

Psychopathologischer Befund

Anamneseerhebung und Untersuchung

- zu unterscheiden ist die „äußere Lebensgeschichte“ (Daten zum Lebenslauf) und die „innere Lebensgeschichte“ (Infos zur Entwicklung in der Kindheit, Partnerschaft, Familie,...)
- die Anamnese ist als freies Gespräch mit dem Patienten zu gestalten
- zuerst Erfragung der aktuellen Beschwerden
- danach Erfragung folgender Sachhalte:
 - Eigenanamnese: frühere Erkrankungen körperlicher und psychischer Art mit Beginn, Behandlung und Verlauf
 - Familienanamnese: körperliche und seelische Erkrankungen in der Familie, Charaktereigenschaften der Eltern
 - Sozialanamnese: Sozialstatus, schulischer Werdegang, Berufsausbildung und derzeitige berufliche Stellung, soziale und kulturelle Interessen, Freizeitgestaltung, Lebensgewohnheiten
 - Sexualanamnese: Sexualität, Partnerschaft und Ehe, sexuelle Entwicklung und Erfahrungen
- nur den Erstkontakt in Anwesenheit von begleitenden Angehörigen; weitere Untersuchung allein!!
- immer zusätzlich körperliche Untersuchung mit neurologisch-internistischen Aspekten
- danach kommt die Erhebung des psychopathologischen Befundes (s.u.)
- psychometrische Instrumente:
 - Erfassung des Intelligenzniveaus und die Untersuchung spezieller kognitiver und psychomotorischer Leistungen
 - müssen folgenden Kriterien genügen: Objektivität, Reliabilität, Validität
 - Unterteilung in drei Bereiche:
 - Leistungs- und Intelligenztests: Bsp. HAWIE
 - Persönlichkeitsfragebögen/Persönlichkeitstests
 - projektive Tests

Bewusstseinsstörungen und Störungen der Vigilanz

Bewusstseinsstörungen:

- Einschränkung der Aufmerksamkeit, Fixierung auf innere oder äußere Reize und verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize
- Differenzierung zwischen qualitativen und quantitativen Bewusstseinsstörungen
- qualitative Bewusstseinsstörung: veränderte Klarheit des Bewusstseins; zu unterscheiden sind hier Qualitäten der Einschränkung wie Delir, Dämmerzustand oder einfache Verwirrheitszustände
- quantitative Bewusstseinsstörungen: Verminderung der Wachheit

Vigilanz:

- bezeichnet den Grad der Wachheit
- Benommenheit: leichte Beeinträchtigung der Vigilanz bei Bewusstseinsklarheit
- Schläfrigkeit: durch Ansprache oder Anfassen ist der Patient leicht weckbar und überwiegend gut orientiert; Reflexe und Muskeltonus sind unverändert; Erschwerung der Auffassung, des Denkablaufes und der Ansprechbarkeit
- Somnolenz: Patient ist apathisch, schläfrig und nur durch lautes Ansprechen oder Anfassen weckbar; er schläft immer wieder ein; erhaltene Orientierung, keine spontansprachlichen Äußerungen; etwas verminderter Muskeltonus; gezielte Reaktion auf Schmerzreize
- Stupor: Wachheit ist deutlich eingeschränkt; Patient nur durch starke Weckreize weckbar, nicht orientiert, keine sprachlichen Äußerungen; Reflexe erhalten, Muskeltonus herabgesetzt
- Sopor: der Patient ist zu keinen spontanen Aktionen mehr fähig und lässt sich nur durch stärkste Reize aus der Schläfrigkeit erwecken
- Koma: tiefe Bewusstlosigkeit; Patient nicht erweckbar; auf stärkere Schmerzreize nur unkoordinierte Abwehrbewegungen möglich; Auftreten pathologischer Reflexe und Störung zentraler vegetativer Funktionen wie Atmung, Kreislauf und Temporegulation

Störungen von Aufmerksamkeit, Auffassung, Gedächtnis und Orientierung

Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen:

- Aufmerksamkeitsstörungen: Betroffener kann sein Hinwendung auf einen Vorgang oder Gegenstand nicht über einen längeren Zeitraum hinweg aufrechterhalten; v.a. bei Schizophrenie + Hirnverletzung
- Konzentrationsstörungen: Unfähigkeit zur Sammlung und Hinordnung der Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand
- Auffassungsstörung: Störungen der Fähigkeit, Wahrnehmungen und deren Sinn und Bedeutung zur Kenntnis zu nehmen

Gedächtnisstörungen: Beeinträchtigung, frische oder alte Erfahrungen wiederzugeben

- Merkfähigkeitsstörung: Unfähigkeit/Herabsetzung der Fähigkeit frische Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu behalten; Überprüfung mittels Zahlen oder Benennen von 3 Gegenständen
- Störungen des Altgedächtnis: Abfragen von Heirat, Krieg, Schulzeit, etc.
- Konfabulationen: Füllen von Erinnerungslücken mit Einfällen; nicht konsistent in der Wiederholung
- Paramnesien: Erinnerungen werden im Sinne eines Wahns umgeändert
- Hypermnesie: gesteigerte Klarheit der Erinnerungen
- Hypomnesie: Störung der Erinnerungsfähigkeit schon länger zurückliegender Gedächtnisinhalte

Amnesien:

- inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücken
- je nach zeitlichem Aspekt: retrograd, anterograd, kongrad

Orientierungsstörungen:

- zeitliche Desorientiertheit
- örtliche Desorientiertheit
- situative Desorientiertheit: Unsicherheit über aktuelle Situation
- Desorientiertheit zur eigenen Person

Denkstörungen

formale Denkstörungen: v.a. der Denkablauf ist gestört

- Denkverlangsamung: Gedankengang ist schleppend und läuft verzögert ab
- Denkhemmung: der Betroffene erlebt sein Denken als zeitlich verzögert, die Denkgeschwindigkeit ist herabgesetzt; zudem ist eine Beibehaltung der Inhalte und Zielsetzung des Gedachten erschwert; v.a. bei depressiven Störungen
- umständliches Denken: Nebensächliches kann nicht von Wesentlichem getrennt werden; das Denken ist weitschweifig; das Ziel wird nicht ganz verfehlt
- eingegengtes Denken: Einschränkung des inhaltlichen Denkens, Verhaftetsein mit einem Thema
- Perseveration: krankhaftes Haften an Worten und Gedanken
- Verbigeration: sinnloses Wiederholen vorher gebrauchter Worte und Gedanken
- Grübeln: ständige Beschäftigung mit meist unangenehmen Gedankeninhalten
- Gedankendrängen: Pat. leidet darunter, dass sich Gedanken, Einfälle oder Ideen unwillkürlich aufdrängen, ohne dass es dies beeinflussen kann
- Ideenflucht: das Denken wechselt oder verliert ständig das Ziel; typisch für Manie
- Inkohärenz (Zerfahrenheit): v.a. bei schizophrenen Pat.; der Zusammenhang im Denkfluss ist gestört, die Assoziationen sind gelockert; logische und assoziative Verknüpfungen fehlen
- Neologismen: Wortneubildungen

inhaltliche Denkstörungen: Störung des Gedachten; es treten Verzerrungen und Veränderungen des inhaltlichen Ergebnisses des Denkprozesses auf; hierzu gehören die Wahnformen und Zwangsideen

Zwangssymptome

- Gedanken, Vorstellungen und Handlungsimpulse drängen sich, ohne unterdrückt werden zu können, immer wieder auf; in vielerlei Lebenslagen u.a. bei schizophrenen Psychosen
- Zwangssymptome: ständiges Aufdrängen von Gedanken oder Handlungsimpulsen; der Patient erkennt allerdings, dass sie unsinnig sind; bei nicht Nachgeben → starke Angst
- Zwangshandlungen: meist aufgrund von Zwangsimpulsen oder –befürchtungen vorgenommene Handlungen mit Zwangscharakter; Ängste treten in Zusammenhang mit bestimmten Situationen oder Objekten auf und werden durch Rituale bekämpft

- Zwangsdanken/gedanken: auch als Zwangsideen bezeichnete Symptomatik, bei der es zu anhaltenden, sich ständig wiederholenden oder sich gegen den Willen aufdrängenden Denkinhalten kommt; Ich-fremd
- Zwangsimpulse: charakteristischerweise keine Ausführung der sich aufdrängenden Impulse; ich-fremd
- Zwangszeremoniell: innerhalb einer Zwangshandlung erfolgt eine komplette Handlung, also eine Zeremonie; Ablauf muss eingehalten werden, ansonsten schwere Angst

Wahn: man unterscheidet die Art des Wahns (Wahnhalt) und die formale Struktur des Wahns

Wahnkriterien:

- krankhaft falsche Beurteilung der Realität
- erfahrungsunabhängig, unkorrigierbar und mit subjektiver Gewissheit
- Überzeugung steht im Widerspruch zur Wirklichkeit und Überzeugung der Mitmenschen

Formen des Wahns:

