F50.2 = Bulimia Nervosa

Diagnosekriterien

- Andauernde Beschäftigung mit Essen
- Unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- Essattacken → dabei große Mengen konsumierend
- Verhinderung des dickmachenden Effekts von Nahrung durch:
 - selbstinduziertes Erbrechen
 - Missbrauch von Abführmitteln
 - zeitweilige Hungerperioden
 - Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
 - bei Diabetikerinnen kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen
- Furcht dick zu werden
- selbst gesetzte scharfe Gewichtsgrenze → deutlich zu niedrig

Differentialdiagnose

- Störung des oberen Gastrointestinaltraktes
- Persönlichkeitsstörung
- Depressive Störung

Symptomatik

Körperliche Symptome/Zeichen

- Blutbildveränderungen
- Parotitishypertrophie

(Zahnfleischwucherungen)

- Zahnschmelzreduktion/Karies
- Diarrhoe in Wechsel mit Obstipation
- Tonnelschlegelfinger

Psychische Symptome/Zeichen

- Depressive Verstimmung
- Verheimlichung
- fehlendes/mangelndes Körpergefühl
- suchtartiger Charakter
- Koindenz mit
 - dissoziative Störungen
 - Borderline-Persönlichkeitsstörung
 - Alkoholismus

Komplikationen

- Zahnschmelzerosion
- Sialadenose = Veränderung der Speicheldrüse
- Ösophagitis
- Ösophagusruptur
- Fremdkörper in Ösophagus/Magen
- Elektrolytentgleisung
- Nephropathien (Veränderungen der Nieren)

Aufnahmekriterien zur Stationären Behandlung

- Chronifizierender Verlauf
- somatische Komplikationen
- Depression
- Gefährdung
- soziale Isolation
- Drogenabusus
- Delinquenz (Nahrungsmitteldiebstähle)
- statistisch pathologische Familieninteraktion
- Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuchs

Schwerpunkte einer Ambulanten/Stationären Behandlung

Phase 1

- Diagnostik und Vertrauensbildung
- Essstagebuch
- Erarbeitung einer Verhaltens- und Gewichtsplanung
- therapeutische Kontaktaufnahme

Phase 2

- Verhaltensstabilisierung
- Erarbeitung problematischer Bereiche des Plans
- intensive Einzelpsychotherapie
- ambulant unter Umständen hochfrequent (3 – 4 mal die Woche)
- Einbeziehung der Station und der Familie
- unter Umständen anti-depressive Therapie

Phase 3

- Schwerpunkt Familie und soziales Umfeld
- Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme
- unter Umständen Familientherapie
- schrittweise Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Phase 4

- ambulante Nachbetreuung
- unter Umständen Überführung der Einzeltherapie in Gruppentherapie
- unter Umständen Selbsthilfegruppe

Prognostische Faktoren

Günstig

- Hoher Sozialstatus
- früher Beginn
- hysterische Persönlichkeitsfaktoren
- konfliktarmes Beziehungsniveau
- kurzer Krankheitsverlauf

ungünstig

- Soziale Isolation
- begleitender Drogenabusus
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- große Gewichtsschwankungen
- Anorexie in der Vorgeschichte

Klassifikation

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F50 Essstörungen

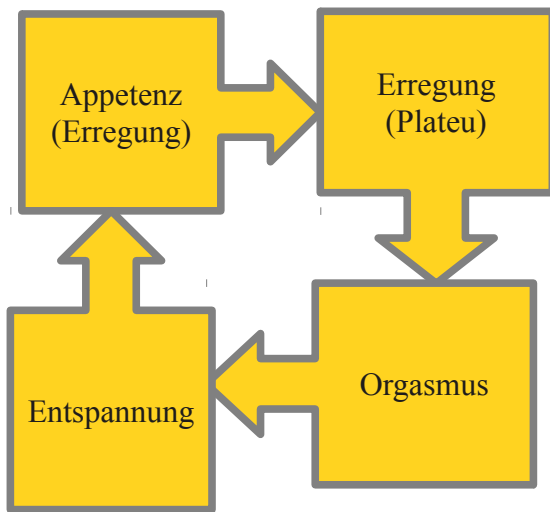
F50.X Typ

F50.XX nähere Kennzeichnung

F50.0	Anorexia nervosa
F50.00	Anorexia nervosa <u>ohne</u> aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme
F50.01	Anorexia nervosa <u>mit</u> aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme
F50.1	atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	atypische Bulimia nervosa
F50.4	Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen
F50.5	Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen
F50.8	sonstige Essstörungen
F50.9	nicht näher bezeichnete Essstörungen

Sexuelle Störungen

Sexueller Reaktionszyklus

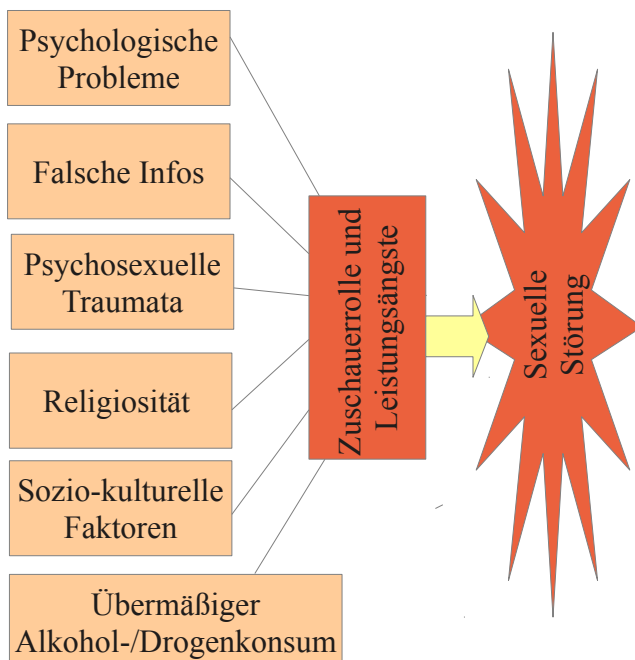


Lebensgeschichtliche und gegenwärtige Ursachen

der sexuellen Probleme beim Menschen

Lebensgeschichtlich

gegenwärtig



F52.0 0 Mangel oder Verlust von Sexuellem Verlangen

(= Störung der Sexuellen Appetenz)

Grundproblem

- Verlust des sexuellen Verlangens
 - zum Teil nie Bedürfnis nach Sex gehabt
 - zum Teil nach längerer Beziehung oder in Folge schweriger Sexualität
- sexuelle Befriedigung ist möglich
 - aber seltene Initiative zu sexueller Aktivität

Differentialdiagnose

- Organische Ursachen
 - Störung des Hormonhaushaltes
- Depression
- psychische Konflikte

Behandlung

- Am wirksamsten in der Kombination
 - Kognitive Therapie
 - Verhaltenstherapie
 - Paartherapie

F52.1x

= Sexuelle Aversion und Mangelnde Sexuelle Befriedigung

F52.10 = sexuelle Aversion

Grundsymptome

- Abneigung gegenüber jeder sexuellen Aktivität mit einem anderen Menschen
 - Furcht und Vermeidung von Sex

Ursachen

- Häufig sexuelles Trauma
- Furcht vor Intimität
- intrapsychische Konflikte

Behandlung

- Sexualtherapie
 - Abbauen von Ängsten und Vermeidungsverhalten
 - häufig zu erst in sensu sexuelle Situationen erleben
 - später in der eigenen Wohnung mit dem/der Partner(in)

F52.11 = mangelnde sexuelle Befriedigung

Grundsymptome

- Sexuelle Reaktionen verlaufen normal
 - Orgasmus ohne Lustgefühle
- Frauen > Männer

F52.2 Versagen genitaler Reaktionen



- Mangel oder Ausfall vaginaler Lubrikation



- Erektionsstörung

Ursachen

- Psychogen
- lokale Infektionen
- körperliche Erkrankung wie Diabetes
- Frauen : Östrogenmangel

Behandlung

- Verhaltenstherapie zur Angstreduktion
 - Sensibilisierungsübungen
- Paartherapie
- Männer evtl. Penisprothese

F52.3 = Orgasmusstörungen

Symptome

- Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert auf
- Frauen > Männer
 - weibliche Orgasmushemmung
 - Anorgasmie

Unterteilung

- Primär
 - noch nie einen Orgasmus
- sekundär
 - früher ja – jetzt nein
- situationsbedingt
 - Probleme nur mit einem bestimmten Partner oder einer bestimmten Form der Stimulierung

Behandlung

- Primär
 - eigene Genitalien erforschen und stimulieren
- sekundär und situationsbedingt
 - Paartherapie

F52.4 0 Ejaculatio Praecox

Symptome

- Ejakulation nach minimaler sexueller Stimulation
- Geschlechtsverkehr ist für beide nicht befriedigend
- zum Teil Ejakulation vor eigentlichem Verkehr

Ursachen

- Selten organisch
 - möglich . Als psychische Reaktion auf organische Ursache wie Schmerz
- längere Periode sexueller Abstinenz
- in der Folge Angst vor früher Ejakulation
 - Stress/Leistungsdruck

Behandlung

- Sexualtherapie, Ejakulationskontrolle
 - Stopp-Start-Methode
 - Kneif-Methode

F52.5 = Nicht organischer Vaiginismus

Symptome

- Spasmus der Beckenbodenmuskulatur
 - Vaginaleingang wird verschlossen
 - Geschlechtsverkehr ist unmöglich oder schmerzhaft

F52.6 = Nichtorganische Dyspareunie

= Schmerzen während des Sexualverkehrs

- Frauen > Männer

Differentialdiagnose

- Organische Ursachen

Ursachen

- Ängste aufgrund sexueller Traumata

Behandlung

- Therapie der zugrundeliegenden Ängste

F64.0 = Transsexualismus**Grundsymptome**

- Wunsch als Angehörige(r) des anatomisch anderen Geschlechts zu leben
- Gefühl des Unbehagens oder Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht
- Wunsch : hormonelle und chirurgische Behandlung

Diagnosestellung

- Setzt ein Bestehen seit langer Zeit voraus

Behandlung

- OP
 - vorher . Psychotherapie verpflichtend
 - 1Jahr vor der OP
 - durchgängig in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt
 - 6 Monate vor der Op
 - beginn der Hormonbehandlung

F64.1 = Transvestitismus unter**Beibehaltung beider****Geschlechterrollen****Symptome**

- Tragen gegengeschlechtlicher Kleidung
 - Cross-dressing
 - um zeitweise die Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht zu erleben
- Kein Wunsch nach chirurgischer Geschlechtsumwandlung
- die andere Kleidung verursacht keine sexuelle Erregung

F64.2 = Störung der Geschlechtsidentität der Kindesalters**Symptome**

- Dem anatomischen Geschlecht entgegengesetztes Rollenverhalten
- gestörte Wahrnehmung von sich selbst als Mädchen bzw. Jungen
 - In der Regel erstes Auftreten im Vorschulalter

Diagnoseerstellung

- Nur bei dringlichem, anhaltendem Wunsch zum anderen Geschlecht zugehören oder Verleugnung des eigenem anatomischen Geschlechts

- muss vor Eintritt in die Pubertät gestellt werden

Behandlung

- Verhaltenstherapie
 - Modifizierung des Verhaltens
- Psychodynamische Therapie
 - Bearbeitung ungelöster psychischer Problem in der Familie

Klassifikation

F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F52	nicht organische Funktionsstörung
F52.X	Typ
Typen	
F52.0	Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen
F52.1	sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen
F52.3	Orgasmusstörung
F52.4	Ejaculatio praecox
F52.5	Vaginismus
F52.6	Dyspareunie
F52.7	gesteigertes sexuelles Verlangen
F52.8	sonstige nicht-organische Funktionsstörung
F52.9	nicht näher bezeichnete sexuelle Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F6X	Störungsgruppe
F6X.X	Typ
F64	Störung der Geschlechtsidentität
F65	Störung der Sexualpräferenz
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F64.8	sonstige Störungen der Geschlechtsidentität
F64.9	nicht näher bezeichnete Störungen der Geschlechtsidentität

F65.0	Fetischismus
F65.1	fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	multiple Störung der Sexualpräferenz
F65.8	sonstige Störungen
F65.9	nicht näher bezeichnete Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F66	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F66.X	Art der Störung
F66.XX	sexuelle Orientierung
F66.0	sexuelle Reifungskrise
F66.1	ich-dystone Sexualorientierung
F66.2	sexuelle Beziehungsstörung
F66.8	sonstige psychosexuelle Entwicklungsstörung
F66,9	nicht näher bezeichnete psychosexuelle Entwicklungsstörung
F66.x0	heterosexuell
F66.x1	homosexuell
F66.x	bisexuell (nur bei eindeutiger sexueller Anziehung zu beiden Geschlechtern)

Psychische Störungen um Kindes- und Jugendalter

Allgemeines

MAS statt ICD-10

Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalter nach der ICD-10 der WHO

- Diagnosekriterien identisch mit ICD-10
- jedoch 6 Achsen

1Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom

2Achse: Umschriebene Entwicklungsstörung

3Achse: Intelligenzniveau

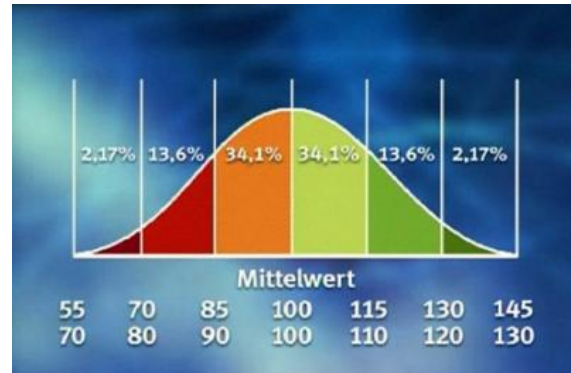
4Achse: körperliche Symptomatik

5Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

6Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Stadien der Kognitiven Entwicklung nach Piaget

- ➔ Sensomotorisches Stadium 0 – 2 LJ
 - Kleine Zahl sensomotorischer Fähigkeiten
 - Erwirbt Objektpermanenz
 - Anfänge des symbolischen Denkens
- ➔ Präoperatorisches Stadium 2 – 7 LJ
 - Egozentrismus und Zentrierung
 - Fähigkeit zum symbolischen denken sind verbessert
- ➔ Konkret operatorisches Stadium 7 – 11 LJ
 - Kann in Bezug auf konkrete, physikalische Objekte schlussfolgernd Denken
 - Versteht Invarianzprinzip (Masse bleibt bei veränderter Form gleich)
- ➔ Formal-operantes Stadium ab 11 LJ
 - Entwickelt Fähigkeit zum abstrakten Schlussfolgern
 - Entwickelt Fähigkeit zum hypothetischen Denken



Intelligenz

Intelligenzquotient (IQ)

Definition

- Richtlinie zur Einschätzung der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit
- wird durch individuell durchgeführte standardisierte Intelligenztests bestimmt
 - sollen kulturellen Begebenheiten angepasst sein
 - sollen das individuelle Leistungsniveau beachten
 - sollen spezifische Behinderungen (blind, taub) beachten

Hochbegabung

- IQ > 129
- Kinder sind „irgendwie“ anders
- Mögliche Kennzeichen
 - hohe sprachliche Fertigkeiten
 - Planung komplexer Aktivitäten
 - Kompetentes Sozialverhalten
 - hohe Empathiefähigkeit
 - Gute Beobachtungsgabe
 - Beharrlichkeit/ Diskussionsfreudigkeit
 - Abneigung gegenüber physischer Gewalt
- Unterforderung in der Schule

Intelligenzminderung

Definition

- Deutlich unterdurchschnittliche Ausbildung der geistigen Leistungsfähigkeit
 - Anpassung- und Verständnisfähigkeit
 - zwischenmenschliche Interaktion
 - eigenständige Versorgung
 - sprachliche, emotionale, motorische und lebenspraktische Fähigkeiten
 - Selbstbestimmtheit
 - schulische Fertigkeiten
 - lesen
 - schreiben (Ausdruck)
 - Rechnen
 - andere Kognitive Funktionen sind beeinträchtigt

Klassifikation

F70 – F73 = müssen mit standardisierten Tests ermittelt werden

F70 leichte Intelligenzminderung
IQ 50 – 69

F71 mittelgradige Intelligenzminderung
IQ 35 – 49

F72 schwere Intelligenzminderung
IQ < 20

F74 dissoziierte Intelligenzminderung
→ unterschiedlich ausgeprägte Intelligenzminderung in verschiedenen Bereichen (mind. 15 IQ Punkte)

F78 sonstige Intelligenzminderung
→ nur wenn Tests aus sensorischen oder körperlichen Beeinträchtigungen schwierig oder unmöglich sind.