- Wahnstimmung: Stimmung des Unheimlichen oder der Vieldeutigkeit, aus der heraus Wahnideen entstehen
- Wahnwahrnehmung: reale Sinneswahrnehmung wird fehlinterpretiert
- Wahnidee: „kleinste geistige Einheit des Wahns“; im Inhalt verfälschte Vorstellungen
- Wahneinfälle und Wahngedanken: bereits in der Vorstellungswelt des Betroffenen kommt es zu abnormen Interpretationen, es muss also keine Szene umgedeutet werden
- Wahnerinnerungen: zurückliegende Ereignisse erhalten eine neue wahnhaftige Bedeutung; „psychotische Rückdatierung“
- Wahnsystem: innerhalb der wahnhaften Erkrankung bildet der Betroffene weitere Wahnerlebnisse zu einem komplexen Gebäude aus, das dann in einem Erklärungswahn nach außen dargestellt wird, dabei handelt es sich um den Hauptbestandteil der sekundären Bearbeitung, der Wahrarbeit
- Wahndynamik: affektive Anteile am Wahn;
- systematischer Wahn: Wahnwahrnehmung und Wahngedanken werden durch ein übergeordnetes Erklärungssystem miteinander in Beziehung gesetzt
- symbiontischer Wahn (Folie á deux): induzierter Wahn bei nahen Bezugspersonen
- Beeinträchtigungswahn: alle Dinge um den Betroffenen werden als feindlich interpretiert
- Verfolgungswahn: Steigerung des Beeinträchtigungswahns
- Eifersuchtschwahn: v.a. bei Männern; gehäuft bei Schizophrenie und Alkoholismus
- Liebeswahn: meist Frauen; geben an von einem Mann geliebt zu werden, der dies aber nicht zulassen kann
- hypochondrischer Wahn: v.a. bei endogener Depression
- Verarmungswahn
- Schuld- oder Versündigungswahn: Pat. ist überzeugt nichts geleistet zu haben
- Dermatozoenwahn (chronisch taktile Halluzination): wahnhaftige Vorstellung, an einer Hautkrankheit durch die Haut eingedrungener tierischer Erreger zu leiden; v.a. bei organ. & endogenen Psychosen

Sinnestäuschungen und Wahrnehmungsstörungen

- Illusionen: wirkliche Gegenstände werden für etwas anderes gehalten
- Halluzinationen: Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechende Außenreize, die aber für real gehalten werden; wird die Unwirklichkeit erkannt handelt es sich um eine Pseudohalluzination;
- Formen der Halluzination:
 - akustisch: Alkoholhalluzinationen, Delir, epileptische Aura
 - optische: Alkoholpsychosen, LSD, Läsionen des Occipitallappens
 - Geruch und Geschmack: v.a. bei Tumoren in der Area olfactoria
 - taktile, zönästhetische Halluzinationen: Patienten fühlen sich gehalten, angeblasen, durchstochen,...; v.a. bei älteren Pat. mit körperlich begründbaren Psychosen
 - Zönästhesien: Körperhalluzinationen; fließender Übergang zu taktilen
 - Metamorphosie: Gegenstand oder Farbe wird verzerrt wahrgenommen
 - Makropsie: Gegenstände werden größer gesehen als sie sind
 - Mikropsie: Gegenstände werden kleiner gesehen als sie sind
 - funktionelle Halluzinationen: Sonderform der Halluzination wenn gleichzeitig eine wirkliche Wahrnehmung erfolgt

Ich-Störungen, Entfremdungserlebnisse

- beziehen sich auf Beeinträchtigungen der Integrität des persönlichen Erlebens und Verhaltens (Einheitserlebnis), der Abgrenzung der eigenen Person gegenüber der Umwelt (Ich-Umwelt-Grenze) und der „Ich-Haftigkeit“ aller Erlebnisse
- typische Ich-Störungen können sein:
 - Gedankenausbreitung: andere können mithören
 - Gedankenentzug: andere nehmen sie weg
 - Gedankeneingebung: Gedanken kommen von jemand anderem
 - Ich-Steuerung: Erleben des Fühlen, Wollen oder Handeln als von außen gemacht
 - Entfremdungserlebnisse: umfassen Qualitäten wie Depersonalisation oder Derealisation
 - allopsychische Depersonalisation (=Derealisation): Entfremdung der Wahrnehmungswelt
 - autopsychische Depersonalisation: eigene Aktivitäten werden als entfremdet erlebt
 - somatopsychische Depersonalisation: Erleben und Bezug zum eigenen Körper ist verfremdet

Störungen der Affektivität:

- Gesamtheit des Gefühlslebens und der Stimmungen eines Menschen
- Affekt: besonders intensiv erlebtes Gefühl, das mit vegetativen Begleiterscheinungen verbunden sein kann
- Affekthandlungen: beinhalten unkontrollierte Handlungen, die zu einer, der Person ansonsten nicht entsprechenden, Entäußerung führen

Formen der Störung der Affektivität:

- Affektivität: Emotionalität oder Gemüt
- Affektinkontinenz: verringerte Steuerungsfähigkeit und Kontrolle der Gefühlsäußerungen
- Affektstauung: wird subjektiv als Spannungs- und Unruhegefühl erlebt; plötzliches Entladen möglich
- Affektstarre: Affekte sind vorhanden, können aber nicht geäußert werden
- Stimmung: länger dauernder Gefühlszustand; alle übrigen Erlebnisinhalte erfahren eine besondere Ausprägung
- inadäquater Affekt: schizophrener Affekt; tritt auf bei Erleben eines dem Bewusstseinsinhaltes nicht adäquaten Affekts
- Affektlabilität: rascher Stimmungswechsel
- Ambivalenz: Nebeneinander sich widersprechender Gefühle und Strebungen

Angst und Phobien:

- Angst: Bedrohung oder Gefahr; überwältigend ist das Gefühl des Ausgeliefertseins und Beengung
- Furcht: bezieht sich immer auf eine dem Individuum klar erkennbare Gefahr
- Panikattacke: nach DSM eigenständiges Krankheitsbild;
- Phobie: hat bestimmte Auslöser; Ähnlichkeit zu Zwängen; zwanghafte Befürchtungen die sich angesichts bestimmter Objekte oder Situationen aufdrängen

Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen

- Konstruktbegriff; bezeichnet eine hypothetische, aktivierende, belebende Kraft

herabgesetzter Antrieb:

- Antriebshemmung: Betroffener bemerkt sie und leidet darunter; durch Willensanstrengung nicht steigerbar; oft bei endogener Depression
- Antriebsmangel: es ergibt sich Trägheit, Verstimmung und Interesselosigkeit
- Antriebsverarmung: ehemals vorhandene Antriebe sind nicht mehr vorhanden
- Antriebsschwäche: zunächst vorhandener Antrieb erlahmt rasch

Antriebssteigerung:

- gesteigert sind der spontane Antrieb und die Aktivität
- u.a. Unruhe, Rastlosigkeit, Triebhaftigkeit, auch Impulshandlungen

psychomotorische Störungen:

- Mutismus: beharrliches Schweigen bei intaktem Sprechorgan
- Katalepsie: eingenommene Körperhaltung wird durch Muskeltonuserhöhung und Willensstörung über einen längeren Zeitraum hinweg beibehalten
- Echopraxie: Nachahmen von vorgemachten Bewegungen
- Echolalie: Wiederholen vorgespochener Wörter und Sätze

Affektive Störungen

Allgemeines

- Kennzeichen ist eine das Erleben der Wirklichkeit und das Verhalten deutlich beeinflussende und beeinträchtigende krankhafte Stimmung
- Voraussetzungen für Diagnose: phasenhafter Verlauf mit zeitlich umschriebenen Krankheitsperioden, gesunde Intervalle und eine vollständige Remission der Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle
- 60% der affektiven Psychosen sind monopolare Störungen, 35% bipolare, 5% rein manische

Endogene Depression

- Prävalenz: 0,6 – 0,8%; Frauen : Männer = 2 : 1
- Erstmanifestation v.a. zwischen dem 20. – 29.Lj & dem 50 – 59.Lj

Ätiopathogenese:

- Vererbt
- biochemische Hypothesen:
 - Monoaminmangelhypothese: funktionaler Mangel an NA und Serotonin mit der Vorstufe Tryptophan im synaptischen Spalt; Wiederaufnahmehemmer beheben dieses Defizit
 - Supersensitivität noradrenerger Betarezeptoren: Antidepressiva bewirken eine Verminderung der Empfindlichkeit der Betarezeptoren
 - Hypothese der cholinergen-noradrenergen Imbalance: Überwiegen des cholinergen Systems in der Depression und des noradrenergen in der Manie

Klinik:

- Niedergeschlagenheit, Leeregefühl, Hoffnungslosigkeit, Nihilismus, Angst
- Mimik, Gestik und Sprache drücken Angespanntheit, Entschlusslosigkeit und Hoffnungslosigkeit aus
- affektiv: Versteinerung oder Gleichgültigkeit; Schilderung eines Gefühls der Gefühllosigkeit
- Antrieb blockiert → depressivem Stupor
- minimale Wahrnehmungsstörungen: „alles aus der Ferne“
- relativ häufig leichte Zwangssymptome
- Denkhemmung und Gedankensperrung kommen vor; die Einschränkung des Denkens auf wenige Themen, eine Neigung zum Grübeln bis hin zum Grübelzwang sind ebenso möglich
- Durchschlafstörungen mit frühem Erwachen und Morgentief sind häufig
- Vitalstörungen: Müdigkeit und Erschöpfungsgefühl, Appetit- und Libidoverlust, Gewichtsabnahme, Obstipation, Hypotonie, Globusgefühl im Rachen
- agitierte Depression: v.a. ängstliche Unruhe
- larvierte Depressionen: finden in vielfältigen Körpermissempfindungen ihren Ausdruck
- Erschöpfungsdepression: geht mit Müdigkeit und Erschöpfungsgefühl einher
- saisonale Depression: regelmäßig im Winter und Herbst
- depressive Wahnideen kommen bei einem Teil der Pat. mit stimmungskongruenten Wahnideen vor; inhaltlich kommt es oft zu Verarmungswahn, hypochondrischem Wahn, Schuldwahn; auch andere Wahnideen sind möglich
- psychotische Depression: Wahnideen, akustische Halluzinationen, seltener depressiver Stupor
- Entfremdungsdepression: Depersonalisation und Derealisation

Diagnose:

- Antrieb, Stimmung, Psychomotorik und Eigenerleben; typische Anamnese; fehlende organische Befunde, Vitalsymptome
- keine eigentlich auslösende Lebenssituation
- im EEG Veränderungen des REM-Schlafmusters (REM-Intensität↑)
- DD:
 - organisch begründbare einschließlich pharmakogene Depression
 - Depression bei Schizophrenie
 - neurotische Depression bzw. depressive Neurose

Therapie:

- Antidepressiva (TCA), SSRI, Phasenprophylaxe mit Lithium, Carbamazepin u.ä.
- begleitende Therapie:

- möglich sind Lichttherapie und Wachtherapie; bei Resistenz Elektrokrampftherapie möglich
- in der Akutphase keine Versuche der Problemlösung
- vorsichtiges Bremsen aller Aktivitäten
- Verlauf/Prognose:
 - mit und ohne Behandlung Abklingen der einzelnen Phasen mit völliger Remission
 - durchschnittliche Krankheitsdauer von 6 Monaten
 - im Anschluss an die depressive Phase bei ca. 10% hypomanische Nachschwankungen
 - ca. 10 – 20% der Krankheitsverläufe sind chronisch
 - bei medikamentöser Prophylaxe Abschwächen und Ausbleiben erneuter Krankheitsphasen bei ca. 60% der Patienten

Manie

Epidemiologie:

- gehäuft zwischen 25. und 35.Lj; selten nach dem 45.Lj als Spät- oder Involutionsmanie
- Erkrankungsdauer während einer Phase im Schnitt 4 Monate

Klinik:

- Affektstörung: gehobene Stimmung (Heiterkeit, Ausgelassenheit, Lebenslust, auch Gereiztheit)
- Antriebssteigerung: leichte Ausprägung – als sinnvolle Überaktivität erlebbar; im weiteren Verlauf kaum bremsbar, die Handlungsaktivität gerät außer Kontrolle
- veget. & somatische Störungen: gesteigerte Libido, KG↓, Schlafbedürfnis↓, Tachykardie, Hypertonie
- Biorhythmusstörungen: Ein- und Durchschlafstörungen; allgemein erhöhtes Antriebsniveau, wenige Stunden Schlaf
- Denkstörungen mit formal beschleunigtem Tempo, Ideenflucht, Logorrhoe, Größenideen
- keine Tagesschwankungen während der manischen Symptomatik

Diagnose:

- Anamnese und psychopathologischer Befund: manische Phase sollte für die Diagnosestellung mindestens eine Woche dauern
- EEG-Schlafanalyse: absolute oder relative REM-Verkürzung

Therapie:

- stationäre Therapie bei ausgeprägter Manie nicht umgebar
- akute Phase: Neuroleptika (Haloperidol) in Kombi mit schwachen sedierenden Neuroleptika
- Phasenprophylaxe mit Lithium
- wegen mangelnder Einsicht Psychotherapie und Soziotherapie in der akuten Phase nicht erfolgreich
- CAVE: bedingt in der Regel Schuldunfähigkeit und fehlende Testierfähigkeit

Bipolare affektive Störung

- Extremfälle: Phasen liegen Jahre auseinander; Stimmung kann an einem Tag wechseln

Epidemiologie:

- Erstmanifestation zwischen 20. und 40.Lj; 20% vor 20.Lj
- familiäre Belastung größer als bei unipolar-melancholischen Verläufen
- eineiige Zwillinge erkranken zu 70% gleich; zweieiige mit 20% genauso oft wie sonstige Geschwister
- Lebenszeitprävalenz 0,4%; Männer > Frauen

Ätiopathogenese:

- unbekannt, familiäre Häufung mit 20x erhöhtem Risiko bei Familienmitglied mit bipolarer Störung

Untergruppen:

- Bipolar I: im Verlauf mindestens eine ausgeprägte manische Phase; oft überwiegen sie;
- Bipolar II: Überwiegen der depressiven Phase, aber auch eine selbstständige hypomanische Phase, niemals aber eine manische Phase

Klinik:

- Episoden klinisch relevanter Änderungen der Stimmungslage in manischem und depressivem Sinn, von denen mindestens eine die Episode einer Manie (Hypomanie) aufweisen muss; zwischen den Episoden kommt es zu einer vollständigen Remission
- Beeinträchtigung des allgemeinen körperlichen und psychischen Aktivitätsniveaus in manischem oder depressivem Sinn

- Wechsel der Stimmungslage kann von einem Tag auf den anderen erfolgen, muss aber nicht
- Einzelsymptome wie bei endogener Depression oder Manie
- kürzere Dauer der Krankheitsphase und kürzeres Intervall zwischen den Krankheitsphasen als bei den unipolaren Störungen
- Sonderform: rapid cycler mit sehr kurzen Intervallabständen

Diagnose:

- Anamnese und Verlauf entscheidend; die erste Phase kann nicht zur Diagnose Zykllothymie führen
- Krankheitsphasen von etwa 4 – 5 Monaten

Therapie:

- akute Medikation des jeweils führenden Symptoms:
 - Depression: Antidepressiva
 - Manie: Neuroleptika
 - nach der II. Phase Intervalltherapie mit Lithium
 - rapid cycler evtl. mit Carbamazepin behandelbar

Schizo-affektive Psychosen

Definition: uneinheitlich; nach DSM IV „Störung bei der neben der Major depression oder Manie gleichzeitig Symptome einer Schizophrenie auftreten“

Epidemiologie:

- etwa 10 – 25% der als Schizophrenie oder affektive Psychosen diagnostizierten Erkrankungen sind den schizo-affektiven Psychosen zuzurechnen
- Männer und Frauen gleich; in jedem Alter möglich

Klinik:

- phasenhaft verlaufende Psychose mit manischer/depressiver und schizophrener Symptomatik
- Verlauf rezidivierend, meist polyphasisch
- schizomanische Störung: meist floride Psychose mit akutem Beginn; Größen-, Beziehungs- oder Verfolgungswahn; auch Stimmen-Hören oder Ich-Störungen; Besserung meist nach wenigen Wochen
- schizodepressive Störung: depressive Symptomatik mit kommentierenden/dialogisierenden Stimmen; Verfolgungsideen; eher längere Dauer; Prognose ungünstig
- akute polymorphe psychotische Störung: sehr rasch wechselhafte, unterschiedlich ausgeprägte Halluzinationen, Wahn- und Wahrnehmungsstörungen; gleichzeitig häufig affektive Symptome wie emotionale Erregung mit vorübergehenden Glücksgefühlen und Ekstase oder Angst und Gereiztheit; abrupter Beginn innerhalb von ein bis zwei Tagen und schnelle Rückbildung
- Langzeitprognose der schizo-affektiven Psychosen deutlich günstiger als die der Schizophrenie
- DD: akute polymorphe psychotische Störungen, kurze reaktive Psychosen und Schizophrenien

Therapie:

- primär medikamentös:
 - schizomanisches Syndrom: Neuroleptika evtl. + Lithium oder Carbamazepin
 - schizodepressives Syndrom: Neuroleptika und Antidepressiva
- Pharmakoprophylaxe in beiden Fällen mit Lithium oder Carbamazepin, bei überwiegend schizophrener Ausprägung der Phasen eher Depot-Neuroleptika

Angst- und Zwangsstörungen

Angst- und Panikstörungen

Allgemeines:

- wesentliche Formen sind: frei flottierende Angst, phobische Angst, Panik
- psychische Symptome sind häufig von körperl. Erscheinungen, v.a. psycho-vegetativer Art, begleitet
- Epidemiologie:
 - eines der häufigsten psychopathologischen Symptome
 - etwa 10% aller Menschen; Frauen > Männer
- Ätiopathogenese:
 - familiär gehäuftes Vorkommen von Angstneurosen
 - Persönlichkeitsstruktur der betroffenen Personen häufig sensitiv und übergewissenhaft
 - tiefenpsychologische Hypothese: Angsterregende Gegenstände erzeugen verdrängte Impulse und gegenläufige Abwehrmechanismen → neurotische Konfliktlösung; misslingt dies → manifeste Angst
 - lerntheoretische Hypothese: ehemals geringe Ängste werden verstärkt
 - neurotische Angst (Binnenangst): entstanden aus unbewältigtem Konflikterleben, insbesondere wenn die Abwehrmöglichkeiten nicht ausreichen
 - Psychophysiologisch: Zustand erhöhter sympathotoner Aktivität als somatisches Korrelat der Angst
- Klinik:
 - „Angst vor der Angst“ (Erwartungsangst) führt oft zu Vermeidungsverhalten und sozialer Isolation
 - Depersonalisation und Derealisation
 - kardiopulmonal: Schmerzen und Druck auf der Brust; Herzklopfen, -stolpern, -rasen; Missbehagen; Palpation; beklemmender, beschleunigter Herzschlag; Beklemmungsgefühl; Kurzatmigkeit; Erstickungsgefühl
 - neurologisch: Zittern, Beben, Benommenheit, Schwindel, Gefühl der Unsicherheit, Ohnmachtsgefühl, Taubheit, Kribbelgefühl
 - gastrointestinal: Schluckbeschwerden, epigastrische Beschwerden, Übelkeit, Durchfall
 - andere Symptome bestehen in starker Schweißneigung, Hitzewallungen und Kälteschauer

Panikstörung:

- wiederkehrende schwere, kurzdauernde Angstattacken, die plötzlich und für den Betroffenen zumindest teilweise unerwartet auftreten
- hinzu kommen ausgeprägte körperliche Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Übelkeit, Vernichtungsangst
- Klinik:
 - einzelne Episoden intensiver Angst oder Unbehagens in der Dauer von 1 bis 60 Minuten treten unerwartet schnell und anflutend auf
 - Steigerung in der Intensität innerhalb 10 Minuten, nach dem ersten Symptom
 - meist gehen sie einher mit Agoraphobie (Angst vor Plätzen und Unbekanntem) und hoher Co-Morbidität (z.B. Alk- +/- Medikamentenmissbrauch bzw. Depression)
 - bei einer Mehrzahl der Patienten kommt es zu Vermeidungsverhalten bis zur Agoraphobie
 - Angstanfälle und Panikattacken treten auch im Verlauf phobischer Störungen auf
 - Frauen > Männer

Phobien:

- auf bestimmte Situationen oder Objekte der Umwelt gerichtet
- phobische Stimuli rufen eine sofortige Angstreaktion hervor, wobei die Person erkennt, dass es sich um eine übertriebene Angst handelt
- Unterscheidung zwischen 3 charakteristischen Arten: Agoraphobie, spezif. Phobie, soziale Phobie
- Ätiopathogenese:
 - tiefenpsychologische Hypothese: Angst erregende Gegenstände haben Symbolcharakter; die Phobie stellt einen Umsetzungsvorgang im Unbewussten dar

- lernpsychologische Hypothese: Symptome entstehen durch Koppelung eines angsterzeugenden Stimulus mit einem neutralen Reiz mit der Folge einer verstärkten Konditionierung
- Therapie:
 - ärztliches Gespräch: Anwesenheit des Arztes kann Angststörungen mindern; Ernstnehmen der Beschwerden und Erkennen der subjektiven Bedeutung
 - Entspannungsverfahren: progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, autogenes Training, Biofeedback
 - kognitive Therapie: Korrektur von fehlerhaften und eingefahrenen kognitiven Mustern; Aufklärung des Patienten, welche spezifischen Denkabläufe die Angst aufrechterhalten bzw. zu einer Ausbreitung beitragen
 - Gruppentherapie
 - Verhaltenstherapie: besonders bei phobischen Symptomen systematische Desensibilisierung mit Hilfe einer hierarchischen Angstskala
 - Reizüberflutung
 - tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie: Aufdecken des zugrunde liegenden Konflikts
 - Soziotherapie: Versuch der Verminderung der sozialen Isolierung
 - Benzodiazepine: ein-/ausschleichend; v.a. bei Panikstörungen; CAVE: Abhängigkeit
 - Antidepressiva: TCA (v.a. Imipramin), SSRI, MAO-Hemmer; Wirkung erst nach 2-3 W.
 - Betablocker: v.a. bei vorherrschender somatischer Symptomatik

generalisierte Angststörung:

- Vorkommen von Angst z.B. bei schizophrenen Psychosen, Delir, Intoxikation,...; werden solche Erkrankungen ausgeschlossen, dann handelt es sich um eine primäre Angsterkrankung
- Symptomatik:
 - ausgeprägte Ängste über einen Zeitraum von mehreren Wochen, die an den meisten Tagen bestehen; es kommt zu motorischer Spannung, vegetativer Übererregbarkeit und Befürchtungen, wie etwa Sorge über zukünftiges Unglück oder Konzentrationsschwierigkeiten
- Diagnose: nach ICD-10 muss vorliegen
 - Zeit: Auftreten von primären Symptomen der Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrer Wochen lang
 - Symptomatik: Befürchtungen, motorische Spannung und vegetatives Syndrom
 - Ausschluss anderer Erkrankungen
 - zur Klärung können testpsychologische Verfahren herangezogen werden
- Therapie:
 - stützendes ärztliches Gespräch
 - Entspannungsverfahren wie progressive Muskelrelaxation, autogenes Training und Biofeedback
 - kognitive Therapien korrigieren die fehlerhaften Denkmuster
 - verhaltenstherapeutische Verfahren streben eine Modifikation des Verhaltens an
 - Medikamente: Antidepressiva (TCA, SSRI, MAO-Hemmer), Betablocker

Zwangsstörungen (Zwang = Anankasmus)

- der Zwang bezeichnet eine Störung, in der sich Denkinhalte oder Handlungsimpulse immer wieder aufdrängen und nicht unterdrückt oder verdrängt werden können
- er tritt auf obwohl erkannt wird, dass die Denkinhalte unsinnig sind
- Zwangserrscheinungen werden als dem eigenen Ich zugehörig, jedoch als bedrohlicher erlebt
- aggressive Zwangsimpulse werden praktisch nie ausgeführt
- pathologisch ist v.a. ihr dominierender Charakter und die Unfähigkeit, sie zu verdrängen

Epidemiologie:

- Häufigkeit ca. 0,5%; Frauen = Männer; höhere soziale Schichten bevorzugt;
- Beginn meist nach Pubertät; ¾ der unbehandelten Fälle verlaufen chronisch

Ätiopathogenese:

- tiefenpsychologische Hypothese: prämorbid Überanpassung an die Normen anderer; ausgeprägte Kontraste zwischen Über-Ich und Es

- lernpsychologische Hypothese: Zwangsverhalten dient der Vermeidung eines befürchteten, noch stärker aversiven Zustandes, z.B. Angst jemanden umzubringen
- anankastische Reaktionsweise wird gefördert durch strenge Erziehung, Anhalt zu Ordnung und Sauberkeit und ganz allgemein Frustrierung der kindlichen Triebbedürfnisse
- offenbar wirkt auch ein Anlagefaktor mit (familiäre Häufung)
- z.T. Hinweise auf eine minimale cerebrale Dysfunktion; hirnorganische Faktor scheint häufiger zu sein, als bei anderen psychoreaktiven Störungen

Klinik:

- häufig: Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen, Stimmung der Unsicherheit, Ängstlichkeit und Depressivität
- Pat. ist überzeugt, ein Gedanke, ein Impuls, eine Handlung oder eine Unterlassung könne schreckliches Leid über sich oder andere bringen → Ritual der Abwehr, des Schutzes oder des Überprüfens (Begründung banal oder auch magisch-mystisch)
- gegen den eigenen Willen treten Impulse sowie Zwangshandlungen (Waschzwang, Zählzwang, Kontrollzwang) auf, bei deren Unterlassung erhebliche Angst entsteht
- Tendenz zur Ausbreitung der Symptome und zur Generalisierung
- malignes Zwangssyndrom (im Einzelfall): weitgehende Einengung des persönlichen Lebensraumes mit einschneidenden sozialen Konsequenzen
- 2 Prägnanztypen: Zwangshandlungen und Zwangsgedanken

Diagnose:

- Ausschluss körperlicher Erkrankungen; ausführliche Anamneseerhebung; Verhaltensbeobachtung; Testpsychologie
- Symptomatik (Vorliegen von Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen)
- Dauer der Symptomatik (meistens 2 Wochen lang)
- Behinderung durch Symptomatik (subj. quälend oder Störung der normalen Aktivitäten)
- Merkmale der Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen
- Zwänge werden als eigene Gedanken oder Impulse erkannt
- es besteht ein Widerstand gegen die Zwangsgedanken und –handlungen, der jedoch bei mindestens einem Gedanken oder einer Handlung erfolglos bleibt
- nach Ausführen der Zwangshandlung kommt es zu einer kurzen Erleichterung, dann erneuter Druck
- Wiederholung von Gedanken oder Handlungen in unangenehmer Weise
- Beurteilung und Abklärung durch Y/BOCS-Skala: Bestimmung der Hauptsymptome, Einschätzung von Zeitaufwand, Beeinträchtigungsgrad, Leidensdruck, Widerstand und Kontrollgedanken