F79 nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
→ nicht ausreichende Informationen
→ bei offensichtlicher Intelligenzminderung

Sprechen und Sprache

F80 = Umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache

- Artikulation liegt unterhalb des für das Intelligenzalter angemessenen Niveaus
- Sprachliche Fähigkeiten liegen im Normbereich

F80.1 – expressive Sprachstörungen

- Gebrauch expressiver gesprochener Sprache
- liegt unterhalb des Intelligenzalters

F80.2 – rezeptive Sprachstörungen

- eingeschränktes Sprachverständnis

F80.3 - erworbene Aphasie mit Epilepsie

- Landau-Kleffner-Syndrom
- sehr selten (ca. 100 Fälle weltweit)

Kulturtechniken

F81 = umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten

- Der Normale Erwerb von Kulturtechniken ist beeinträchtigt
 - Kein Mangel an Gelegenheit diese zu erlernen
 - Keine erworbene Hirnschädigung
 - Keine Ursächliche Krankheit
- Ursachen -annahme
 - Störung der kognitiven Informationsverarbeitung
 - größtenteils durch biologische Fehlfunktion

F81.0 = Lese- und Rechtschreibstörung

F81.1 = isolierte Rechtschreibstörung

F81.2 = Rechenstörung (Dyskalkulie)

F81.3 = kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten

F81.8 = sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Motorik

F82 = umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktion

F82.0 = der Grobmotorik

F82.1 = der Fein- und Grobmotorik

F82.2 = der Mundmotorik

F82.3 = der motorischen Funktion nicht näher bezeichnet

F83 = kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

F84.XX - Allgemeines

Durch 2 Merkmale gekennzeichnet

1. Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen Kommunikation und sozialen Interaktionen
2. Eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten

→ Störung besteht von frühesten Kindheit an

- manifestiert sich in den ersten 5 LJ

→ Ursachen

- genetisch/biologisch

→ nicht heilbar

→ Alltagsverbesserung durch therapeutische Intervention möglich

- z.B. TEACH

F84.0 = frühkindlicher Autismus

- wird zum Teil auch Kanner Autismus bezeichnet
- Definiert durch
 - Abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung die sich **vor dem 3 LJ** manifestiert
 - Gestörte Funktionsfähigkeit in
 - Sozialer Interaktion
 - Kommunikation
 - Repetitives Verhalten
- Jungen . Mädchen = 3-4 :1
- in der Regel keine Phasen unauffälliger Entwicklung
- Diagnosekriterien sehr verschachtelt

F84.1 = atypischer Autismus

- Unterscheidung zu F84.0 durch
 - Alter bei Störungsbeginn
 - diagnostische Kriterien sind nicht in allen Bereichen erfüllt
- Am häufigsten bei schwerst Intelligenz-geminderten Personen

F84.1 – Diagnosekriterien..

- Vorliegen einer auffälligen und beeinträchtigten Entwicklung mit Beginn im oder nach dem 3 LJ
 - Kriterien entsprechen Autismus abgesehen vom Manifestationsalter
- Qualitative Auffälligkeiten der

gegenseitigen sozialen Interaktion oder der Kommunikation oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interesse und Aktivitäten

- Kriterien entsprechen Autismus, abgesehen von der Zahl der gestörten Bereiche
- Diagnostische Kriterien für F84.0 werden nicht erfüllt

F84.1 = Variationen

F84.10 Autismus mit atypischen Erkrankungsalter

F84.11 Autismus mit atypischer Symptomatologie

F84.12 atypisches Erkrankungsalter und atypische Symptomatologie

F84.2 = Rett-Syndrom

- Ausschließlich bei Mädchen
- normale frühe Entwicklung
 - meist zwischen 7 – 24 Lebensmonat Krankheitsbeginn
 - teilweise oder vollständiger Verlust der bereits erworbenen Fähigkeiten
 - Verlust zielgerichteter Handbewegungen
 - Stereotypien in Form windender Handbewegungen
 - Hyperventilation
 - Verlangsamung des Kopfwachstums
- Sozial- und Spielentwicklung in den ersten beiden Lebensjahren gehemmt
 - Gewisses soziales Interesse bleibt in der Regel bestehen
 - Häufig . Epilepsie (petit Mal) in früher bis mittlerer Kindheit
- Im mittleren Kindesalter
 - Rumpfataxie
 - Apraxie
 - In der Folge
 - Skoliose und schwere Intellektuelle Beeinträchtigung bis mittlerer Kindheit
 - Selten
 - komplexe stereotype Bewegungen und Gewohnheiten

F84.3 = sonstige desintegrative Störungen des Kindesalters

- Normale Entwicklung vor Beginn der Erkrankung (mindestens bis 2LJ)
- Verlust erworbener Fertigkeiten innerhalb weniger Monaten
- mindestens 2 der folgenden Bereichen
 - expressive oder rezeptive Sprache
 - Spielentwicklung
 - soziale Fertigkeiten oder adaptives Verhalten
 - Darm- oder Blasenkontrolle
 - motorische Fertigkeiten
- Auffälligkeiten im sozialen und kommunikativen Verhaltensfunktionen
- Häufig: Frühphase unbestimmt mit:
 - Unruhe
 - Irritierbarkeit
 - Ängstlichkeit
 - Überaktivität
 - Gefolgt von Erschöpfungsphase
 - dann Verlust der Sprechfähigkeit und Sprache
- Verlauf
 - manchmal:
 - stetiges Fortschreiten der Verluste
 - häufiger
 - Verschlechterung über einige Monate, dann begrenzte Besserung
- Schlechte Prognose
- Unsicherheit bzgl. Unterscheidung von frühkindlichem Autismus

F84.4 = überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypie

- Schlecht definierte Störung
- IQ < 50 mit größeren Problemen bzgl. Überaktivität und Aufmerksamkeit
 - profitieren in der Regel nicht von Stimulanzen
- In der Adoleszenz wird die Überaktivität häufig zu verminderter Aktivität
- In der Regel viele zusätzliche Entwicklungsverzögerungen

F84.5 = Asperger-Syndrom

- Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion
- Repertoire eingeschränkter, stereotyper und sich wiederholender Interessen und Aktivitäten
- **keine** allgemeine Entwicklungsverzögerung
- **kein** Entwicklungsrückstand der Sprache
- In der Regel durchschnittliche Intelligenz- häufig motorisch ungeschickt
- häufig isolierte Spezialfähigkeit, **kein Muss!**
- Jungen : Mädchen = 8:1

F84.5 Diagnosekriterien

- Fehlen einer allgemeinen Verzögerung der Entwicklung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung
 - einzelne Worte müssen spätestens im 2 Lebensjahr gesprochen werden
 - Kommunikative Phase spätestens im 3 Lebensjahr
- Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und Neugier auf die Umgebung in den ersten 3 Lebensjahren entsprechen einer normalen intellektuellen Entwicklung
- Meilensteine der motorischen Entwicklung können etwas verzögert auftreten
- Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Kommunikation
- ein ungewöhnlich intensives umschriebenes Interesse oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interesse und Aktivitäten
 - keine motorischen Manierismen
 - besondere Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht-funktionellen Elementen von Spielmaterial

F90 hyperkinetische Störung

=AD(H)S

- Früher Beginn
 - im Kindergartenalter
- Ausschluss
 - Überfunktion Schilddrüse
- Mangel an Ausdauer bei Beschäftigung die kognitiven Einsatz verlangen
- Tendenz von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln ohne etwas zu Ende bringen
- desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität
- Häufig dabei
 - Impulsivität
 - Distanzminderung zu Erwachsenen
 - Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung
 - Verzögerung in der motorischen und sprachlichen Entwicklung
 - Leseschwierigkeiten
 - schulische Probleme
 - brauchen Aufforderungen oft wiederholt, knapp und sehr direkt
 - Vergessen Aufträge, wenn mehrere gleichzeitig gegeben werden
- Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
- Häufig sekundäre Probleme
 - niedriges Selbstwertgefühl und niedrige Selbstwirksamkeitsüberzeugung
 - dissoziales Verhalten
- Jungen > Mädchen

Ursache

- Multifaktoriell
- genetisch (familiäre Häufung)
- Umwelt
 - wenig Struktur
 - Organisationshilfe
 - Grenzen

Therapie

- Pharmakotherapie
 - Mittel erster Wahl
 - Methylphenidat
 - Mittel 2 Wahl
 - Strattera

- Ergotherapie
 - Soziales Kompetenz Training
 - Konzentrationstraining
- Psychotherapie
 - Elternberatung und -training
 - Lehrer Aufklärung
 - Handlungsalternativen
 - Konzentrationstraining
 → sollte parallel stattfinden

Diagnosekriterien

- Eindeutiges Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Unruhe
 - Situationsübergreifend und andauernd!
- a) Unaufmerksamkeit
 - mindestens seit 6 Monaten und Mindestens 6 der folgenden
 - 1. unaufmerksam gegenüber Details, Flüchtigkeitsfehler
 - 2. Aufmerksamkeit bei Aufgaben und Spielen kann nicht aufrecht erhalten werden
 - 3. hören häufig scheinbar nicht zu
 - 4. Können Erklärungen nicht folgen
 - 5. sind häufig beeinträchtigt Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
 - 6. vermeiden ungeliebte Aufgaben die geistiges Durchhaltevermögen erfordern
 - 7. verlieren häufig Dinge die für bestimmte Aufgaben wichtig sind
 - 8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt
 - 9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich
- b) Überaktivität
 - mindestens 6 Monate, mindestens 3 der folgenden
 - 1. zappeln mit Händen und Füßen oder winden sich auf Stühlen
 - 2. Bleiben (z.B. Im Klassenraum) nicht auf ihrem Platz, wenn es erwartet wird
 - 3. Laufen häufig herum, klettern exzessiv in unpassenden Situationen
 - Jugendliche, Erwachsene
 - Unruhegefühl
 - 4. häufig unnötig laut beim spielen oder

haben Schwierigkeiten sich ruhig mit Freizeitbeschäftigungen zu beschäftigen

5. anhaltendes Muster expressiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbal nicht zu beeinflussen sind

c) Impulsivität

- mindestens 6 Monate
- mindestens 1 der folgenden
- 1. platzen oft mit der Antwort heraus bevor die Frage beendet ist
- 2. können häufig nicht in der Reihe warten oder warten bis sie an der Reihe sind
- 3. unterbrechen und stören andere häufig reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren

d) Beginn vor dem 7 Lebensjahr

e) Symptomausprägung

Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein

f) Symptome verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit

g) Kriterien für

- F84.x – autistische Störungen
 - F30.x – manische Episode
 - F32.x depressive Episode
 - F41.x – Angststörung
- werden nicht erfüllt

F90.0 = einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

- Diagnosekriterien wie allgemein für F90

Exkurs ADS

- Symptome wie F90, aber ohne Unruhe
 - als Aufmerksamkeitsstörung umstritten
 - Sprechen häufig auf Stimulanzien an
 - keine echte F90 Kategorie
 - unter F98.8 – sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit
- = Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

F90.1 = hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

- Die allgemeinen Kriterien für F90 + die allgemeinen Kriterien für F91 müssen erfüllt sein.

F91 = Störungen des Sozialverhaltens(SdS)

➔ Charakterisiert durch :

- sich wiederholendes und andauerndes Muster
 - dissozialen
 - aggressivem
 - aufsässigem Verhaltens
- grobe Verletzung altersentsprechender Erwartungen

➔ sehr heterogene Störungsgruppe

➔ Diskutiert wird

- Kinder- und Jugendpsychiatrie oder
 - pädagogisch
- sicher: hohe Überschneidung

➔ Prävalenz 5 – 8 %

Jungs 6 – 15 %

Mädchen 2 -9 %

➔ Jungs eher direkte, körperliche und delinquente Form

➔ Mädchen eher indirekte sozial manipulative Form

F91 SdS - früher Störungsbeginn -

- kommt häufig vor
- verbunden mit:
 - schwierigem Temperament im ersten Lebensjahr
 - Ein- und Duschschlafprobleme
 - exzessives Schreien
 - mangelnde Impulskontrolle
 - kognitive Und/oder neurologische Defizite in den ersten Lebensjahren
 - Im Kindergarten-Alter häufig ungünstige Eltern-Kind Interaktion
- Häufig komorbid mit ADHS (bis zu 50%)

SdS allgemeine Diagnosekriterien

- Über mindestens 6 Monate
 - Wiederholte Verhaltensmuster, die entweder
 - Grundrechte anderer Verletzen
 - oder
 - wichtige altersentsprechende Normen und Gesetze verletzen
- Anzahl der erforderlichen Symptome in Abhängigkeit von deren Schwere
- Ausschlussdiagnose
 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
 - Schizophrenie (F20.x)
 - manische Episode (F30.x)
 - depressive Episode (F32.x)
 - tief-greifende Entwicklungsstörung (F84.x)
 - hyperkinetische Störung (F90.x)

F91.3 SdS mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

- Tritt charakteristischer Weise bei Kindern unter 9 – 10 Jahren auf
- Charakterisiert durch
 - deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten
 - **keine** schweren dissozialen oder aggressiven Handlungen, die das Gesetz oder die Rechte anderer verletzen
- Diskutiert wird, ob es sich hierbei eher um eine leichte Form als um eine qualitativ unterschiedliche Form handelt

F92 = Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

- Kombination aus folgenden Symptomen
 - andauerndes, aggressives, dissoziales oder aufsässiges Verhalten
 - Symptome von
 - Angst,
 - Depression
 - oder
 - sonstigen emotionalen Störungen
- Der Schweregrad soll sowohl die Kriterien für
 - Störungen des Sozialverhaltens (F91.X)
 und die Kriterien für

- emotionale Störungen (F93.X)
- oder
- Angststörungen (F40.X- 49.x9)
- oder für
- affektive Störungen (F30.X – 39.x) erfüllen.

F92.0 = SdS mit depressiven Symptomen**Diagnosekriterien**

- a) Die allgemeinen Kriterien für eine SdS (F91.X) müssen erfüllt sein
- b) Die Kriterien für eine affektive Störung (F30 – 39) müssen erfüllt sein

F93 = emotionale Störungen(eS) des Kindesalters

- Eigenen Gruppe, weil
 - emotional auffällige Kinder nicht unbedingt emotional auffällige Erwachsene werden
 - neurotisch gestörte Erwachsene nicht zwangsläufig auffällige Kinder waren
 - viele emotionale Störungen erscheinen als Verstärkung normaler Entwicklungstrends
 - häufig weniger eindeutig in spezifischen Einheiten/Kategorien unterteilbar
- Es gibt keine allgemeinen Diagnosekriterien für F93

F93.0 = eS mit Trennungsangst des Kindesalters

- Ein bestimmtes Maß an Angst vor realer und/oder befürchteter Trennung ist bei Säugling (Fremdeln) und Vorschulkindern normal
- Hier zu klassifizieren wenn
 - Angst vor Trennungen von Bezugspersonen = Angstfokus
 - erstes Auftreten während der ersten Lebensjahre
 - außergewöhnlicher Schweregrad im Unterschied zu normalen Trennungsangst
 - abnormale Dauer über die normale Alterstufe hinaus
 - Beeinträchtigung sozialer Funktionen

F93.1 = Phobische Störung des Kindesalters

- Bestimmte Ängste sind typisch für bestimmte Entwicklungsphasen
 - wenn diese Ängste deutlich stärker als üblich und
 - wenn diese Ängste über-deutlich über die typische Altersphase hinausreichen
 ist die Störung hier zu klassifizieren
- andere Phobien sind unter F40 – 48 zu klassifizieren

Typische Ängste in bestimmten Entwicklungsphasen

Alter	Angstinhalt
0 – 6 LM	Laute Geräusche
6 – 9 LM	Fremde
9 – 12 LM	Trennung, Verletzung
2 Lj	Imaginäre Figuren, Tod, Einbrecher
3Lj	Tiere (Hund), Alleinsein, Dunkelheit
4Lj	Dunkelheit
6 – 12 Lj	Schule, Verletzung, Krankheit, soziale Situation, Gewitter
13 - 18Lj	Verletzung, Krankheit, soziale Situation, Sexualität

F93.2 = Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

- In der 2. Hälfte des 1. Lebensjahres normal
- gewisses Ausmaß in neuen, fremden oder sozial bedrohlichen Situationen ist normal
- Nur wenn Störungsbeginn vor dem 6 Lebensjahr
- Wiederkehrende Furcht vor Fremden mit Vermeidung von Kontakt
 - Erwachsene und/oder Gleichaltrige
- verursacht soziale Beeinträchtigung

F93.3 0 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

- a) Auffällige, intensive und negative Gefühle gegenüber einem unmittelbar

jüngeren Geschwister

- b) Mindestens 2 Merkmale
 - Emotionale Störung mit Regression
 - Wutausbrüche
 - Verstimmung
 - Schlafstörungen
 - Oppositionellem oder Aufmerksamkeits-suchendem Verhaltens gegenüber einem oder beiden Elternteilen
- c) Beginn innerhalb von 6 Monaten nach Geburt eines unmittelbar jüngeren Geschwisters
- d) Dauer mindestens 4 Wochen

F93.8 = sonstige eS des Kindesalters

- Notbehelf für adoleszente Krisen
 - keine differenzierte Ausführung in ICD-10
 - Dazugehörige Begriffe
 - Identitätsstörung
 - Rivalität in der Peer-Group
 - nicht mit Geschwistern

F93.80 = generalisierte Angststörung des Kindesalters

- Kinder und Jugendliche klagen in der Regel weniger über die für das Erwachsenenalter typische Symptome (F41.1)
- Im Vordergrund Sorge um nahestehende Menschen
- vegetative Symptome stehen weniger im Vordergrund

F94 = Störung sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend

- Heterogene Gruppe von Störungen
- häufig mit ursächlich:
 - schwerwiegende Beeinträchtigung des Milieus
 - oder
 - Deprivation
- keine deutlichen Geschlechtsunterschiede

F94.0 = elektiver Mutismus

(selektiv)

- a) Sprachausdruck und Verständnis, beurteilt durch individuellen standardisierten (?) Test, liegt innerhalb von 2 Standardabweichungen entsprechend dem Alter des Kindes
- b) Nachweisbare, beständige Unfähigkeit in bestimmten sozialen Situationen, in denen erwartet wird, dass das Kind redet, zusprechen; in anderen Situationen ist Sprechen möglich
- c) Dauer des elektiven Mutismus länger als 4 Wochen
- d) Es liegt keine tief-greifende Entwicklungsstörung (F84.X) vor
- e) Die Störung beruht nicht auf fehlenden Kenntnissen der gesprochenen Sprache, die in den sozialen Situationen, in denen das Kind nicht spricht, erwartet wird

F94.1 = reaktive Bindungsstörungen des Kindesalters

- Tritt bei Kleinkindern und jungen Kindern auf
- gekennzeichnet durch anhaltende Auffälligkeiten im Muster sozialer Beziehungen
- häufig
 - Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit
 - Kein Ansprechen auf Zuspruch
 - Geringe soziale Kontakte mit Gleichaltrigen
 - Auto- und Fremdaggression
 - Unglücklich-sein
 - vermutlich direkte Folge von
 - ausgeprägter elterlicher Vernachlässigung
 - obwohl Syndrom unumstritten ist besteht Unsicherheit bzgl. der diagnostischen Kategorien

F94.2 = Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

Besonderes Muster abnormer sozialer Funktionen:

- ab circa dem 2 Lj in der Regel Anklammerung und diffuses, nicht selektives Bindungsverhalten
- Circa ab dem 4 Lj

- diffuses Bindungsverhalten bleibt bestehen
 - Anklammern wird ersetzt durch
 - Aufmerksamkeitssuchendes und wahllos freundliches Verhalten
- Mittlere bis späte Kindheit
 - es werden selektive Bindungen entwickelt
 - Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten bleibt bestehen
 - mit Gleichaltrigen wenig ausgestaltete Interaktionen
 - zusätzlich möglich
 - emotionale Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten
- Häufig bei Kindern die vom Kleinkindalter in Institutionen aufgezogen wurden

F95 = Ticstörungen

- Vorwiegendes Symptom des Syndroms ist ein Tic
 - Tic= unwillkürliche, plötzliche, schnelle, wiederholte, nicht-rhythmische, stereotype **Bewegung oder Vokalisation**
- Ursache . 30 – 50 % genetische Beteiligung
- in der Regel beginnt mit einfachen motorischen Tics
- häufig komorbide andere Störung
 - Zwangsstörung
 - AD(H)S
 - emotionale Störung
- Erkrankungsbeginn in der Regel zwischen 2 – 15 Lebensjahr
 - Im Mittel zwischen 6 – 7LJ

Tics

	Motorisch	Vokal
einfache	z.B. Blinzeln, Schulterzucken, Kopfrucken	z.B. Räuspern, Pfeifen, Husten, Schnüffeln
komplexe	z.B. Hüpfen, Klatschen, Bücken	z.B. Wörter, Sätze, Kurzaussagen
Besonderheiten	Echopraxie Kopropraxie (obszöne Bewegungen)	Palilaie (Wiederholung eigener Worte) Echolalie (Wiederholung des Gesprochenen) Koprolalie (obszöne Worte)

F95.1 = chronische motorische oder vokale Ticstörung

- Motorische oder vokale Tics, die die meiste Zeit des Tages auftreten, an den meisten Tagen innerhalb eines Zeitraums von mindestens 12 Monaten
- In diesem Jahr keine Remission, die länger als 2 Monate dauerte
- In der Anamnese kein Tourette-Syndrom, kein Hinweis auf organische Verursachung oder eine Medikamentennebenwirkung
- Beginn vor dem 18 Lj

F95.2 = kombinierte motorische und vokale Ticstörung

- Während der Störung bestehen multiple motorische und ein oder mehrere vokale Tics eine lange Zeit lang, aber nicht notwendigerweise ununterbrochen
- Die Tics treten viele Male am Tag auf, fast jeden Tag länger als 1 Jahr, ohne Remission, die länger als 2 Monate dauert
- Beginn vor dem 18 Lj.

F98 = sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen

mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- sehr heterogene Störungsgruppe
- Alle
 - mit psychosozialen Problemen verknüpft
 - beginn in Kindheit und Jugend

- z.T gut definierte Syndrome

F98.0 = nicht organische Enuresis

- Das betroffene Kind ist nach Lebens- und geistigem Alter mindestens 5 Jahre alt.
- Unwillkürliche oder beabsichtigte Harnentleerung in das Bett oder die Kleidung mit einer Häufigkeit von
 - mind. 2X im Monat bei Kindern < 7J
 - mind. 1X im Monat bei Kindern > 7J
- Die Enuresis ist nicht.
 - Folge epileptischer Anfälle
 - neurologisch bedingt
 - eine anatomische Abweichung des Urogenitaltraktes
 - Folge einer anderen nicht psychiatrischen, medizinischen Begebenheit
- Es liegen keine psychiatrischen Störungen vor die die Kriterien für eine andere ICD-10 Kategorie erfüllen
- Dauer : mind. 3 Monate

F98.0X - 5. Stelle -**Veraltet**

- F98.00 = nur Enuresis nocturna (nächtl. Einnässen)
- F98.01 = nur Enuresis diurene (tagsüber Einnässen)
- F98.02 = Enuresis nocturna et diurena

Aktuell üblich

- F98.0 = Enuresis nocturna
- tagsüber Einnässen = funktionelle Harninkontinenz
 - Destruktiver-Sphinkter-Dyskoordination
 - Dranginkontinenz
 - Harninkontinenz bei Miktionsaufschub
- sehr selten
 - Lachinkontinenz
 - Stressinkontinenz

Zu differenzieren

- Primäre Enuresis
 - es gab nie eine längere trockene Periode
 - Im ICD 10 nicht differenziert
- Sekundäre Enuresis
 - Wiedereinnässen nachdem das Kind längere Zeit trocken war
- monosymptomatisch
 - ausschließlich nächtlich
- nicht monosymptomatisch
 - nächtliches Einnässen
- +
- tagsüber Symptome von funktioneller Harninkontinenz

Auftreten

- 2- 3 x häufiger als funktionelle Harninkontinenz
- Jungen : Mädchen = 1,5 : 2,1
- Spontane Remissionsrate 13,5 5 pro Jahr
- Behandlung
 - bei Primärer Enuresis
 - apparative VT
 - Sonne-Wolken-Kalender
 - Weckgerät
 - bei Sekundärer
 - Zusätzlich zur apparativen VT dahinter liegende Konflikte psychotherapeutisch angehen

F98.1 = Enkopresis..Diagnosekriterien

- a) Wiederholtes, Willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Fäces an dafür nicht vorgesehenen Stellen
 - kann in Folge eines funktionellen Stuhlverhaltens auftreten
- b) Chronologisches und geistiges Alter von mindestens 4 Jahren
- c) Mindestens ein Einkoten pro Monat
- d) Dauer : mindestens 6 Monate
- e) Fehlen organischer Gegebenheiten, die einen ausreichenden Grund für das Einkoten darstellt

F98.2 = Fütterstörung im Kindesalter..

- Spezifisch für das frühe Kindesalter

- Schwierigkeiten beim Gefüttert-werden
- mögliche Symptome
 - Nahrungsverweigerung
 - extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot
 - bei einigermaßen kompetenten Betreuungsperson und keiner Organischen Erkrankung
 - begleitende Rumination (lat. "Wiederkäuen") möglich

Diagnosekriterien

- a) Anhaltende Unfähigkeit adäquat zu essen oder anhaltende Rumination oder Regurgitation von Speisen
- b) Mangelnde Gewichtszunahme, Gewichtsverlust oder andere eindeutige Gesundheitsstörungen über einen Zeitraum von mindestens 1 Monat (zum Teil werden 3 Monate bevorzugt)
- c) Beginn der Störung vor dem 6. Lebensjahr
- d) Keine andere psychische Verhaltensstörung der ICD-10, außer Intelligenzminderung (F70 – 79)
- e) Keine organische Krankheit, die die Essstörung erklären könnte

F98.3 = Pica im KindesalterDiagnosekriterien

- a) Anhaltender oder wiederholter Verzehr nicht essbarer Substanzen mit einer Häufigkeit von mindestens 2 x pro Woche
- b) Dauer: mindestens 1 Monat (z.T 3 Monate)
- c) Keine andere psychische Verhaltensstörung der ICD-10 AUßER Intelligenzminderung F70 – 79
- d) Chronologisches und geistiges Alter von Mindestens 2 Jahren
- e) Das Essverhalten ist nicht Teil eines kulturell akzeptierten Brauches

F98.4 = stereotype Bewegungsstörungen..

- Willkürliche, wiederholte, stereotype Bewegungen
 - nicht funktionell
 - oft rhythmisch
- nur bei isoliertem Auftreten hier zu klassifizieren

- ansonsten sollte die übergreifende Störung klassifiziert werden
- häufige, nicht selbst schädigende Bewegungen
 - Körper und Kopf schaukeln
 - Haare zupfen und drehen
 - Finger schnippen
 - Hände schütteln
- häufige, selbst schädigende Bewegungen
 - Kopf anschlagen
 - ins Gesicht schlagen
 - in die Augen bohren
 - Beißen in die Hände, Lippen oder andere Körperpartien
- tritt häufig in Verbindung mit Intelligenzminderung auf

ICD-10 Übersicht

- ➔ F7 – Intelligenzminderung
- ➔ F8 – Entwicklungsstörungen
- ➔ F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F7 – Intelligenzminderung

F7X – Ausprägung
 F7X.X – Ausmaß der Verhaltensbeeinträchtigung

F8 – Entwicklungsstörungen

F8.X – Art/Bereich
 F8.X.X – Ausprägung/Typ
 F80 = Umschriebene Störungen des Sprechens und der Sprache
 F81 = Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
 F84 = tief-greifende Entwicklungsstörung

F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F9X – Art/Bereich
 F9X.X – Ausprägung/Typ
 F90 = hyperkinetische Störungen
 F91 = Störungen des Sozialverhaltens
 F92 = kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
 F93 = emotionale Störungen des

Kindesalters

F94 = Störungen der sozialen Funktion mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 F95 = Ticstörungen
 F98 = sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 F99 = nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Psychopharmakologie

Allgemeines

- Haben entweder eine hemmende oder anregende Wirkung
- Werden eingeteilt in
 - 1) Antidepressiva
 - 2) Neuroleptika
 - 3) Tranquilizer
 - 4) Hypnotika
 - 5) Phasenprophylaktika
 - 6) Nootropika
- Im weiteren Sinne auch
 - Psychostimulanzien
 - Parkinsonmittel
 - Antiepileptika
- Therapie mit Psychopharmaka zählt zur Somatotherapie (körperl. Behandlungsmethoden)
- Zu kritisieren ist die mangelnde Kombination mit Psycho- und Sozialtherapie
- Antidepressiva und Neuroleptika sind oft unverzichtbar
 - Verringerung des Leidensdrucks
 - ermöglichen in vielen Fällen erst die Therapiearbeit
- Tranquilizer verhindern durch eine Verringerung des Leidensdrucks oft das sich die Betroffenen aktiv mit ihrer Störung auseinandersetzen
- Tranquilizer und Hypnotika
 - Medikamentenabhängigkeit

Compliance

- Ausmaß der Mitarbeit des Patienten
- niedrige Compliance in Zusammenhang mit Psychopharmaka
 - Medikamente werden nicht/unregelmäßig eingenommen
- Compliance steigt mit dem Grad der Aufklärung und Krankheitseinsicht
- hängt ab von
 - der zugrunde liegenden Störung
 - dem Vertrauen zum behandelnden Arzt
 - Stärke der Unerwünschten Nebenwirkungen

Nebenwirkungen

- Man geht dazu über
Unerwünschte Arzneimittelwirkung
zu sagen
- Zahlen zur Einschätzung
 - häufig = 0,5 – 5 Fälle auf 100 Patienten
 - Gelegentlich = 1 Fall auf 100 – 10000 Patienten
 - Selten = 1 Fall auf 10000 – 500000 Patienten

Darreichungsformen

- Üblich :
Tabletten, Kapseln, Tropfen, Saft, Suspension, Dragees
- Depotspritzen
 - Aufnahme ist zu mindestens für eine gewisse Zeit (1-4 Wochen) sichergestellt.