DD:

- Abgrenzung zum Normalen, zur anankastischen Persönlichkeit, zum ausgeprägten Ordentlichen, Pedantischen, Sauberen,...
- anankastische Form endogener Depression
- Zwangssymptome bei somatischen Krankheiten
- bei Wahnerkrankungen: Wahnkranke empfinden ihre Zwänge nicht als unsinnig

Therapie:

- Verhaltenstherapie mit Konfrontation und Reaktionsverhinderung
- autosuggestives Training
- autogenes Training
- SSRI; bei gleichzeitiger ängstigender Symptomatik +MAO-H.; bei gleichzeitigem Tic +Neuroleptika

Forensik

Arzt-/Patientenvertrag

- Kontakt zwischen Arzt und Patient erfüllt juristisch den §611 BGB (Dienstvertrag)
- für die Zeit des gemeinsamen Umgangs gilt
 - der Arzt arbeitet gewissenhaft
 - fertigt ärztliche Aufzeichnungen und ggf. Zeugnisse an
 - der Pat. muss vom Arzt informiert werden (mündlich!!!): Aufklärung über Behandlung und mögliche Alternativen zu einem Zeitpunkt, zu dem der Patient im Vollbesitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit ist; je weniger dringlich die Maßnahmen, desto mehr Aufklärung
 - ist ein Gespräch nicht möglich, muss mit dem gesetzlichen Vertreter gesprochen werden
 - bei bewusstseinsgestörten oder hoch akut psychotischen Patienten sind ärztlich indizierte und unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des Patienten

Schweigepflicht

- §300 StGB; gilt auch gegenüber Angehörigen
- behandelnde Ärzte sind gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern zu unmittelbaren Auskünften verpflichtet, nicht nur zur Herausgabe von Behandlungs- und Entlassungsberichten; keine unmittelbare Auskunftspflicht gegenüber privaten Krankenkassen

Einsichtsrecht in Krankenakten

- Patienten haben ein Recht auf Einsicht in ihre Krankenakten, erst nach Abschluss der Behandlung
- Besonderheit bei psychiatrischen Krankenblättern: Patienten haben das Recht auf Einsicht in die Unterlagen, die objektivierbare Befunde und Protokolle der Behandlungsmaßnahmen betreffen, schriftliche Aufzeichnungen des Psychiaters sind davon ausgenommen

Unterbringung

- Einschränkung der Freiheit ist nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes unter Einschaltung des Richters gestattet
- bei dem Unterzubringenden müssen eine Krankheit und eine ernste Gefahr für den Kranken selbst oder für die Allgemeinheit gegeben sein
- Unterbringung in geschlossenen Anstalten nur, wenn keine andere Behandlungsmöglichkeit besteht
- die Weigerung sich behandeln zu lassen reicht für eine Einweisung nicht aus
- Vorgehen:
 - Einleitung des Einweisungsvorganges durch ein Kurzgutachten durch einen Arzt
 - Kurzgutachten an Ordnungsbehörde → gerichtliche Entscheidung
 - das Kurzgutachten des Arztes muss Art und Ausmaß der Störung eindeutig angeben, Gründe für die Annahme der Fremd- oder Eigengefährdung müssen genannt sein
 - Anordnung der Unterbringung von einem Richter
 - bei freiwilliger Unterbringung darf eine Unterbringung nicht angeordnet werden; der Patient ist in diesem Fall im Recht eine Behandlung (wie jeder andere Patient auch) abzulehnen

Betreuung

- §1896 BGB: Ein Volljähriger kann aufgrund einer psychischen Erkrankung seine Angelegenheiten nicht besorgen → das Vormundschaftsgericht stellt für ihn eine Betreuung (nur in den notwendigen Bereichen)
- §1903 BGB: Einwilligungsvorbehalt

Geschäfts- und Testierfähigkeit

- §104 BGB: geschäftsunfähig ist, wer nicht das 7.Lj. vollendet hat, wer sich in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet
- §105 BGB: die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig
- §2229,4 BGB: wer nicht in der Lage ist (aus psychiatrischen Gründen) die Bedeutung einer von ihm abgegeben Willenserklärung einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, kann ein Testament nicht erreichen

Verhandlungs-, Vernehmung- und Prozessfähigkeit

- Verhandlungsfähigkeit: der Pat. kann inner- und außerhalb der Gerichtsverhandlung seine Interessen vernünftig wahrnehmen
- Vernehmungsfähigkeit: setzt die Fähigkeit voraus einer Vernehmung zu folgen
- Prozessfähigkeit: Fähigkeit einen Prozess selbst oder durch einen selbst bestellten Vertreter zu führen; setzt Geschäftsfähigkeit voraus

Schuldfähigkeit

- §20 StGB: Schuldunfähig ist, wer bei der Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer anderen schweren seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen
- §63 StGB: Danach kann der Patient in einem psychiatrischen Krankenhaus gegen seinen Willen untergebracht werden
- §64 StGB: der Betroffene kann in eine Erziehungsanstalt verbracht werden, da aufgrund seines Hangs zu Trunk- und Rauschmittelsucht rechtswidrige Taten begangen wurden; ≤ 2 Jahre

Entziehung der Fahrerlaubnis

- nach §69 StGB kann die Fahrerlaubnis entzogen werden, u.a. wegen psychischen Erkrankungen nach vorhergehender Begutachtung

Schizophrene Psychosen

Allgemeines

- Hauptgruppe der endogenen Psychosen; haben eine schwerwiegende Prognose
- Charakterisiert durch Störungen des Denkens, der Persönlichkeit, der Realitätsauffassung, der Wahrnehmung, der Affektivität und der Psychomotorik

Epidemiologie

- Prävalenz 0,5 – 1%; Lebenszeitrisiko der Allgemeinbevölkerung 1%
- Inzidenz 15-40/100000/Jahr; Männer = Frauen, aber Frauen später
- Erkrankungsgipfel zwischen Pubertät und 30.Lj; 80% vor dem 40.Lj
- paranoid-halluzinatorische Subtypen im 4.Lebensjahrzehnt
- ca. 10% der Erkrankten sterben durch Suizid

Ätiopathogenese

- multifaktorielle Genese: das Vulnerabilitätskonzept geht von einer Disposition aus, die bei intrapsychischer, interpersonaler oder sozialer Stressbelastung zur Dekompensation führt
- genetisch: Erkrankungsrisiko nimmt mit dem Verwandtschaftsgrad zu; polygen
- somatisch: es gibt Hinweise auf prä- und perinatale Schädigungen, wie minimale cerebrale Dysfunktion; teilweise sind minimale neuroanatomische, hirmorphologische Veränderungen nachweisen
- biochemisch (Dopamin-Hypothese): Überaktivität zentral-nervöser dopaminerger Strukturen im mesolimbischen, nigrostriatalen und tubero-infundibulären System; dafür spricht die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika (Block postsynaptischer Dopamin-D2-Rezeptoren)
- psychosozial: für Manifestationstermin, Verlauf und Prognose scheinen psychosoziale Faktoren mitbestimmend zu sein
- psychologisch
- tiefenpsychologisch
- soziogenetisch: broken-home, soziale Isolierung, ledig sein

Leitsymptome

- in der BRD bislang zwei Konzepte von Bedeutung:
 1. K.Schneider unterteilte psychopathologische Phänomene in Symptome 1. + 2.Ranges
 2. E.Bleuler: Grundsymptome und akzessorische Symptome
- Diagnose schwierig, allerdings immer wieder sehr charakteristische Veränderungen der Persönlichkeit, die eine Diagnose zulassen

formale Denkstörungen:

- zerfahrenes, inkohärentes Denken
- sprunghafter, unverständlicher Gedankengang ohne logische oder assoziative Verknüpfung; Sprache bruchstückhaft bis völlig zerfallen
- Sperrung des Denkens, Gedankenentzug, Gedankenabreißen (plötzlicher Abbruch des zunächst flüssigen Gedankengangs, im Gespräch plötzlich unmotiviertes Stocken und Unterbrechen)
- Sprachverarmung: Neologismen (Neubildungen), Kontamination (Verschmelzung heterogener Sachverhalte)
- Paralogik: Konkretismus (Denken ist an sichtbaren und fassbaren Vorstellungen orientiert)
- Symboldenken: symbolischer Ersatzbegriff anstelle des ursprünglichen Inhalts

inhaltliche Denkstörungen:

- Wahnstimmung: dem Patient erscheint die Welt verändert, unheimlich und bedrohlich
- Wahnwahrnehmung: wahnhafte Fehlinterpretation einer realen Wahrnehmung
- Wahn: als Beeinträchtigungs-, Verfolgungs-, Eifersuchts-, hypochondrisches, Vergiftungs- und Verknennungsphänomen; am häufigsten sind Beziehungs- und Verfolgungsideen