Antidepressiva

Überblick

- Am häufigsten verschriebene Medikamente in der psychiatrischen Praxis
- Werden nach unterschiedlichen Kriterien eingeteilt:
 1. Chemischer Aufbau
 2. Wirkmechanismus
 - Serotonin – Rücknahme Inhibition
 - Wiederaufnahmehemmer
 3. Therapeutisches Wirkprofil
 - Desipramin-Typ
 - psychomotorisch aktivierend
 - Antriebs-steigernd
 - Imipramin-Typ
 - psychomotorisch neutral
 - Amitriptylin-Typ
 - sedierend → Dämpfend

Trizyklische Antidepressiva

- Klassische Antidepressiva
- Hierzu zählen
 - Amitryptilin
 - clomipromin
 - Desipramin
 - Dibenzipin
 - Doxepin
 - Notritylin
 - Imipramin
 - Trinipramin

Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer

(SSRH/SSRI)

- Hemmung der Serotonin Wiederaufnahme
- Führen weniger häufig zu Unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Dazu gehören:
 - Fluvoxamin
 - Paroxetin
 - Citalopram
 - Fluoxetin
 - Pozac → große Verbreitung in den USA

Mao-Hemmer

- Bewirken eine Hemmung der Wirkung des Stoffes Monoaminoxidase (MAO)
 - MAO bewirkt Wiederaufnahme von Neurotransmittern aus dem Synaptischen Spalt
- Neue MAO-Hemmer
 - Spezifische Wirkung auf Serotonin und Noradrenalin
- Ältere Präparate
 - Auch andere Neurotransmitter wurden beeinflusst
- Wichtig!
 - Tyraminarme Diät
 - Orangen, Bananen, Schokolade, Käse, Spinat
 - Bei neueren Präparaten nicht
- Wirkstoffe
 - Tayleypromin
 - Moclobemid

Pflanzliche Antidepressiva

- Johanniskraut (Hypericum)
 - Wiederaufnahmehemmung von Serotonin und Noradrenalin
 - Nur bei leichten und mittelschweren Depressionen

Alle Antidepressiva haben eine stimmungsaufhellende und antriebsnormalisierende Wirkung.

Indikationen

- Werden gegen Depressionen eingesetzt
- Wirkung ist zuverlässiger je schwerer die Depression ist
- Weitere Indikationen
 - Angststörungen
 - Zwangsstörungen
 - Bulimie
 - Schlafstörungen
 - chronische Schmerzsyndrome

Werkmechanismen

- Alle setzen mit ihrer Wirkung an der Zusammensetzung der Neurotransmitter im Synaptischen Spalt an
 - Serotonin und Noradrenalin
- Unterschiedliche Wege der Einflussnahme
 - 1) Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin
 - 2) Beeinflussung postsynaptischen Rezeptoren
 - 3) Verstärkte Serotonin Synthese
 - 4) Hemmung des Stoffes Mono-Amino-Oxidase
 - Baut Botenstoffe im synaptischen Spalt ab

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- 50 % der Patienten entwickeln unerwünschte Arzneimittelwirkungen
 - Bis zu 10 % der Fälle setzen die Medikamente aus diesem Grund ab

Trizyklische Antidepressiva

- Starke Nebenwirkungen
 - Mundtrockenheit
 - veränderte Leberwerte
 - niedriger Blutdruck
 - leichtes Hände-zittern
 - Müdigkeit
 - Sehstörungen
 - innere Unruhe
 - Gewichtszunahme

SSRH/SSRI

- Insgesamt viel besser verträglich
 - Übelkeit
 - Erbrechen
 - Durchfall
 - innere Unruhe

Mao-Hemmer

- Übelkeit
- Schlafstörungen
- innere Unruhe

Alle Antidepressiva, besonders die Trizyklischen können bei Überdosierung eine Psychose verursachen

Anwendungen**Zu Beachten:**

- Antidepressiva entfalten ihre volle Wirkung erst nach einigen Wochen
 - Aufklärung der Patienten
 - Absetzen aus Frust
- Suizidgefahr während der ersten Wochen
 - Antriebssteigernde Wirkung vor der Stimmungsaufhellung bei manchen Präperaten
 - Patienten erhält notwendige Energie zum Suizid
 - Suizidale Patienten müssen deshalb in der ersten Phase genau beobachtet werden
- Wegen großer Suizidgefahr nur kleine Packungsgrößen
- langsame Dosierungserhöhung kann unerwünschte Arzneimittelwirkung reduzieren
- Absetzen sollte stufenweise erfolgen

Neuroleptika**Überblick**

- ➔ Anti-psychotische Wirkung
- ➔ Auch als Antipsychotika bezeichnet
- ➔ Wirkung
 - Dämpfung von Erregungszuständen
 - Beeinflussung psychotischer Denk- und Verhaltensstörungen
 - Reduzierung affektiver Spannungen
 - Verbesserung von Wahnsymptomen
 - Verbesserung von Ich-Störungen
- ➔ Bewusstsein und Intellektuelle Leistungsfähigkeiten bleibt weitestgehend unbeeinflusst

Ordnung

Substanzgruppe	Beispiele	Kennzeichen
Hochpotente klassische Neuroleptika	Haloperidol (Haldol)	Stark anti-psychotisch
	Benperidol (Glianmon)	wenig sedierend
	Pimozid (Orap)	ausgeprägte extrapyramidale NW
Niederpotente Neuroleptika	Promethazin (Atosil)	Geringe antipsychotische Wirkung
	Chlorprothixien (Truxal)	sedierend selten extrapyramidale NW

Andere Unterteilungen

- Atypische und klassische Neuroleptika
 - Atypische
 - Nebenwirkungsärmer
 - wirken auch auf Negativsymptomatik
 - Beispiele
 - Clozapin (Leponex)
 - Risperidon (Risperdal)
 - Olanzapin (Zyprexa)
 - Amisulprid (Solian)
 - Quetapin (Seroquel)

- Typische (klassische)
 - mehr Nebenwirkungen
 - keine Wirkung auf Minus-Symptomatik
 - Beispiele
 - Haloperidol
 - Flupentixol

Indikationen

- Hauptindikation
 - Schizophrenie
- Daneben werden Neuroleptika eingesetzt bei
 - Manie
 - organisch bedingte psychische Störungen mit produktiven Symptomen
 - Schweren psychotischen Depressionen
 - Niederpotente finden auch als Tranquilizer Verwendung

Werkmechanismus

- Blockierung von Rezeptoren in der Synapse
- Wirkung von Dopamin wird abgeschwächt
 - Dopaminüberschuß wird für die Entstehung einer Schizophrenie verantwortlich gemacht
- Beeinflussung
 - Hoch-potente
 - Denkstörungen
 - Halluzinationen
 - Erregungszustände
 - Wahnsymptome
 - Niedrig-potente
 - beruhigend
 - schlaffördernd
 - dämpfend

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Viele sind vorübergehend
- Viele können durch Begleitmedikation kontrolliert werden
- Gefürchtet sind Spätfolgen
 - oft nicht reversibel
- Oft gibt es keine Alternative zur medikamentösen Behandlungsmethoden

- Folgen eines Verzichts wären gravierender als Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen
- Durch
 - neuartige Medikamente
 - Vorsicht in der Dosierung
 - engmaschige Kontrolle der Blutwerte und anderer körperlicher Parameter
 - gegeben-falls Wechsel der Medikamente
 können Nebenwirkungen gut beherrscht werden

Extrapyramidal- motorische Symptome

- Extrapyramidal System ist ein Teil des Nervensystems
 - Steuerung der unwillkürlichen Motorik

Dazu gehören

Frühdyskinesien

Dyskinese = Bewegungsstörung motorischer Fähigkeiten

- Störung tritt zu Beginn der Neuroleptika-Therapie auf Symptomatik
 - Verkrampfung der Gesichtsmuskulatur
 - Krämpfe in Zunge und Schlund
 - Bewegungsstörungen von Armen und Beinen
 - Blickkrämpfe
- Treten in 20% der Fälle auf scheinen sich besonders bei schneller Dosiserhöhung zu entwickeln.
- Lassen sich durch anticholinerge Medikamente (Biperiden) kontrollieren

Parkinson-Symptome

- oid = ähnlich
- Symptome die dem Morbus Parkinson ähnlich sind
 - Zittern des Körpers
 - abgehackter Bewegungsabläufe
 - Bewegungsarmut
 - reduzierte Mimik
 - Speichelfluss
 - Trippelgang
- in 25 % der Fälle
- ab dem 10 Tag
- gut behandelbar mit Biperiden

Akathesie (Sitzunruhe)**Tasikinese (Bewegungsunruhe)**

- Häufigkeit : 25 %
- Symptome werden als quälend empfunden
- Dosisreduzierung oder ganz absetzen

Spätdyskinesien

- Synonym. tardive Dyskinesien
- bilden sich oft nicht zurück
- nach jahrelanger Medikation mit klassischen Neuroleptika
- 10 – 20 % der Patienten unter langjähriger Therapie
- Symptome
 - unwillkürliche Zuckungen der Mund- und Gesichtsmuskulatur (z.B. Schmatzbewegungen)
 - Schaukelbewegungen des Körpers
 - Verkrampfung der Atemmuskulatur
- häufiger scheinen ältere Patienten mit Vorschädigung des Gehirns betroffen zu sein
- Zungen – Stillhaltetests
 - evtl. Früherkennung
- Auch nach absetzen (Ausschleichen) bestehen die Symptome weiter
- Neuere Untersuchungen
- 1/3 Der Patienten
- Bei Wechsel der Medikamente innerhalb von 3 Jahren
 - Besserung

Extrapyramidale Symptome werden durch hochpotente, klassische Neuroleptika ausgelöst

- Neuere Wirkstoffe weisen diese Nebenwirkungen nicht auf

Vegetative Nebenwirkungen

- Blutdrucksenkung
- Mundtrockenheit
- Tachykardie
- Störung der Speichel- und Schweißsekretion

Vegetative Nebenwirkungen treten besonders bei nieder-potenten Neuroleptika auf

Weitere Nebenwirkungen..

- Zyklus--störungen
- Sexuelle Störungen (Potenz und Libido)
- Gewichtszunahme
- Müdigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Antriebsarmut
- Sonnenempfindlichkeit der Haut
- Krampfanfälle → Selten!
- Agranulozytose (zu wenig weiße Blutkörperchen)
 - selten
 - schwerwiegende Komplikation
 - Regelmäßige Kontrolle des Blutbildes
 - 0,1% der Patienten

Anwendung

- Wegen geringer Krankheitseinsicht und unerwünschter Arzneimittelwirkung
 - oft schlechte Compliance
 - Verbesserung der Compliance durch intensive Aufklärung und Schulung der Patienten und des sozialen Umfeldes
 - Depotspritzen stellen die Wirkung für 1 – 4 Wochen sicher
- Akutphase
 - Kombination aus einem hochpotenten und einem niedrig (mittel) potenten Neuroleptika kann angezeigt sein
- Neuroleptika brauchen 1 – 3 Wochen um die Wirkung zu entfalten

Tranquilizer

Überblick

- ➔ Beruhigungsmittel
 - angst-lösende und entspannende Effekte
- ➔ Manche Darstellungen nennen auch Hypnotika hier
- ➔ Bei vielen Medikamenten hängt es von der Höhe der Dosierung ab ob die Wirkung beruhigend oder schlaffördernd ist
- ➔ wegen angst-lösender Wirkung auch als Anxiolytika bezeichnete
- ➔ Weiter Bezeichnung Ataraktika
- ➔ Wichtigste Gruppe sind die Benzodiazepine
 - fast als Synonym anzusehen
 - die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka
- ➔ Beispiele
 - Alprazolam (Tafil)
 - Diazepam (Valium)
 - Lorazepam (Tavor)
 - Chlordiazepoxid (Liberium)
 - Oxazepam (Adumbran)
- ➔ sonstige Medikamente haben in der Regel andere Hauptindikationen
 - niedrig dosierte Neuroleptika (geringeres Abhängigkeitsrisiko , stärkere Nebenwirkungen)
 - trizyklische Tranquilizer (Übergang zu den Antidepressiva)
 - Betarezeptorenblocker
- ➔ Neu sind chemisch andersartige Tranquilizer
 - z.B. Buspiron
- ➔ Pflanzliche Wirkstoffe zur Beruhigung
 - Baldrian
 - Hopfen
 - Melisse
 - Lavendel

Indikationen

- Hauptindikationen
 - Neurosen
 - Angststörungen
 - medizinische Notfälle (z.B. Herzinfarkte)

- psychosomatische Erkrankungen
- Nebenindikationen
 - muskuläre Verspannungen
 - Epilepsie
 - zusätzlich bei Schizophrenie
- Übergang Tranquilizer → Hypnotika ist fließend
- Manche Benzodiazepine sind aufgrund ihrer Dosierung als reine Schlafmittel im Handel

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Wenige
- Zu Beginn kann es zu Müdigkeit und Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit kommen
- Weitere Nebenwirkungen
 - Gewichtszunahme
 - Obstipation
 - Libidoverlust
 - Störung der Menstruation
- Ältere Patienten können paradoxe Reaktionen entwickeln
z.B.:
 - Erregungszustände
 - Schlaflosigkeit
 - feindseliges Verhalten
 weitere Gefahr
 - Benommenheit/Gangunsicherheit
→ Stürze mit Knochenbrüchen
- Gabe von sehr hohen Dosen
Bei Absetzen Gefahr von
 - Kampfanfällen
 - Deliren
 - Psychotische Symptome
- Bei längerer Gabe
 - Gleichgültigkeit dem Leben gegenüber
 - Gefahr, dass die Patienten sich nicht mehr mit den Ursachen auseinandersetzen
- Gabe von Tranquilizern darf nie eine Psychotherapie ersetzen
- Es werden Fälle beschrieben bei denen Abhängigkeit bereits nach kurzer Einnahme und niedriger Dosierung bestanden hat („Low-dose-dependency“)
Versuch des Absetzen führt zu :

- Schlaflosigkeit
- Alpträumen
- innere Unruhe
- Schweißausbrüche
- Zusätzliche Einnahme von Alkohol fördert Nebenwirkungen

Anwendung

- Gabe sollte nicht länger als 3 Monate andauern
- Bei vorhandenen/überstandenen Suchterkrankungen keine Benzodiazepine
 - Alternativen:
 - Neuroleptika
 - Betablocker
 - Antidepressiva
- Betablocker wirken am besten bei Angststörungen die sich durch körperliche Symptome wie Schwitzen, Herzklopfen, Zittern äußern
- Aus schleichen wie bei allen Psychopharmaka

Hypnotika

Überblick

- Hypnos = Schlaf
- Medikamente die Schlaf erzeugen können
- sehr heterogene Gruppe
- In der Fachliteratur werden Hypnotika oft zu den Tranquilizern eingeordnet

Zu den Hypnotika zählen

- Benzodiazepine
 - Wichtigste Stoffgruppe
 - relativ wenig Nebenwirkungen
 - Beispiele
 - Midazolam (Dormicum)
 - Lorazepam (Sonin)
 - Flunitrazepam (Rohypnol)
 - Non-Benzodiazepin-Hypnotika
 - Ähnliches Wirkprofil wie Benzodiazepine
- Beispiele
- Zolpidem
 - Zopiclon
 - Zaleplon
 - Antihistaminika

- Nicht rezeptpflichtig
- nicht ungefährlicher als Hypnotika
- Clomethiazol (Distraneurin)
 - starke Abhängigkeit
 - darf nicht ambulant verordnet werden
 - Hauptindikation
 - Alkohol Entzug
- Pflanzliche Mittel
 - nicht als Schlafmittel, bestenfalls Beruhigungsmittel
 - Wichtigster Vertreter
 - Baldrian
- Barbiturate
 - werden nicht mehr verordnet
 - starkes Abhängigkeitspotential
 - häufiger Missbrauch bei Suizidversuchen

Indikation

- Schlafstörungen

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens
- Veränderung des Antriebs mit emotionaler Abstumpfen (besonders bei älteren Patienten)
- Verwirrheitszustände und Deliren
 - Besonders bei älteren Patienten
- Abhängigkeit und Missbrauch
- Hypnotika gehören zu den Suchtstoffen, die am häufigsten zu einer Medikamentenabhängigkeit führen

Anwendung

- Nur bei eindeutig geklärten Indikationen
- Schlafstörungen **müssen** ursächlich behandelt werden und **nicht** rein symptomatisch
- Behandlung sollte möglichst in ein Therapiekonzept eingebettet sein
 - Psychotherapie
 - Regelung der Lebensführung
 - Entspannungsverfahren
- Einnahme muss auf wenige Wochen begrenzt sein
- Hypnotika müssen aus-schleichend abgesetzt werden
 - Abruptes Absetzen kann zu starken Schlafstörungen führen

Phasenprophylaktika

Überblick

- Können das weitere Auftreten (70%) von manischen oder depressiven Phasen bei affektiven Störungen verhindern oder den Schweregrad abschwächen
- Drei Stoffe werden eingesetzt
 - 1) Lithium
 - 2) Carbamazepin
 - 3) Valporinsäure (Valporat)
- Carbamazepin und Valporat sind auch bewährte Medikamente bei Epilepsie
- Carbamazepin zeigt ähnlich gute Ergebnisse wie Lithium
- Carbamazepin und Valporat werden eingesetzt
 - wenn Lithium nicht vertragen oder
 - Kontraindikationen vorliegen
- Langfristige Gabe von trizyklischen Antidepressiva kann als phasenprophylaktische Therapie angesehen werden

Indikationen

- Hauptindikation
- affektive Störungen bei denen es bereits zu mehreren Phasen gekommen ist
- Bei Schizoauffektiven Störungen

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Lithium
 - Viele Nebenwirkungen möglich
 - Einige nur in der ersten Zeit der Einnahme
 - Durst
 - feinschlägiger Tremor (Zittern der Hände)
 - Struma (Kropfbildung 10%)
 - Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
 - Gewichtszunahme (25%)
 - Hautausschläge
 - Schwindel
 - Gedächtnisstörungen
 - Bei akuter Überdosierung
 - können schwerwiegende Vergiftungen auftreten
 - Somnolenz

(Bewusstseinseintrübung) bis Sopor (schwere Bewusstseinseintrübung)

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- häufig Nierenfunktionsstörungen
- Verwaschene Sprache
- Ataxie (Gangstörungen)
- Krampfanfälle
- Koma
- Carbamazepin
 - Zu Beginn
 - Schwindel, Benommenheit
 - Übelkeit
 - allergische Hautreaktion
 - Im weiteren Verlauf
 - Appetitlosigkeit oder -zunahme
 - Brechreiz
 - Kopfschmerzen
 - Verwirrheitszustände (bei älteren Patienten)
 - Leberschäden, Blutbildveränderungen (gefährlich, selten)
- Valporinsäure
 - Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
 - Kopfschmerzen
 - Verwirrtheit
 - Tinnitus
 - Hörverlust
 - Hautausschläge
 - Haarverlust
 - Enzephalopathie (selten)
 - Blutbildstörung, Leberfunktionsstörungen

Anwendung

Lithium

- Wegen vieler Risiken sollte Lithium nur bei klarer Indikation gegeben werden
- bei bipolar affektiven Störungen sollten entweder
 - 2 Phasen innerhalb von 4 Jahren oder
 - insgesamt 3 Phasen bestanden haben
- Bei Dysthymien (neurotische Depressionen) zeigt Lithium keine Wirkung

- Einschleichende Dosierung
- Einsetzende phasenprophylaktische Wirkung erst nach einigen Monaten
- Geringe therapeutische breite
 - Grenze zur Vergiftung ist sehr eng
- Regelmäßige Kontrolle des Lithiumspiegels im Blutbildes
 - möglichst exakt 12 Stunden nach Einnahme der letzten Dosis
- Vor und Während Lithium Therapie
 - Körperl. Untersuchung
 - Messung des Halsumfangs
 - Bestimmung der Schilddrüsenwerte
 - Untersuchung von Nieren und Herz
- Rapid-Cycling Störung
 - Lithium hilft nicht !
 - Carbamazepin, Valporat
- Nicht in der Schwangerschaft
- Nicht bei Kinderwunsch
- Ausschleichen
 - plötzliches Absetzen kann zu psychotischen Zuständen führen

Nootropika

Überblick

- Wirken auf ZNS
- Sollen Gedächtnis, Merkfähigkeit und Konzentration verbessern
- Bei Patienten mit Demenz
- Auch Antidementiva genannt
- Therapieerfolge sind nur mäßig
 - Erfolg ist schon wenn die Demenz langsamer fortschreitet
- Substanzgruppen
 - Wirksam sind Acetylcholinesterasehemmer
 - Wirksamkeit nachgewiesen
 - Donepezil
 - Galantamin
 - Rivastigmin
 - Tacerin
- Tacerin
 - muss in 4 Dosen/Tag eingenommen werden
 - führt häufig zu einer Erhöhung der Leberwerte
- Andere Wirkstoffe produzieren weniger Nebenwirkungen und sind einfacher in

der Anwendung

- Phytotherapie
 - Ginkgo biloba

Indikation

- Erfolgs versprechend bei vaskulärer Demenz

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Häufig Beschwerden des Verdauungstraktes

Anwendung

- Nur Erfolg wenn bereits im frühen Stadium therapiert wird
- Es sollte über ausreichend lange Zeit therapiert werden
 - untere Grenze 3 Monate

Psychostimulanzien

Überblick

- Werden oft Aufputschmittel genannt
- helfen eine begrenzte Zeit Müdigkeit und Erschöpfung zu überwinden
- Konzentration und Leistungsfähigkeit sind vorübergehend erhöht
- reduzieren Hungergefühle und werden oft als Appetitlicher missbraucht
- Hierzu zählt auch Kokain und Amphetamin
- Auch Koffein und Nikotin sind hier zu hinzuzählen
 - Regelmäßige Einnahme führt zu Gewöhnung und Abhängigkeit
 - Metylphenidat (Ritalin(R)) gehört dazu
 - paradoxe Wirkung

Indikation

- AD(H)S bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- Narkolepsie

Unerwünschte Arzneimittelwirkung

- Schlafstörungen
- Appetitmangel
- Kopfschmerzen
- Übelkeit
- Herzklopfen
- Ängstlichkeit
- Depressivität
- Aggressivität
- Verzögerung des Längenwachstums
- Tic-Störungen

Methylphenidat und Abhängigkeit..

- Kein Hinweis für Abhängigkeitspotential
- Befürworter betonen das die Meditation einer Suchterkrankung deutlich verhindert

Anwendung

- Nur nach genauer Diagnose
- Wirkung hält einige Stunden an
- Muss mit Psycho- Familien- und/oder Sozialtherapie kombiniert werden
- Methylphenidat fällt unter das Betäubungsmittelgesetz
 - erschwert die Verschreibung
- Absetzen sollte schrittweise erfolgen

Psychotherapie

- ➔ Es haben sich verschiedene Schulen entwickelt
 - sehr unterschiedliche Theorien
 - sehr unterschiedliche Behandlungstechniken
- ➔ Jede Schule hat
 - eigene Grundannahme über die Funktion der menschlichen Seele
 - eigene Annahme wie psychische Krankheiten am besten behandelt werden
- ➔ Von der Krankenkasse anerkannte Verfahren
 - VT
 - Psychoanalyse
 - Tiefenpsychologische Psychotherapie

Psychoanalyse

Geschichte

- Begründet von S. Freud Ende des 19. Jahrhunderts
- Freud begann als erster die Funktionsweise des seelischen Apparates systematisch zu beschreiben

Allgemeines

Tiefenpsychologische Psychotherapie

- Wird hier zusammen mit der Psychoanalyse beschrieben
- eigenständige Therapieform
- aus der Psychoanalyse hervorgegangen
- hat sich auch aus Kostengründen entwickelt
- Psychoanalyse und Tiefenpsychologische Psychotherapie werden zusammengefasst auch als Psychodynamische Therapie bezeichnet

Grundannahme der Psychoanalyse

- Der Mensch durchläuft in seinem Reifungsprozess bestimmte Phasen
 - psycho-sexuelle Entwicklungsphasen
- Die ersten 6 Lebensjahre eines Menschen prägen seine Persönlichkeit
- Neurotische Störungen entstehen durch

innere Konflikte

- Innere Konflikte
 - sind in der Regel unbewusst
 - sind durch Verdrängung charakterisiert
- Das Bewusst-werden eines inneren Konfliktes lässt das Symptom verschwinden
 - Ziel ist also:
 - Konflikt bewusst werden lassen
 - Verdrängung aufheben

Wichtige Begriffe

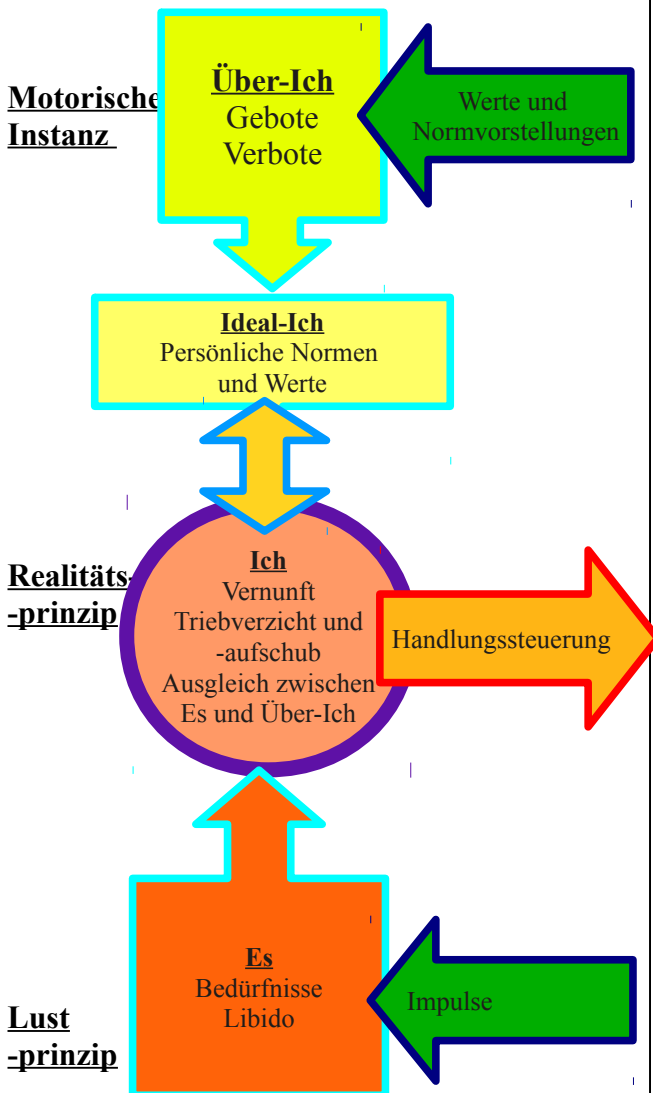
Neurose

- Psychisch bedingte Gesundheitsstörung infolge innerer seelischer Konflikte
- Inhalte des Konflikts werden durch Verdrängung in das Unbewusste abgeschoben
- Symptom drückt den Konflikt in der Neurose symbolisch aus
- Stellt Kompromiss zwischen Triebwunsch und dessen Abwehr dar
- Diese Konflikte haben ihre Wurzel in der frühen Kindheit (den ersten 6LJ)

Unbewusstes

- Ein großer und wichtiger Teil der aufgenommenen Informationen im Laufe eines Lebens bleibt unbewusst
 - Nervensystem entlastend
 - bestimmte Informationen bleiben unbewusst da diese mit schmerzhaften Empfindungen gekoppelt sind
- Der Seelische Apparat hat die Tendenz unangenehme Empfindungen zu vermeiden
 - Freud: Vermeidung von Unlust
- Das Unbewusste zeigt sich unter anderem in Träumen

Aufbau des seelischen Apparates



ES

- Laut Freud sind Menschen stark von Trieben gesteuert
- Triebe haben sexuelle Färbungen
- Triebe streben nach unmittelbarer Befriedigung
- Triebe sind im ES angesiedelt

Über-Ich

- Im Über-Ich sind gesellschaftliche Normen angesiedelt
 - werden vor allem durch Eltern vermittelt
- Das Über Ich beschränkt die sofortige Triebbefriedigung

Ideal-Ich

- entwickelt sich aus dem Über-Ich
 - Persönliche Werte und Normen

Ich

- Das Ich hat die Aufgabe zwischen Es (Ideal-Ich) und Über-Ich den Ausgleich zu schaffen
- Gesunde schaffen den Ausgleich zwischen
 - inneren Antrieben und
 - Außenwelt (Arbeit, Verantwortung für Familie und Gesellschaft)

Daraus resultiert

- Zwangssymptome = Folge eines starken Über-ich's
- Krankhafte Impulsivität = starke Es Kräfte + Ich.Schwäche

Konflikte

- Die verschiedenen Anteile des seelischen Apparates stehen häufig in einem Spannungsverhältnis zueinander
- Klassischerweise: Konflikt zwischen Triebwünschen und moralischen Ansprüchen der sozialen Umwelt (Es - vs. - Über-Ich)
- Konflikte bleiben meist unbewusst
- Gelingt dem seelischen Apparat kein ausgewogener Kompromiss kann sich ein neurotisches Symptome herausbilden
- Auch psychosomatische Krankheiten haben häufig psychogene Ursachen
- Es wurde der Versuch unternommen typische Gruppen von Konflikten zusammenzufassen

➔ **Abhängigkeit versus Autonomie**

- gleichzeitiger Wunsch nach starker emotionaler Nähe und Abhängigkeit einerseits und

- starkem Bestreben nach emotionaler Unabhängigkeit

➔ **Unterwerfung versus Kontrolle**

- gleichzeitiges Bestreben sich einzuordnen und

- Beziehungen nach den eigenen Bedürfnissen zu formen

➔ **Versorgung versus Autarkie**

- Wünsche nach Geborgenheit

stehen im Widerspruch

- zum Wunsch nach Selbständigkeit

➔ **Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte)**

- Brüchiger Selbstwert, der durch Leistung kompensiert wird

➔ **Schuldkonflikte**

- Zuweisung von Schuld an sich und andere

➔ **Ödipal-sexuelle Konflikte**

- Ausblendung oder Überbetonung von Sexualität und Erotik

➔ **Identitätskonflikte**

- z.B. in Bezug auf Geschlecht, Kultur- oder Sozialer Rolle
- ➔ **Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung**
- Innere emotionale Bestrebungen werden nur schwer angenommen und ausgedrückt

Psychosexuelle Entwicklung

- Phasenmodell der kindlichen Entwicklung

Psycho-sexuelle Entwicklung sphasen	Thema der Phase	Mögliche Folgen von Fixierung
Orale Phase - 18. LM	Vertrauen	Tendenz zu Abhängigkeit und Passivität
	Abhängigkeit	
	Bedürftigkeit	Suchttendenzen
Anale Phase 2.-3. LJ	Autonomie	Tendenz zu übertriebener Ordnung
	Selbstbestimmung	
		Höheres Risiko für Zwangsstörungen

Ödipale (phallische) Phase 4.-5. LJ	Entwicklung der Ich-Ideale Geschlechts-identifizierung rivalisierendes Durchsetzungsvermögen Im Zentrum steht der Ödipuskomplex	Tendenz zu überzogenen Leistungsstreben Tendenz zu sexuellen Störungen
Latenzphase	Entwickelt Beziehungen zu Menschen außerhalb der Familie sexuelle und aggressive Trieb-äußerungen nehmen ab Endet mit Beginn der Pubertät	
Genitale Phase	Sexualität und reife Persönlichkeit entwickelt sich	