Ich-Störungen:

- Depersonalisation: Körper und Ich bilden keine Einheit mehr; Fühlen, Denken und Handeln ist von außen gemacht; Grenzen zwischen Ich und Umwelt sind durchlässig
- Derealisation: Entfremdung der Umwelt
- Fremdbeeinflussung: Gedanken und Fühlen, Wollen und Handeln erscheinen von außen gemacht

- Gedankeneingebung: Gedanken und Vorstellungen erscheinen von außen gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben oder aufgedrängt
- Gedankenausbreitung: andere hätten Anteil an den eigenen Gedanken und wüssten was man denkt
- Autismus: Leben in völliger Abkapselung von der Aussenwelt

Wahrnehmungsstörungen:

- akustische Halluzinationen (Akoasmen): Sinneswahrnehmungen eines unrealen Objektes, unkorrigierbare Überzeugung von der Realität des Erlebten
- optische, olfaktorische, gustatorische, taktile Halluzinationen

Störungen der Affektivität:

- Parathymie: inadäquate Affekte (Lachen bei traurigen Situationen)
- Paramimie: inadäquate Mimik
- läppischer Affekt: leere Heiterkeit oder Albernheit
- psychotische Ambivalenz: gegensätzliche Gefühle stehen nebeneinander und werden vom Patienten quälend erlebt
- Affektarmut: emot. Verarmung und soziale Isolation vor allem bei schizophrem Residualzustand
- Autismus: mangelnder emotionaler Kontakt
- manisch-depressive Stimmungslage

Katatone und andere Symptome:

- Katatonie: psychomotorische Störung in der der Erkrankte sich kaum bewegt (Stupor) und auch nicht spricht (Mutismus), er ist allerdings bewusstseinsklar und wach und sogar in besonderem Maße beeindruckbar; er leidet unter Angst, Wahn und Halluzinationen
- katatone Erregung: starke, motorische Unruhe mit zum Teil stereotypen Bewegungsabläufen. Schreien, Grimassieren bis zum Erregungssturm (Raptus)
- Störung der Psychomotorik: Grimassieren, Bewegungsverarmung – Stereotypien, Verbigeration (monotone Wiederholung), Rigidität, bizarre Haltungen, motorische Erregungen
- Negativismus: Widerstand gegenüber Aufforderungen und gegenteiligen Reaktionen
- Befehlsautomatie: automatenhaftes Ausführen des Verlangten

Suizidalität und Aggressivität:

- Suizidgefahr durch imperative Stimmen, Gefühl der Ausweglosigkeit, psychotische Angst oder Verfolgungswahn während postschizophrener Depression
- Fremdgefährdung z.B. durch Angriff auf vermeintliche Verfolger

Negativ- und Positivsymptomatik:

- positiv (produktiv): bessere Prognose und besser behandelbar; Halluzinationen, Wahn, Denkerfahrenheit, Erregtheit, bizarres Verhalten
- negativ (vermindert): Antriebsmangel, Aktivitätsverlust, Affektverflachung, Ausdrucksarmut, Sprachverarmung

Subtypen

- Unterformen werden nach dem zeitlichen Eintreten der ersten Symptomatik unterschieden:
 - hebephrene Subtypen um Jugendalter
 - Erkrankungen jenseits des 40.Lj werden als Spät-Schizophrenien bezeichnet
 - Alters-Schizophrenie nach dem 60.Lj

weitere und wichtigere Unterteilung durch die Symptomatik selbst:

- paranoide vs. nicht-paranoide Form
- unsystematische Schizophrenien (affektvolle Paraphrenie) vs. symptomatische Schizophrenie
- positive (Typ I) vs. negative Symptome (Typ II):
 - Typ I: Positivsymptome (Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörung), gutes Ansprechen auf Neuroleptika, assoziiert mit Störungen von Dopamin
 - Typ II: Negativsymptome (Affekt-Verlangsamung, Sprachverarmung, möglicherweise assoziiert mit intellektueller Beeinträchtigung und hirnorganischen Veränderungen)
 - Mix-Typ: Typ I + II bei dem gleichen Patienten
- paranoid-halluzinatorischer Typ: Halluzinationen und Wahnerlebnisse stehen im Vordergrund; Affekt- und Antriebsstörungen sowie katatone Symptome sind zwar oft nachweisbar, aber nicht bestimmend; häufigstes Erscheinungsbild schizophrener Störungen; Erkrankungsbeginn im Allgemeinen später als bei den übrigen Unterformen

- Katatoner Typ: Schwankungen zwischen katatonem Stupor und katatoner Erregung; Gefahr der vegetativen Entgleisung in die perniziöse Katatonie (4-8% der Kranken); häufig sind psychomotorische Störungen mit Stupor, Befehlsautomatismen, Negativismus, Mutismus, Hyperkinesien, Stereotypien motorischer und sprachlicher Art und Haltungstereotypien; Prognose relativ günstig
- Zönaesthetische Form: eigenartige Leibgefühlsstörungen und Körperhalluzinationen sind das wesentliche Merkmal; uncharakteristische Prodrome sollen häufiger und länger als bei den anderen Unterformen nachweisbar sein; v.a. Männer
- hebephrener Typ: Affektstörungen mit heiter-läppischer Grundstimmung, formale Denkstörungen (ungeordnet, zerfahren, weitschweifig), Störung des Sozialverhaltens (Rückzug, Enthemmung) und Manierismen; v.a. < 30.Lj; rasch ausgebildete Minussymptomatik → schlechte Prognose
- Schizophrenia simplex: Antriebsminderung, Verlust der Eigeninitiative und Passivität, Kontaktverlust, Affektverflachung und formale Denkstörungen sind nachweisbar; auffällig produktive Symptomatik fehlt; schleichender Beginn mit eher undramatisch und progredientem Verlauf; Prognose eher ungünstig

Verlauf und Prognose

- Beginn perakut (innerhalb einer Woche), akut (innerhalb von 4 W.), subakut (innerhalb von 2-6 W.), schleichend (über 6 Monate)
- Verlauf: mögliche Formen
 - rezidivierend in Schüben mit chronischer Residualsymptomatik und meist leichtem Defekt
 - phasenhaft: akute Manifestation und vollständige Remission
 - lebenslanges Fortbestehen der Symptomatik und Residualzustände
- nach einer akuten Manifestation sind postremissive Erschöpfungszustände bzw. postpsychotische Depression möglich
- situativ bedingte Dekompensation mit psychotischen Rezidiven sind häufig
- bei ca. 50% ungünstiger Verlauf mit häufigen Rezidiven / Residualsymptomen
- sichere Prognoseaussage ist bis heute nicht möglich
- stabilisierender Effekt des Lebensalters hinsichtlich der Remission ist erst > 50.Lj erkennbar
- prognostisch günstig: kontaktfähige, syntone Persönlichkeiten; psychisch-reaktive Auslösung; perakuter Beginn bei Erstmanifestation; depressive und katatone Initialsymptome
- prognostisch ungünstig: Minderbegabung/Schulversagen; abnorme, schizoide Primärpersönlichkeit; schleichender Beginn; hebephrene Initialsymptome

Therapie

Psychosoziale Maßnahmen:

- akut schizophrene Patienten sind oft nur stationär psychiatrisch behandelbar, ggf. auch gegen den Willen
- Basistherapie: Milieugestaltung, Förderung von Kontakten und langsamer Abbau sozialer Isolierung; zudem physikalische und Ergotherapie; wichtig: Über- und Unterstimulierung sollten vermieden werden
 - Verhaltenstherapie: Trainingsprogramme und kognitive Therapien zur Reduktion kognitiver Defizite und Verbesserung der sozialen Kompetenz
 - Soziotherapie: lebenspraktische Maßnahmen aus dem Bereich Arbeit, Wohnung, Freizeit, Förderung der Eigenaktivität, Bewältigungsstrategienentwicklung fördern
 - Milieutherapeutische Maßnahmen: Arbeits- und Beschäftigungstherapie

Psychopharmaka:

- i.d.R. indiziert bei Beachtung der KI und der allgemeinen Behandlungsregeln
- zu Beginn: ein mittelstark bis stark wirkendes Neuroleptikum, dessen Dosierung schrittweise innerhalb weniger Tage erhöht wird, bis der therapeutische Effekt befriedigend ist
- akute und schwerste psychotische Zustände: sofort hoch und ggf. parenteral, dann ggf. runter
- Benzodiazepintranquilizer können ggf. kurz zusätzlich verordnet werden
- hochakut, perakut: stationär mit neuroleptischer Medikation
- perniziöse fieberhafte Katatonie: lebensberdohliche Komplikation; Neuroleptikatherapie und bei Erfloglosigkeit Elektrokrampftherapie
- paranoid-halluzinatorische Syndrome: mittlere – hohe Dosierung eines mittel – stark wirkendes Neurol.
- nach Besserung: langsames Ausschleichen über längeren Zeitraum; für Symptomsuppression Erhaltungsdosis ($\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{4}$ der Ausgangsmenge) über wenigstens 6 Monate
- Minussymptomatik: am ehesten wirken atypische Neuroleptika wie Clozapin, Risperidon
- chronisch produktive Psychosen: symptomsuppressive Dosis über mindestens 4 Jahre