Ödipuskomplex

- Kind wendet sich dem gegengeschlechtlichen Elternteil zu
- Entwickelt Rivalität mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil
- Umstritten sind die Annahme einer Kastrationsangst und eines Penisneids, die mit dieser Phase einhergehen sollen

Fixierung

- Stark ablehnende Haltung von Bezugspersonen kann in bestimmten Phasen dazu führen, dass sich Fixierungen entwickeln die sich auf die emotionalen Inhalte beziehen
- Person leidet noch als Erwachsener unter der Konstellation, die in der Kindheit

bestanden hat

- Fehlentwicklung in verschiedenen Entwicklungsphasen können im Erwachsenenalter zu psychischen Störungen führen
 - Wenn Konflikte durch Krisen **reaktiviert** werden
z.B.
Trennungserlebnisse
 - + Fixierung in der oralen Phase → kann führen zu
→ Depression, Suizidalität, Suchterkrankungen
 - + Fixierung in der analen Phase
→ Zwangsstörungen
 - + Fixierung in der ödipalen Phase
→ hysterische Symptome

Widerstand

- Seelische Ursache einer Neurose ist von Schmerzhafter Natur
 - Patient setzt der Bewußtmachung einen unbewussten Widerstand entgegen
 - Ist dem Patienten nicht vorzuwerfen
 - entzieht sich der Steuerung
 - Aufgabe des Therapeuten
→ Widerstand erkennen
→ verstehen
→ deuten

Abwehr

- Jeder Mensch versucht ungute Gefühle zu vermeiden
 - natürlich und gesund
 - Wehrt sich der Mensch gegen die Wahrnehmung von Erlebnisinhalten, die im Zusammenhang mit einer Neurose stehen
→ Lebensbewältigung kann eingeschränkt sein
- Abwehr kann sowohl gesund als auch pathologisch sein

Abwehr -mechanismus	Beispiel
Verdrängung	Eine Patientin hat als Kind ihren Vater sexuell begehrt. Diese Triebregung war nicht tolerierbar und wurde ins Unbewusste verschoben. Dort ist diese Triebregung jedoch weiter existent und drückt sich z.B. in der späteren Partnerwahl aus.
Verleugnung	Ein Patient, dem eine schwerwiegende Diagnose gestellt wird, behauptet, er würde mit einem anderen Patienten verwechselt.
Vermeidung	Eine Person wird jedes Mal, wenn eine wichtige Prüfung ansteht, kurzfristig krank, sodass sie an der Prüfung nicht teilnehmen kann
Sublimierung	Eine Person wandelt starke innere Aggressionen in hohe sportliche Leistungen um.
Reaktionsbildung	Eine Person vermeidet die Wahrnehmung aggressiver Impulse durch ein ausgeprägt pazifistisches Verhalten
Projektion	Ein Mann hat aggressive Regungen in Bezug auf einen Kollegen. Die eigene Aggressivität wird nicht bewusst wahrgenommen und in die Person des Kollegen verschoben. Der Mann erlebt seinen Kollegen als aggressiv
Introjektion	Ein Patient hat vom Vater die Haltung übernommen, man dürfte keine Schwächen zeigen, wenn man Erfolg haben will; daran hält er nun in allen Lebenslagen auch zu seinem Nachteil fest

Abwehr -mechanismus	Beispiel	Abwehr -mechanismus	Beispiel
Internalisierung	Eine Mutter stellt fest, dass sie ihre Kinder in der gleichen Tonlage und mit denselben Worten anschreit, mit denen sie früher selbst in ihrer Kindheit konfrontiert war.	Dissoziation	Ein Mädchen, das von ihrem Vater sexuell missbraucht wird, erklärt, sie habe während der Handlungen des Vaters keine Schmerzen gespürt, als ob sie nicht in ihrem Körper gewesen sei, sondern an einem anderen Ort
Identifikation	Jugendliche versuchen, Verhaltensweisen von anderen, idealisierten Personen wie z.B. berühmten Schauspielern zu übernehmen	Intellectualisierung	Der trauernde Witwer der über verschiedene philosophische Konzepte zum Thema Tod spricht
Regression	Ein Kind beginnt nach einem Trauma wieder mit Bettnässen oder Daumen-lutschen	Ungeschehen-machen	Der Patient versucht, sich durch zwanghaftes Hände waschen von früheren Sünden zu reinigen
Verschiebung	Ärger und Wut werden nicht am Arbeitsplatz, wo die Gefühle entstehen, sondern zu Hause in der Familie ausgedrückt	Entwertung/ Idealisierung	Besonders bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden in besonderen Maß Menschen entweder als ausschließlich gut oder ausschließlich feindlich wahrgenommen; wechselt die Wahrnehmung in Bezug auf eine Person, spricht man auch von Spaltung
Rationalisierung	Waschzwänge werden vom Patienten mit hygienischen Notwendigkeiten gerechtfertigt	Omnipotenz	Psychotherapeuten versuchen häufig, das Gefühl des Versagens und der Ohnmacht zu vermeiden, indem sie weitere Fortbildungen machen und so die Illusion nähren, wenn sie nur genug wissen, gäbe es kein Scheitern in der Arbeit mehr, keine Fälle, bei denen frustrierenderweise keine Besserung eintritt
Konversion	Ein Patient hat Lähmungserscheinungen und kann nicht gehen, somit ist es ihm auch nicht möglich, den erlertlichen Betrieb zu übernehmen, der Patient will lieber Schauspieler werden, will seine Eltern aber nicht enttäuschen		
Altruismus	Eine Person mit schwachem Selbstwertgefühl erlebt im Einsatz für andere Zufriedenheit.		
Affektisolierung	Das Geschehen während eines sexuellen Übergriffes wird sachlich und ohne gefühlsmäßige Beteiligung erzählt		

Abwehr -mechanismus	Beispiel
Projektive Identifikation	Ein Patient hat Gefühl des Schmerzes und der Ohnmacht verdrängt, die er erlebt hat, als seine Mutter in der Kindheit tagelang nicht mit ihm redete; unbewusst verhält er sich in seiner Partnerschaft ähnlich wie seine Mutter und erzeugt bei seiner Partnerin Traurigkeit und resigniertes Verhalten, was sie sonst von sich eigentlich nicht kennt
Identifizierung mit dem Aggressor	Viele Täter sexueller Gewalttaten waren als Kinder selbst Opfer von sexuellem Missbrauch
Psychosoziale Abwehr	Eine psychisch stark belastete Mutter hält ihre triebhaften, unangepassten und unzuverlässigen Anteile bewusstseinsfern, ihre jüngste Tochter zeigt besonders in der Schule unangepasstes Verhalten und entsprechend schlechte Noten; die Tochter wird von der Mutter für ihr Verhalten getadelt.

- Die Abwehr nicht in der Lage untolerierbare Erlebnisinhalte fernzuhalten, wird das Ich mit Angst überflutet
- Primärer Krankheitsgewinn
 - wird durch Abwehrmechanismus erreicht
 - Patient muss seine unerträglichen Triebimpulse und die entstehende Angst nicht spüren
- Sekundärer Krankheitsgewinn
 - Der Patient erhält wegen der Symptome Unterstützung und Entlastung durch sein Umfeld
 - Wenn der Krankheitsgewinn größer ist als der Leidensdruck kann eine Therapie nur selten erfolgreich durchgeführt werden

Unterscheidung

von Introjektion, Internalisierung und Identifikation (nach Tress)

- **Introjektion**
Wie du mir damals, so ich mir heute
- **Internalisierung**
Du bist immer-noch überall präsent
- **Identifikation**
Wie du mir damals, so ich heute den Anderen

Übertragung

- ➔ Der Patient
 - verhält sich im Laufe der Therapie wie er sich früher zu anderen, bedeutsamen, Personen verhalten hat
 - Überträgt frühere Beziehungs- und Interaktionsmuster auf die therapeutische Beziehung
- ➔ Vorgang wird durch die Abstinenz des Therapeuten gefördert
- ➔ Übertragungsphänomene beinhalten
 - Verhaltensweisen
 - Fantasien
(was hält der Therapeut von mir, was denkt er)
 - Gefühle
(Ärger, Verliebtheit)
 - Wünsche

Gegenübertragung

- ➔ Gefühle die beim Klienten durch den Klienten ausgelöst werden
 - ➔ Wichtige Unterscheidung
 - Gegenübertragungen, die mit bedeutsamen, Lebens geschichtlichen Themen des Therapeuten zusammenhängen
 - Gefühle, die in den Themen des Patienten verwurzelt sind
 - von großem Therapeutischem Wert
- Beispiel:
Therapeut fühlt sich in Gegenwart des Patienten Einsam
→ Er muss sich fragen:
- Gibt es Auslöser für die Gefühle in seinem momentanen oder bisherigem Leben?

- Bringt Patient diese Gefühle aus vergangenen Beziehungen mit?

Interventionsmethoden

Freies Assoziieren

- Therapeut hält den Patienten dazu an alles auszusprechen was ihm in den Sinn kommt
 - keine Zensur durch den Patienten
 - Auch explizit Dinge die sinnlos oder peinlich erscheinen oder die aus Höflichkeit nicht ausgesprochen werden würden
 - Aufforderung wird auch Grundregel genannt

Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand

- Stellt einen essentiellen Teil der Therapie dar

Traumdeutung

- Das Unbewusste drückt sich im Traum aus
- stellt eine Möglichkeit eine sonst nicht erreichbare Schicht der Psyche zu analysieren
- Träume sollten stets Individuell und nicht schematisch gedeutet werden

Abstinenz des Therapeuten

- Klassische psychoanalytische Therapie
- Therapeut sitzt hinter dem liegenden Patienten
 - ist nicht sichtbar
- Therapeut gibt keine Informationen über seine Person, äußert keine Meinung, gibt keine praktischen Vorschläge

Unterschiede PA/TP

	PA	TP
Therapie-frequenz	3-5 mal/Woche	1 mal/Woche
Setting	Patient liegt	Patient sitzt dem Therapeuten gegenüber
Schwerpunkte der Therapie	Konzentration auf Übertragungs-Beziehungen Therapie der Gesamt-persönlichkeit	Konzentration auf wichtige Beziehungen zu Menschen des Alltagslebens Konzentration auf einzelne, aktuelle (neurotische) Konflikte
Verhalten des Therapeuten	Therapeut verhält sich neutral (Abstinenz)	Therapeut ist aktiv und macht teils Vorschläge

Spezielle Formen

Objekt-Beziehungs-Psychologie

- Anstelle der Triebtheorie
- Hervorhebung der Beziehungen wichtiger Bezugspersonen (Objekte) für das heranwachsende Kind
- Entstanden aus direkter Beobachtung von Kindern und ihren Interaktionen
- Beziehungsstörungen, können zu schweren Beeinträchtigungen im Gefühlsbereich führen

Selbst-Psychologie

- Wichtigkeit des Selbstbildes
- ein verzerrtes Selbstbild verhindert den guten Kontakt zu sich und der Umwelt

Supportive Psychotherapie

- Therapieform für Menschen mit schweren

seelischen Störungen (Psychosen)

- Merkmale
 - keine aufdeckende Psychotherapie
 - Unterstützung bei konkreter Alltagsbewältigung
 - aktive Rolle des Therapeuten
 - positive Beziehungsgestaltung durch Therapeuten

Analytische Psychologie

- Annahme : Jeder Mensch hat die Anlage zur positiven Entwicklung
 - Wichtiger dies weiterzuentwickeln als sich mit der Vergangenheit zu beschäftigen

Individualpsychologie

- Betonung auf sozialen Faktoren

Dynamische Psychotherapie

- Fokus auf gegenwärtigem Konflikt
- stützende, Selbstwertsteigerende Therapie

Logotherapie

- Neurotische Krise durch Sinnfrage
- Therapeutische Gespräche sollen zur Sinnfindung im Leben führen
- Therapeut ist nicht Direktiv
 - als Gesprächspartner

Kognitive Verhaltenstherapie

- Setzt sich aus einer Fülle von einzelnen Therapieverfahren zusammen

Geschichte

Wurzeln der Verhaltenstherapie sind weit verzweigt:

John B. Watson

- forderte in den 1920er Jahren eine Psychologie der reinen Naturwissenschaften
- Wandte sich der „Beobachtung des reinen Verhaltens zu“
- Mensch als Black-Box
 - wird durch lernen und Erfahrung geprägt

Iwan Pawlow

- erarbeitete das Konzept der Klassischen Konditionierung → siehe „Wichtige Begriffe“

Burrhus F. Skinner

- Erweiterte die Theorien um die Operante Konditionierung
- Für viele ist dies die Geburtsstunde der modernen Verhaltenstherapie

Joseph Wolpe

- Übertrug die Klassische Konditionierung auf die Behandlung seelisch kranker
- Erklärte das Zustandekommen und Aufrechterhalten von Angststörungen
- Entwickelte die systematische Desensibilisierung

Aaron T. Beck und Albert Ellis

- Erarbeiteten in den 1960er Jahren die Grundlagen der kognitiven Therapie
- wiesen auf die Bedeutung von gedanklichen Prozessen bei vielen Störungen hin
- Beck entwickelte ein Programm zur Behandlung von Depressionen
 - wird bis heute verwendet

Albert Bandura

- Beschrieb das Modelllernen

Frederick Kanfer

- Entwickelte das SORKC System
 - Störung wird auf Symptom-ebene untersucht
 - SORKC-Schema ist Grundlage der

weiteren Therapieplanung

Grundannahme

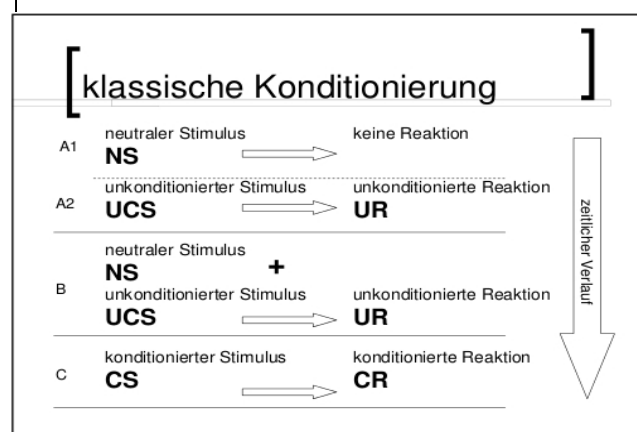
- Psychische Störungen sind auf abnormes, gelerntes Verhalten zurückzuführen
- Neue Lernprozesse können ungünstiges Verhalten verändern
- Motive, Gedanken, Gefühle und innere Konflikte spielen bei der Behandlung von psychischen Störungen keine große Rolle (reine VT)
- Ungünstige Gedankenmuster können Verhaltensstörungen verursachen und verstärken
- Eine psychotherapeutische Intervention muss die Kriterien eines Wissenschaftlichen Experiments erfüllen
- Für jede Psychische Störung wird ein spezielles therapeutisches Vorgehen (Manuell) entwickelt

Ziele der Verhaltenstherapie

- Hilfe zur Selbsthilfe
- Reduzierung der Symptomatik
- Selbstregulation des Patienten
- Psychoedukation des Patienten
- Förderung des Verständnisses der Störung durch Modelle

Wichtige Begriffe

Klassische Konditionierung



- Geht auf Iwan Pawlow zurück
- Unbedingte Reaktion
 - =Speichelsekretion des Hundes
- Unkonditionierter Stimulus

- =Der Nahrungskontakt
- Neutraler Stimulus
 - Glocke
- Durch Trainingsphase mit Neutralem Stimulus (Glocke) in Verbindung mit Unkonditioniertem Stimulus (Futter) entsteht

→ konditionierter Reiz und konditionierte Reaktion

 - Speichelfluss bei Glocke
- Reizgeneralisierung
 - wenn auch ähnliche Reize die bedingte Reaktion auslösen
- Diskriminierungslernen
 - Verhalten nur auf spezifische Reize

Operante Konditionierung

- Ein natürlich auftretendes Verhalten wird öfter ausgeführt wenn es positiv verstärkt wird
- Negative Konsequenz
 - Verhalten wird weniger oft ausgeführt
- Diskriminativer Reiz
 - Hinweisreiz für das Auftreten von Verstärkung
 - Reiz der eine bestimmte Reaktion auslöst
- Kontingenz
 - Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Verhaltens erhöht sich um so mehr, schneller, zuverlässiger die Verstärkung stattfindet
- Intermittierende Verstärkung
 - In der Wirkung besonders lang anhaltend (Löschungsresistent)
 - unregelmäßig, unvorhersehbar

Verhalten wird häufiger

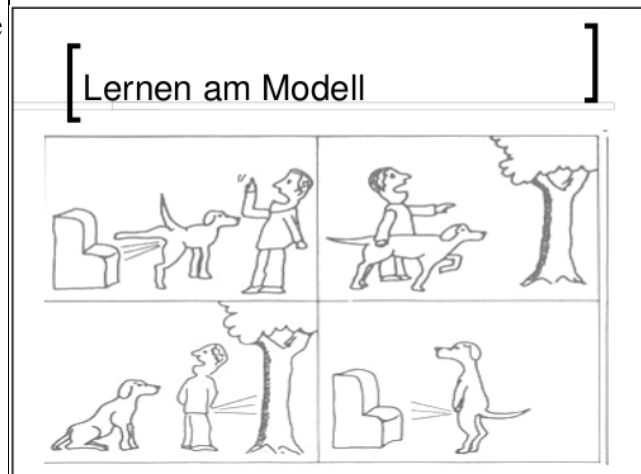
- Positive Verstärkung
 - Geben eines positiven Reizes
- Negative Verstärkung
 - Entfernung eines negativen Reizes

Verhalten wird weniger

- Positive Bestrafung
 - Geben eines negativen Reizes

- Negative Bestrafung
 - Entfernung eines positiven Reizes
- Extinktion
 - Wird ein Verhalten lange nicht belohnt kann es zur Löschung des Verhaltens kommen

Modelllernen



- Lernen durch Vorbilder
- In Abhängigkeit des sozialen Status des Vorbildes und als wie erfolgreich diese Handlung erlebt wird.

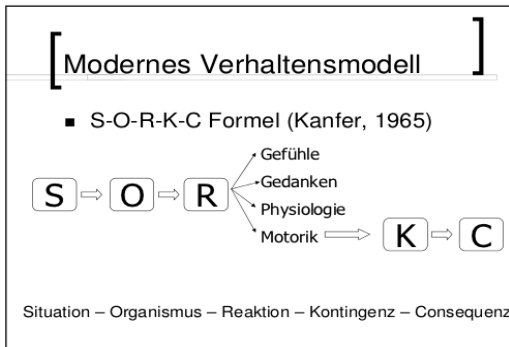
Selbststeuerung

- Ziel vieler verhaltenstherapeutischer Ansätze ist die Verbesserung der Selbststeuerung
- Selbsthilfekompetenz und Selbstwirksamkeit sollen möglichst erhöht werden
- minimale Intervention
 - So wenig Hilfe wie möglich, soviel wie nötig
- Selbstbeobachtung
 - bestimmte Verhaltensweisen werden durch den Patienten selbständig protokolliert
- Selbstverstärkung
 - Stimuluskontrolle
 - z.B. Keine Schokolade im Haus, wenn der Patient abnehmen will

Verhaltensanalyse

nach dem SORKC-Schema

➔ Ist Grundlage weiterer Therapieplanung



→ Stimulus (S)

- auslösender Reiz, der zu unangemessenem oder unerwünschtem Verhalten führt
- kann sein
 - äußere Situation
 - bestimmter Gedankenmuster
 - körperliche Vorgänge
 - soziale Situation

→ Organismusvariable (O)

- konstitutionelle, biologisch-physiologische Reaktionsweisen die das Krankheitsverhalten auslösen oder aufrecht erhalten
- Psychologische Variablen wie Einstellungen und Überzeugungen
- konstitutionelle Defizite

→ Reaktion (R)

- das eigentliche Krankheitsverhalten

→ Kontingenz (K)

- Kurzfristig
 - meist positiv
- langfristig
 - meist nachteilige Folgen

→ Faktoren des SORKC-Schemas werden ausführlich erfragt

- zu einem individuellen Störungsmodell verknüpft und daraus
- ein individueller Therapieplan erstellt

SORKC- Schema anhand einer Patientin mit Bulimie..

S	Im Kühlschrank befinden sich viele Nahrungsmittel
O	Patientin hat Hunger; sie hat selbst-abwertende Gedanken
R	Aufnahme großer Nahrungsmengen

K	Kurzfristig: Entspannung	Langfristig: Schuldgefühle, Gewichtsprobleme
C		

Interventionsmethoden

- Sind auf bestimmte Störungen zugeschnitten
- setzen sich aus mehreren Bausteinen zusammen

Systematische Desensibilisierung

- Joseph Wolpe
- Wird vor allem bei konkreten Ängsten eingesetzt
- Therapeuten und Patienten entwickeln eine Angsthierarchie
 - Patient schildert Situationen und schätzt die Angst ein (meist Zahlenwerte)
 - Patient soll sich die ängstigende Situation vorstellen (in sensu)
 - begonnen wird meist mit weniger Angstauslösenden Situationen
 - Angstintensität wird im Verlauf gesteigert
- Häufig Kopplung mit Entspannungsverfahren
 - Angst und Entspannung sind zwei gegensätzliche physiologische Zustände
- Erfordert viel Geduld
- Braucht lange für Wirkung
- wird zunehmend weniger eingesetzt

Reizkonfrontation

- Zuverlässigste Therapieform bei Situationsbedingten Ängsten
- genaue Aufklärung
- Patient wird direkt mit der angstauslösenden Situation konfrontiert
 - Es können massive Angstzustände auftreten
- Patienten lernen Angst zu erleben und auszuhalten
 - Flucht oder Vermeidung verhindern!
- Patienten meinen das sie ohnmächtig werden/sterben
 - machen die Erfahrung das diese, unangenehmen Folgen ausbleiben

- Unterscheidung
 - in sensu → in der Vorstellung
 - in vivo → in der realen Situation
 - abgestuft → Habituationstraining
 - massiv → z.B. Flooding
- Systematische Desensibilisierung
= graduierte Reizkonfrontation in sensu
- Flooding
= massive Reizkonfrontation in vivo
- Reizkonfrontation darf erst beendet werden
 - wenn der Patient die Situation (weitgehend) angst-frei ertragen kann
 - wenn eine gewisse Gleichgültigkeit der Situation gegenüber eingetreten ist

	Graduell	Massiv
In sensu	Systematische Desensibilisierung	Flooding in sensu (Implosions-therapie)
In vivo	Habituations-training	Flooding in vivo (Reizüberflutung)

Training sozialer Kompetenz

- Verschiedene Verfahren
- sollen dem Patienten helfen sich in bestimmten Situationen effektiver zu verhalten
- Durch
 - Rollenspiele
 - Verhaltensübungen
 - kognitive umbewertung
 soll ein höheres Maß an Selbstsicherheit und Selbstvertrauen erreicht werden
- Lernen durch Übung und Vorbilder
- Patienten erhalten differenziertes Feedback
- Meist in Gruppen
- Besonders bei sozialen Ängsten und depressiven Störungen

Biofeedback

- Apparaturen verhelfen zu einer Rückmeldung über Körperfunktionen wie:
 - Herzfrequenz
 - Blutdruck
 - Hauttemperatur

- Muskelspannung
- Hautwiderstand
- Patient lernt wie er biologische Faktoren beeinflussen kann
- Selbstkontrolle wird verbessert
- Indikation z.B Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Stottern, Bluthochdruck, Verstopfung, sexuelle Störungen

Kognitive Therapie

- Aaron T.Beck
 - stellte fest das bei Depressiven Patienten bestimmte typische Gedankenmuster vorhanden sind
- Kognition
= menschliche Informationsverarbeitung in Wahrnehmung und Denken
 1. Schritt Patienten erlernen automatisch ablaufende Gedanken zu identifizieren
 2. Schritt Ausführliche Überprüfung inwieweit diese Gedankenmuster nützlich und realistisch sind
- Therapeut versucht nicht dem Patienten von der Fehlerhaftigkeit zu überzeugen
 - er führt einen „sokratischen Dialog“ in dem er „naive“ Fragen stellt
- Kognitive Umstrukturierung
 - Die Krank machenden Denkmuster werden durch andere günstigere und realistischere ersetzt
- Eingesetzt z.B. bei
 - Depressionen
 - Angst und Panikstörungen
 - Zwang
 - Somatoforme Störungen
 - Süchte
 - Persönlichkeitsstörungen

Problemlösetraining

- Patienten lernen ihre Probleme schneller und effektiver zu lösen
- stark strukturiertes Vorgehen
 1. Schritt: Information und Vorbereitung
 - Patient wird über Vorgehen und Nutzen informiert

- Wird motiviert, weitgehend eigenverantwortlich und aktiv an dem Programm teilzunehmen
- 2. Schritt: Problembeschreibung
 - immer nur 1 Problem
 - sollte auch die Ebenen
 - Gedanken
 - Gefühle
 - Verhalten
 - körperliche Reaktionen
 - soziale Auswirkungen beinhalten
- 3. Schritt : Problemanalyse
 - Wie ist das Problem entstanden ?
 - Was hält das Problem aufrecht ?
 - Welche Versuche wurden unternommen um das Problem zu lösen ?
 - Warum haben sie nicht funktioniert?
 - Welche Folgen hat es, wenn das Problem nicht gelöst wird?
- 4. Schritt : Zielanalyse
 - Problem wird meist in Teilprobleme unterteilt
 - Teilziele in realistische, erreichbare Ziele unterteilt
 - Patient soll kontinuierlich das Gefühl des Fortschritts haben
- 5. Schritt . Lösungs- und Veränderungsplanung
 - Patient soll möglichst selbständig Lösungsmöglichkeiten zusammentragen und Auswählen welche Teilziele am Erfolgversprechendsten sind
 - Selbstverpflichtung des Patienten (u- U. Schriftlich) die Schritte umzusetzen
- 6. Schritt Ausprobieren der Lösungen oder Probehandeln
 - Lösungsmöglichkeiten werden ausprobiert
 - im täglichem leben
 - In Rollenspielen (mit Aufzeichnung/Auswertung)
- 7. Schritt : Bewertung der Probehandlung

- Ergebnisse werden analysiert
- Entscheidung ob der Weg fortgesetzt oder eine neue Strategie entwickelt wird
- 8. Schritt : Transferplanung
 - Bei erfolgreichen Lösungsversuchen
 - Patient und Therapeut überlegen gemeinsam wie die erarbeiteten Strategien auf andere Probleme übertragen werden können
 - Therapie wird anschließend Beendet
 - Im Idealfall kann der Patient mit diesen System in Zukunft alleine Probleme lösen

Einsatz bei :

- | | |
|------------------|-------------------------------|
| - Alkoholismus | - Depression |
| - Angststörungen | - Eheproblemen |
| - Stress | - Probleme im Sozialverhalten |

Token-Systeme

- Verstärkungssystem bei der der Patient sich Belohnungen in Form von z.B. Münzen verdienen kann die er später gegen andere Belohnungen und Vergünstigungen einlösen kann
- Zuerst in Heimen oder psychiatrischen Einrichtungen eingesetzt
- Heute z.B. auch bei ADHS

Verhaltenstherapeutische Sexualtherapie

- In der Regel als Paartherapie
- bewährt haben sich 2 Therapeuten (1männlicher/1weiblicher)
- Nach Problemanalyse und ausführlicher Information erhalten die Partner Übungen die sie zu Hause durchführen sollen
 - Üben über Sexualität zu reden und sich miteinander Lust zu verschaffen
- 1.Phase beinhaltet verbot von Geschlechtsverkehr
- Auswertung in den Therapiesitzungen

Prompting

- Unmittelbares reagieren des Therapeuten auf die Versuche des Patienten
- Verbale Korrekturen oder
- Therapeut macht das unerwünschte Verhalten vor

Shaping

- Erlernen ganz neuer Verhaltensweisen
- Übersetzt. Schrittweise Verhaltensformung
- Weg zum Ziel wird in Teilschritte unterteilt
 - durch Verstärkung trainiert

Gedankenstopp

- Viele psychische Störungen werden von ungünstigen Gedankenmuster begleitet
 - Depression
- Patienten werden aufgefordert bewusst an die dysfunktionalen Muster zu denken
- Therapeut ruft nach einiger Zeit „Stopp“ und klatscht in die Hände
 - Patient erlebt wie sie vor Schreck aus den Gedanken gerissen werden
 - In der Folge erproben Patienten durch selbst durchgeführte Gedanken-stopp Übungen mehr Kontrolle über ihre Gedanken zu erreichen

Weitere Verfahren

- Viele Störungsspezifische Therapien

Gesprächstherapie

- Nach Rogers
- wird auch Gesprächspsychotherapie genannt
- wird den humanistischen Therapien zugerechnet
 - formte sich in den 1970er Jahren in Abgrenzung zu den etablierten Therapien
- Andere Bezeichnungen
 - Klientenzentrierte Psychotherapie
 - nicht Direktive Psychotherapie

Geschichte

- Von Carl R. Rogers ab den 1940er Jahren entwickelt
 - führte die Bezeichnung „Klient“ in die Psychotherapie ein
- Er stellte fest das die Form des Kontakts für die gewählte Therapie ausschlaggebend ist

Grundannahme

- Jeder Mensch verfügt über ausreichend **Wachstumspotential** und **Selbstheilungskräfte**.
Eine vertrauensvolle, weitgehend angstfreie Situation hilft dem Klienten, seine **Selbstheilungskräfte** zu aktivieren.
- Dem Organismus wohnt eine **Aktualisierungstendenz** im Sinne einer „inhärenten Tendenz zur Entfaltung aller Kräfte“ inne. Diese Tendenz strebt nach Erhalt und Förderung des Organismus als Ganzem.
- Als Teil der **Aktualisierungstendenz** gibt es ein Bestreben, sich selbst zu erfahren und ein Erleben bewusst zu verarbeiten. Dieser Teil der Aktualisierungstendenz nennt man **Selbstaktualisierungstendenz**.
- Beeinflusst durch die Interaktion mit seiner Umgebung entwickelt der Mensch sein **Selbstkonzept**. Dieses besteht aus allen Annahmen und Ansichten über sich selbst.
- Eine der Tendenzen, die dem Menschen innewohnt, wird als **Selbstbehauptungstendenz** bezeichnet. Sie ist bestrebt, das Selbstkonzept aufrechtzuerhalten.
- Das wichtigste Bedürfnis des Menschen ist das **Bedürfnis nach Anerkennung**. Menschen brauchen das Gefühl gesehen, beachtet und verstanden zu werden.
- Seelische Störungen entstehen durch das Erleben von Inkongruenz (Kongruenz = Übereinstimmung). Inkongruenz entsteht durch eine widersprüchliche Beurteilung von Erfahrung.
Selbstaktualisierungstendenzen und Selbstbehauptungstendenz stoßen aufeinander. Es entsteht eine innere „Ungereimtheit“

Eigenschaften einer „Fully Functioning Person“ nach Rogers

- Offenheit für Erfahrungen
- Akzeptieren der Eigenen Personen
- Zufriedenstellende soziale Beziehungen
- Kreativität

- Realistische Anpassung und Wahrnehmung der Umwelt
- Sich selbst als Ort der Bewertung erleben
- Emotionale Stabilität
- Selbstkongruenz
(Übereinstimmung von Selbstbild und Erfahrung)

Interventionsmethoden

- ➔ Nicht im Üblichen Sinne durch den Einsatz von Techniken und Werkzeugen zu erklären
- ➔ Begegnung mit einer bestimmten Grundhaltung
- ➔ Therapeut macht ein spezifisches Beziehungsangebot

Therapeutische Beziehung

- Besonders durch 3 Aspekte gekennzeichnet

Bedingungsfreie Anerkennung

- Unbedingte Wertschätzung, bedingungsloses Akzeptieren
- Klient wird vorbehaltlos als ganze Person akzeptiert
- Therapeut begegnet dem Klient
 - positiv
 - warmherzig
 - aktiv zugewandt
- Gelingt dies dem Therapeuten kann der Klient
 - sich seinen Inneren Erfahrungen zuwenden
→ diese selbst annehmen

Empathie

- Teilhabe am Erleben des anderen
- beinhaltet vor allem das Erleben zusammenhängender Gefühle

- Empathisches Verstehen wird dem Klienten gegenüber ausgedrückt

Kongruenz

- Bezieht sich auf
 - das Verhalten Therapeut gegenüber Klient
 - Therapeut zu sich selbst
- Therapeut verhält sich
 - Echt
 - authentisch
 - unverfälscht
- Voraussetzung ist dass der Therapeut einen guten Zugang zu sich selbst hat
 - nimmt seine inneren Regungen und Strebungen wahr
- Kongruentes Verhalten ist nur möglich wenn der Therapeut in sich nicht Inkongruent ist.

Nicht-Direktivität

- Der Therapeut
 - beschränkt sich auf das Zuhören
 - strukturiert den Prozess nicht durch Fragen
 - schlägt keine Interventionen vor
 - analysiert und kommentiert nicht
 - belehrt oder tröstet nicht
 - redet nicht über eigene Erfahrungen

Aktives Zuhören

- Zugewandte, offene Körperhaltung
- Blickkontakte
- Telefonlaute („ja“, „Hmm“)
- Paraphrasieren
 - Therapeut wiederholt zusammenfassend das Gesagte
 - möchte Wissen ob er den Klienten richtig verstanden hat

Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte

- Therapeut spiegelt zurück welche Gefühle er wahrgenommen hat
 - Therapeut hilft so dem Klienten seine Erlebnisse selbst wahr- und

anzunehmen

- Durch Konsequentes Widerspiegeln der emotionalen Erlebnisinhalte findet der Klient immer tiefer zu sich selbst und entdeckt sich, durch die Intervention, selbst
- Voraussetzung ist dass der Klient selber eine Inkongruenz wahrnimmt und in der Lage ist das gesprächstherapeutische Angebot anzunehmen

Hypnotherapie

- Nach Erickson
- moderne Form der Hypnosetherapie
- bei vielen Störungen
- in Form einer lösungsorientierten Kurzzeittherapie

Geschichte

- Bereits im Altertum eingesetzt
- Paracelsus empfahl im 16. Jahrhundert den Einsatz von Suggestionen bei Nervenleiden
- Bis Mitte des 19. Jahrhunderts als Vorbereitung für Operationen
 - verdrängt durch Betäubungsmittel
- Heute unterscheidet man klassische und weniger Direktive Hypnose
- weniger Direktive geht auf Milton Erickson zurücknehmen
 - Hypnotherapie
 - Klient weiß den Weg einer guten Lösung
 - Therapeut hilft den Zugang zu dem Wissen zu finden
- Klassische Hypnose
 - Standard suggestionen zur

Beeinflussung von Verhaltensweisen

Grundannahme

- Das Unbewusste des Patienten weiß den Weg zu einer Lösung seiner Probleme am besten
 - In einer hypnotischen Trance ist das Unbewusste leichter zugänglich
 - Veränderungen entstehen durch eine innere Selbstorganisation des Patienten. Der Therapeut begleitet den Patienten hierbei.
 - Der Patient überwindet seine Probleme durch seine eigenen Stärken und Lösungen.
 - Die Orientierung an einem positiv formulierten Zielzustand setzt mehr Kräfte frei als eine Orientierung an Symptomen
- Die Formulierung:

„Ich fühle mich gesund, tatkräftig und beschwingt.“

setzt mehr Kräfte im Unbewussten frei als die Zeitformel:

„Ich habe keine Kopfschmerzen mehr“

Wichtige Begriffe**Trance**

- Hat nichts mit Schlaf zu tun
- Zustand zwischen entspanntem Wachzustand und einem abgesenkten und eingengtem Bewusstseinszustand.
- Aufmerksamkeit liegt auf inneren Vorgängen und dem Unbewussten
- erhöhte Aktivität an Alpha-Wellen
- Patient behält die Bewusste Kontrolle
 - Ängste über Willen- und Wehrlosigkeit sind unbegründet
- Nichts mit Showhypnose zu tun

Utilisation

- Man versucht alle Eigenschaften und Eigenarten des Patienten zu nutzen
- Form des Widerstands oder positive Eigenschaften des Symptoms werden genutzt.

Beiläufigkeit

- Suggestionen werden häufig indirekt angeboten

- umgehen so eine Auseinandersetzung mit dem bewussten Denken

- Erreichen auch so den Adressaten

Beispiel:

„... und es ist nicht nötig daran zu denken, dass man eine Lösung auch auf leichte Art und Weise finden kann.“

Ressourcen

- Orientierung an Stärken und Fähigkeiten

Interventionsmethoden**Zukunftsprojektion**

- Patient stellt sich einen Zeitpunkt in der Zukunft vor an dem das Problem nicht mehr besteht
 - Bilder zu diesem Zustand zu entwickeln hat eine große therapeutische Wirkung
 - Depressive können dieses im Tagesbewusstsein zum Beispiel nicht, in Trance gelingt es jedoch
 - impliziert die Möglichkeit einer Veränderung
 - Vertiefung und Erkundung auf verschiedenen Sinneskanälen
 - Patient kann rückblickend beschreiben wie er diesen positiven Zustand erreicht hat

Geschichten und Metaphern

- Geschichten, die scheinbar nichts mit dem Problem zu tun haben werden erzählt
 - Setzt Suchprozesse in Gang
 - Einstreuung von Implikationen die wie selbstverständlich eingebettet werden

Amnesie

- Nicht mehr Erinnern an den Inhalt der Hypnose im Wachzustand
 - verhindert, dass das Tagesbewusstsein mit dem rationalem Denken die weiter Wirkenden Suggestionen (wenn dies gewünscht wird) stört.

Pacing und Leading

- Pacen
 - Therapeut stellt sich auf seinen Gegenüber ein und folgt ihm
 - In den meisten Stadien der Therapie

- Leading
 - Therapeut übernimmt die Führung in der therapeutischen Beziehung
 - setzt:
 - Suggestionen
 - Implikationen
 - Geschichten ein.

Autogenes Training

- In Deutschland weit verbreitetes Entspannungsverfahren
- Kontraindiziert für Patienten mit psychotischen Störungen

Geschichte

- Von Johannes Heinrich Schultz als Methode zur Selbsthypnose entwickelt

Grundannahme

- Spricht unwillkürliche Körpervorgänge an und verändert diese
- Wirkung über das vegetative Nervensystem
- Durch Erlernen der Selbstsuggestionen werden die Patienten vom Therapeuten unabhängig und können Entspannung jederzeit selbständig herbeiführen

Wichtige Begriffe

Oberstufe

- Patienten arbeiten mit selbst gewählten Situationen und lernen, hierzu Bilder zu entwickeln

Zurücknehmen

- Zurücknehmen ist zu beachten

Interventionsmethoden

Grundübungen

- Übungen und Formeln der Grundstufe

Übungen der Oberstufe

- Visualisierung von Farben, Personen und Situationen

Progressive Muskelentspannung

- Patienten lernen Spannung und Entspannung selbständig zu steuern

Geschichte

- Entwickelt von Edmund Jacobsen
- Heute wird die PME meist in Verbindung mit einer Verhaltenstherapie eingesetzt

Interventionsmethoden

- Übungen von Anspannung und Entspannung verschiedener Muskel (-Gruppen)

Psychiatrische Notfälle

- Sind zunächst nicht anders zu handhaben als andere medizinische Notfälle
- Führen in der Regel zu einer intensivmedizinischen Behandlung
- Häufigste Ursachen
 - Alkohol- Drogenprobleme
 - psychische Krisen
 - Schizophrenie
 - Depression und Manie
 - organische Psychosen

Suizidalität

- Kann in Zusammenhang mit vielen psychischen Störungen auftreten
Die wichtigsten sind:
 - Depression
 - Abhängigkeitserkrankungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Schizophrenie
- Besonders häufig sind alte und alleinstehende Menschen betroffen

Suizidankündigungen sind immer ernst zu nehmen und dürfen nie bagatellisiert werden

Therapie

- Im Zusammenhang mit psychischen Störungen die mit einem erhöhtem Suizidrisiko einhergehen, ist immer aktiv danach zu fragen.
- Einschätzung der Gefahr
- Besonders Gefährlich
 - vorhandene Vorstellungen
 - konkrete Vorbereitungen
 - konkrete Vorstellung
 - Suizid in der Anamnese
- Akzeptierende Gesprächsatmosphäre
- Patient nicht alleine lassen
- Patienten überzeugen sich in stationäre Behandlung zu begeben
- Es ist dafür zu sorgen das der Patient in eine geeignete Einrichtung begleitet wird
- bei nicht Einwilligung : Zwangseinweisung

Akute Angst- oder Erregungszustände

- Steigerung des Antriebs und der Psychomotorik
- große innere Unruhe
- vegetative Symptome
- Patienten können gereizt sein und sich aggressiv verhalten
- Auslöser können eine Vielzahl von psychischen Störungen sein z.B.
 - Schizophrenie
 - Manie
 - Panikattacken
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Intelligenzminderung
 - organische Hirnerkrankungen
 - agitierte Depression

Therapie

- Ruhiges und besonnenes Gespräch um eine Psychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen
- Gefährdung der eigenen oder fremder Personen
 - stationäre Behandlung
 - Willigt der Patient nicht ein
 - Unterbringung nach PsychKG
- Medikamentöse Therapie der zugrunde

liegenden psychischen Störung

Delir

- Geht mit
 - Bewusstseinseintrübung
 - Desorientiertheit
 - motorische Unruhe
 - erhöhte Suggestibilität
 - vegetativen Symptomen einher
- Am häufigsten bei Alkohol- und Medikamentenentzug
- Auch Operationen oder körperlichen Erkrankungen bei älteren Menschen können Delirante Zustände auftreten

Therapie

- Medikamentöse Unterstützung bei Endzugsymptomen durch
 - Clomethiazol
 - Diazepam
 - Doxepin
- Behandlung muss Stationär erfolgen
 - lebensgefährlicher Zustand

Akute psychotische Symptome

- Auffälliges Verhalten
- motorische Unruhe
- starke Angstgefühle
- häufig Wahnwahrnehmungen und Halluzinationen
- Auslöser kann sein:
 - Schizophrenie
 - Hirnerkrankungen
 - Folge von Entzug oder Zufuhr psychotroper Substanzen

Therapie

- Medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung
- Sofortige Behandlung durch Psychiater oder in einem psychiatrischen Krankenhaus

Hirnorganische Verwirrheitszustände

- Folge von Erkrankung des Gehirns
- Auch körperliche Erkrankungen wie
 - Hypoglykämie
 - Blutdruckkrisen
 - schwere Herzrhythmusstörungen
 können , besonders bei älteren Menschen,

- Verwirrtheit auslösen
- Symptome
 - Desorientiertheit
 - Verkennen der Umwelt
 - Denken ist verworren und unzusammenhängend
 - Angst oder Aggressivität

Therapie

- Medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung
 - Haloperidol
 - kurzfristig Diazepam
 - Promethazin
 - Pipamperon
- Bei Selbst- oder Fremdgefährdung muss eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgen

Substanzinduzierte Akutsituationen

- Durch
 - Alkohol
 - Drogen
 - Medikamente
 können sehr unterschiedliche Akutsituation auftreten
- Bei älteren Menschen kann nahezu jedes Medikament eine Akutsituation auslösen

Therapie

- Umgehend Intensiv medizinische Diagnostik

Dämmerzustand

- Wird durch eine Epilepsie ausgelöst
- Bewusstsein ist auf inneren Erlebnisbereich eingeschränkt
- Kommunikation mit der Umwelt bricht ab
- traumähnlicher Zustand
- Es kann zu gefährlichen aggressiven Zuständen kommen

Therapie

- Diazepam
- stationäre Behandlung

Stupor

- Jegliche körperliche und seelische Aktivität fehlt
- reagieren nicht auf Kontaktaufnahme
- Im Rahmen von

- Schizophrenie
- schweren Depressionen
- Schreck- und Belastungsreaktion

Therapie

- Medikamentöse Behandlung der Grunderkrankung
- Bei Schizophrenie
 - beispielsweise hoch dosierte Neuroleptika
- Therapieresistenz oder Lebensgefahr → Elektrokampftherapie

Hyperventilation

- Beschleunigte Atmung
- Absenkung des Co^2 Spiegels im Blut
- Gefühl der Luftnot
- Kribbeln um den Mund und in den Händen
- Hände können verkrampfen
- Symptome können an eine Panikattacke erinnern

Therapie

- In eine Tüte Ein- und Ausatmen lassen
 - 10 Atemzüge
 - normal Atmen
 - 10 Atemzüge
 - Nach 3 Minuten sollten sich die Symptome zurück gebildet haben
- Bei ersten Auftreten Untersuchung Organischer Ursachen

Juristische Aspekte

Heilpraktikergesetz (HPG)

§1

- (1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu die Erlaubnis
- (2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird

§3

Die Erlaubnis nach §1 berechtigt nicht zur Ausübung der Heilkunde im Umherziehen.

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke

(NPsychKG) vom 16.6.1997

§1 Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Personen, die infolge einer psychischen Störung krank oder behindert sind oder gewesen sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Krankheit oder

Behinderung besteht.

2. Die Unterbringung von Personen, die im Sinne von 1. krank oder behindert sind

§2

1. Bei allen Hilfen und Schutz Maßnahmen ist auf den Zustand der betroffenen Person besonders Rücksicht zu nehmen, Ihre Würde ist zu achten
2. Hilfen sollen insbesondere der Anordnung von Schutz Maßnahmen vorbeugen. Eine Hilfe durch stationäre Behandlung soll nur dann erfolgen, wenn andere Hilfen keinen Erfolg versprechen (Nachrangigkeit)

Satz 1 gilt entsprechend wenn die betroffene Person zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Gesundheitszustand untergebracht werden soll, um festzustellen, ob die Voraussetzung des §16 erfüllt sind. Dem Antrag ist ein ärztliches Zeugnis beizufügen

§18 Vorläufige Einweisung

1. Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, so kann die zuständige Behörde die betreffende Person längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig in ein geeignetes Krankenhaus einweisen, wenn die Voraussetzungen... dargelegt werden.

Unterbringung

§14 Begriff Unterbringung

1. ... wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in den abgeschlossenen Teil eines geeigneten Krankenhauses nach §15 eingewiesen wird oder dort verbleiben soll
2.liegt auch dann vor, wenn die Einweisung oder der Verbleib ohne Zustimmung der Personensorgeberechtigten oder ohne Zustimmung derjenigen Person erfolgt, die zur Betreuung oder Pflege bestellt ist und deren Aufgabenkreis das Aufenthaltsbestimmungsrecht umfasst

§16 Voraussetzung der Unterbringung

...ist nur zulässig, wenn von der Person infolge ihrer Krankheit oder Behinderung eine erhebliche Gefahr für sich oder andere ausgeht und diese Gefahr auf anderer Weise nicht abgewendet werden kann

Antragserfordernis

§17 Antragserfordernis

1. Das Vormundschaftsgericht entscheidet über die Unterbringung... auf Antrag der zuständigen Behörde,