Persönlichkeitsstörungen

Allgemeines:

- die Persönlichkeitsstruktur ist durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben
- oft subjektives Leiden und eine gestörte soziale Interaktion; die Betroffenen können jedoch auch sozial unauffällig sein
- Entstehung: u.a. hereditär oder reaktiv auf Umwelteinflüsse, soziale Bedingungen, Hirnschädigungen

Epidemiologie:

- 5 – 15% in der Allgemeinbevölkerung; in psychiatrischen Kliniken bis 48%; mehr in der Großstadt
- antisoziale, schizoide, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen bei Männern gehäuft
- selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitsstörungen eher bei Frauen
- schizotypische Borderline-Störungen bei Männern und Frauen gleich

Ätiopathogenese:

- psychodynamisch: Reifungs- und Entwicklungsstörungen mit Ich-Funktions- und Struktur-Schwäche
- verhaltenstherapeutische Sicht: gelerntes Verhalten
- neurobiologische Befunde: genetische Faktoren werden vermutet
- Neurotransmitterstörungen: Zusammenhang vorhanden, v.a. 5-HIAA im Liquor niedrig und Aggressivität
- minimale cerebrale Dysfunktion: entstehen bei Teilleistungsstörungen des ZNS bezüglich der Affektregulation oder der Impulssteuerung
- sonstige Faktoren: soziale Umwelteinflüsse, familiäre Umstände
- somatische Ursachen: kortikale Demenz, subkortikale Demenz, ZNS-Tumoren, Kopf-Traumen

Klinik und Subtypen:

- bei allen: bestehenden Persönlichkeitszüge sind unflexibel und wenig angepasst
- Verhaltensauffälligkeiten bei Affektivität, Antrieb, Wahrnehmung, Denken, Impulskontrolle und soziale Beziehungen
- oft innere Unruhe, Suchtverhalten, depressive Verstimmung, Ermüdung, Erschöpfung und Ängste
- meist: subjektiver Leidensdruck und eingeschränkte Leistungsfähigkeit

Diagnose:

- Dominanz eines bestimmten Merkmals
- Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten
- tiefgreifendes und in vielen Situationen eindeutig unpassendes Verhalten
- oft kombiniert mit Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit
- biographische Konsistenz und Konstanz der Störung

Einteilung nach DSM-IV:

- Gruppe A: paranoide, schizoide, schizotype Persönlichkeitsstörungen; Pat. sonderbar und exzentrisch
- Gruppe B: histrionisch, narzisstisch, dissoziale/antisoziale, Borderline-Persönlichkeitsstörungen; Patienten sind dramatisch, emotional oder launisch
- Gruppe C: selbstunsichere, abhängige, zwanghafte, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen; Patienten sind ängstlich und furchtsam

diagnostische Instrumente:

- Selbstbeurteilungsbögen, Checklisten, Interviews
- Freiburger Persönlichkeitsinventar: mehrdimensionales Persönlichkeitskonzept
- Minesota multiphase personality inventory
- projektive Testverfahren; thematischer Apperzeptionstest

DD:

- Abgrenzung zu neurotischen Störungen schwierig; Übergänge zu Psychosen unwahrscheinlich
- Anpassungsstörungen; minimale cerebrale Dysfunktion

Therapie:

- Psychotherapie, evtl. konfliktzentriert, analytisch orientiert; zudem Selbstsicherheitstraining
- kognitive Verhaltenstherapie
- dialektische kognitive Verhaltenstherapie von Linehan (bei Borderline)
- Krankenhausbehandlung möglichst vermeiden; Indikation bei Fremd- oder Selbstgefährdung

- Angebote von Hilfe für die Familie und Angehörige
- Psychopharmaka: serotonerge Antidepressiva, MAO-Hemmer, Neuroleptika, Lithium, Carbamazepin

Paranoide Persönlichkeitsstörung

Klinik und Diagnose:

- Misstrauen und feindliche Missdeutung von Erlebtem oder Handlungsweisen anderer, übermäßige Empfindlichkeit, leichte Kränkbarkeit, überhöhtes Selbstwertgefühl, Streitsucht, situationsunangemessenes Beharren auf eigenen Rechten
- Gedanken an Verschwörung als Erklärung für Ereignisse; streitsüchtiges, beharrliches Verhalten
- Neigung zur pathologischen Eifersucht
- als Variante: fanatische Persönlichkeit mit Kampf für überwertige Ideen, querulatorische Persönlichkeit mit Kampf gegen vermeintliches Unrecht

Schizoide Persönlichkeitsstörungen

Klinik und Diagnose: flache Affektivität, kontaktscheu, Überempfindlichkeit, geringe emotionale Anteilnahme, Distanziertheit, Introvertiertheit, Verslossenheit, emotionale Kühle, Neigung zur Isolation und Vereinsamung wegen mangelhafter sozialer Anpassungsfähigkeit; keine Respektanz sozialer Konventionen; Überschneidung mit paranoider Persönlichkeitsstörung möglich; oft bei Verwandten 1.Grades von Schizophrenen

Dissoziale Persönlichkeitsstörungen

Epidemiologie:

- Männer : Frauen = 2 : 1; aber der 2.Lebenshälfte deutliche Stabilisierung der Lebensverhältnisse

Klinik und Diagnose:

- Missachtung sozialer Normen und Verpflichtungen, Unbeteiligtsein gegenüber anderen
- nicht zu längeren Beziehungen fähig; eigenen Bedürfnisse im Vordergrund
- Primärpersönlichkeit gemütsarm und kühl, aber leicht beeinflussbar und verführbar
- Neigung zu Delinquenz, Tendenz zur Verwahrlosung; oft erschwerende, strafrechtl. Konsequenzen
- kein oder schwach subjektiver Leidensdruck; kein Zugang zum Patienten
- überdurchschnittlich oft abnormes EEG
- gehäuft hereditäre wie auch lebensgeschichtliche familiäre Belastung
- schon während der Kindheit Verhaltensstörungen; Frühkonsum von Alk und Drogen

Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen

- Instabilität des Selbstbildes, der Emotionen und der Zwischenmenschlichen Beziehungen
- Frauen > Männer
- 2 Erscheinungsformen:
 1. Impulsiver Typ: mangelnde Impulskontrolle und aggressives Verhalten
 2. Borderline-Typ: emotionale Instabilität und Störungen des Selbstbildes, oft selbstschädigendes Verhalten, Suiziddrohungen, Suizidversuche

Borderline-Konzeption

- psychische Erkrankung im Grenzgebiet von neurotischen und psychopathischen Persönlichkeitsstörungen und der endogenen Psychose
- durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung gekennzeichnet
- Diagnose wenn 5 aus 8:
 1. ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung
 2. instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit Wechsel zw. Idealisierung + Abwertung
 3. ausgeprägte Stimmungsschwankungen
 4. chronisches Gefühl der Leere und Langeweile
 5. verzweifelte Bemühen ein Alleinsein zu verhindern
 6. Impulsivität mit potenziell selbstschädigenden Handlungen, Substanzmissbrauch, Diebstahl,..
 7. wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche
 8. übermäßig starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Ätiopathogenese:

- mangelhafte Auseinandersetzung mit der Realität und Verharren in infantilem Wunschenken

Klinik und Diagnose:

- Geltungsbedürfnis; egozentrisches, selbstbezogenes Verhalten; Tendenz zur Dramatisierung; theatralisches Verhalten; starkes Kontaktbedürfnis mit Neigung zur Distanzlosigkeit, gleichzeitige Bindungsschwäche und Unstetigkeit; Anspruchshaltung gegenüber Mitmenschen bei geringer sozialer Anteilnahme; leichte Beeinflussbarkeit
- Frauen > Männer

Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

Klinik und Diagnose:

Minderwertigkeitsgefühle und übertriebenes Bedürfnis nach Gewissheit und Sicherheit; andauernde Anspannung, Besorgtheit, Befangenheit gegenüber anderen; anhaltende Sehnsucht nach Akzeptiertwerden und Zuneigung bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Zurückweisung; Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse; Überbetonung von Gefahren in alltäglichen Situationen bis zur Verminderung bestimmter Aktivitäten; 2,5% der Bevölkerung; Frauen > Männer

Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie:

- Prädisposition bei Verwandten 1.Grades bereits Betroffener; Männer > Frauen; Prävalenz 0,7%

Ätiopathogenese:

- psychodynamisch als Kompensationsvorgang zur Abwehr innerer Desorganisationsimpulse, äußere Ordnung als Ich-stützendes Gerüst

Klinik und Diagnose:

- Perfektionismus, Genauigkeit, Strenge, wenig Spielraum zur Kompromissbereitschaft, risikoarme Lebensführung, Streben nach geordneten Verhältnissen, Perfektionismus mit Kontrollneigung, Pünktlichkeit, Sparsamkeit, Zuverlässigkeit, übermäßige Vorsicht; oft depressive Verstimmung und Angst

abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung

Ätiopathogenese:

- versäumte adäquate Belastung im Kindesalter bzw. Überprotektivität mit gelernter Hilflosigkeit
- psychodynamisch: libidinöse Ich-Besetzung
- fehlende Geborgenheit und grundlegende Mängel an Zuwendung

Klinik und Diagnose:

- geht einher mit instabilem Selbstwertgefühl, gesteigerte Enttäuschungsbereitschaft und Kränkbarkeit sowie Omnipotenz und Größenphantasien bei gleichzeitiger Minderwertigkeit, Ehrgeiz, Neidgefühl, Anspruchshaltung, Wunsch nach Anerkennung und Bewunderung, Langeweile, innere Leere und Reizhung
- Gefühl der Inkompetenz und Nachgiebigkeit gegenüber anderen Personen
- mögliche Prädisposition durch chronisch körperliche Erkrankungen bei Kindern und Adoleszenten
- Entschlusslosigkeit, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Nachgiebigkeit den anderen gegenüber, Angst vor Verlassenwerden
- oft kombiniert mit Angst, Depression, selbstunsicheren und schizotypen Persönlichkeitsstörungen
- körperlich begleitend: chronische Müdigkeit und Leistungsschwäche, diffuse Missempfindung, vegetative Labilität, Schlafstörungen

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

- keine eigene Kategorie im ICD-10, obwohl viele betroffen sind

Klinik und Diagnostik:

- durchgehend eine Selbsteinschätzung des Betroffenen, die sich um dessen eigene Großartigkeit dreht; kann sich sowohl im Verhalten als auch in der Phantasie abbilden
- zudem ausgeprägte Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und der Einschätzung durch andere
- eigene Fähigkeiten werden typischerweise überschätzt und der Einsatz des persönlichen Engagements bleibt gegen die erweckten Erwartungen zurück; das Selbstwertgefühl ist nicht sehr ausgeprägt und kann immer in ein Gefühl der Wertlosigkeit umschlagen; oft gestörte zwischenmenschl. Beziehungen

Anorexia nervosa

- Beginn meist in der Pubertät; geht einher mit Abmagerung und anderen Symptomen
- 1% aller Frauen zwischen 12. und 20.Lj; 95% Frauen; v.a. Mittel- und Oberschicht
- Letalitätsrate 3-6fach erhöht gegenüber Normalbevölkerung; 30-50% durch Suizid

Ätiopathogenese:

- prädisponierende Faktoren: Schlankheitsideal, hohe Leistungserwartung
- auslösende Ereignisse: banale Erkrankungen, neue Anforderungen der Umgebung
- genetische Faktoren
- individuell: unvollständige Identitätsfindung, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen
- lerntheoretisch: entwickelte Körperwahrnehmungsstörungen; kognitive Defizite und ungünstige Problemlösungsstrategien, die zu niedrigerem Körpergewicht und wegen der Reaktion der Umwelt zu höherem Selbstwertgefühl führen

Klinik:

- veränderte Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Veränderung der Wahrnehmung einiger vom Körper ausgehender Reize (Hunger,...)
- BMI <17,5; selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
- Amenorrhoe; Bradykardie, Ödeme und andere (sekundäre) körperliche Symptome
- Libido- und Potenzverlust; sekundäre hormonelle Störungen
- bei Erbrechen und Laxanzienabusus: Hypokaliämie, Arrhythmie, Nierenschädigung
- gehäuftes Auftreten affektiver Störungen

Diagnose:

- Körpergewicht mindestens 15% unter zu erwartendem Wert
- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust; Vorliegen einer Körperschemastörung
- Amenorrhoe und andere endokrine Störungen
- verzögerte körperliche Entwicklung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät

Therapie: je nach Indikation Schwerpunkte der Therapie in:

- Info über Dynamik, Symptomatik und Folgen der Erkrankung
- Info über gesunde Ernährung
- Therapie der Wahrnehmungsstörungen
- möglichst explizites Programm zur schrittweisen Behebung des Untergewichts um 100-150g/d
- Vereinbarung eines Zielgewichts; ambulant: regelmäßige Gewichtskontrolle mit Interventionsgewicht
- stationäre Behandlung bei starker Gewichtsabnahme
- Verhaltenstherapie; Selbsthilfegruppen; somatisch (Elyt-Substitution, Eiweiß- und Vit.präparate,...)

Bulimia nervosa

- Heißhungerattacken mit wahllosem Verschlingen von Nahrung mit seelischen und körperlichen Beschwerden → Ablenkung, Schlaf, selbstinduz. Erbrechen, Laxanzien- und Diuretikamissbrauch
- 3% der weiblichen 12 – 25jährigen Bevölkerung; v.a. zwischen dem 20. + 30.Lj; F : M = 30 : 1

Ätiopathogenese:

- Auslöser: erlebte bzw. drohende Kränkungen
- psychodynamische Sicht: brüchiges Selbstwertgefühl durch frühkindliche Störungen
- verhaltenstherapeutische Sicht: Nichtlernen konstruktiver Konfliktbewältigung
- Ambivalenz, Störungen im Körperschema und Körperselbstbild
- Kontrollverlust in Form von Essattacken (als nicht steuerbar erlebt) als Problemlösungsstrategie

Klinik:

- mehrmals täglich Heißhungeranfälle, gefolgt von Fressattacken
- Erhaltung des Normalgewichts infolge häufigen Erbrechens, Fasten, Laxanzienabusus
- begleitende psychische Auffälligkeiten: Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Schamgefühle und Selbstverachtung bis zur Suizidalität, Depressivität, vermehrte Reizbarkeit, Nervosität
- deutlicher Leidensdruck; psychiatrische Komorbidität
- häufig normales KG, aber trotzdem Symptome der Mangelernährung mit vegetativen Störungen
- somatische Begleiterscheinungen

Therapie:

- aufdeckende, konfliktzentrierte Psychotherapie; Selbsthilfegruppe
- ausreichende körperliche Belastung; ggf. akzessorische Gabe von TCA

Abhängigkeit von Alk., AM und illegalen Drogen

Allgemeines:

- Definition: Abhängigkeit ist ein unwiderstehlicher Drang, ein Suchtmittel einzunehmen, um entweder ein Gefühl des Wohlbefindens zu erzielen oder um Missempfindungen auszuschalten
- Sucht: Rauschgiftabhängigkeit ist definiert als ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch wiederholten Gebrauch einer Droge hervorgerufen und für das Individuum und die Gesellschaft schädlich ist
- Missbrauch (Abusus): qualitativ oder quantitativ abweichender Gebrauch eines chemischen Stoffes, AM oder Genussmittels
- Merkmale der Abhängigkeit:
 - psychische und/oder physische Abhängigkeit von Rauschmitteln
 - Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzentwicklung)
 - unwiderstehliches Verlangen, den Drogeneffekt zu wiederholen
 - Bedürfnis, sich die Drogen um jeden Preis zu beschaffen
 - charakteristische Abstinenzsyndrome bei der Entziehung
 - Folgeschäden für das Individuum und die Gesellschaft
- Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10: 3 der folgenden Kriterien innerhalb eines Jahres
 - starker Wunsch oder Zwang, eine Substanz zu konsumieren
 - verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums; körperliches Entzugssyndrom; Nachweis einer Toleranz
 - Vernachlässigung anderer Vergnügungen und Interessen
 - anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen
- Prägnanztypeneinteilung nach den verwendeten Stoffgruppen: Morphintyp; Barbiturat-Alk. Typ; Kokaintyp; Cannabistyp; Amphetamintyp; Halluzinogentyp; Khattyp
- Progredienz: stark von der Droge abhängig; Morphinabhängigkeit entwickelt sich sehr schnell; Kokain und Cannabis machen „nur“ psychisch abhängig
- Entstehung und Entwicklung von Abhängigkeit:
 - überdurchschnittlich häufig empfindsame und verschlossene Persönlichkeitstypen
 - auch passive, bequeme Persönlichkeiten mit einem Reizhunger oder einer Stimmungs labilität und Frustrationsintoleranz
- Abhängigkeitsmotive:
 - Bekämpfung von Schmerz oder Schlafstörungen
 - Lösung von Angst; Leistungssteigerung
 - Beeinflussung von dysphorisch-depressiven Verstimmungszuständen
 - Betäubung; Berauschung
 - Steigerung der Erlebnisfähigkeit
- präventive Maßnahmen:
 - wichtig sind sachgerechte, aber nicht drohende Information und Aufklärung, v.a. Jugendliche
 - wichtiger Einfluss: Modellwirkung der Eltern als Vorbild für einen verantwortlichen und kontrollierten Genussmittelverbrauch
 - Verbesserung des sozialen Images von Nichtkonsumenten und Abbau von Konsumenten
 - Anzahl der Abhängigen lässt sich durch gesetzgeberische Maßnahmen reduzieren
- Auswirkungen der Sucht:
 - psychische Auswirkungen: z.B. Wesensveränderungen, Interessenverlust, ...
 - körperliche Auswirkungen: z.B. vegetative Störungen, Schlafstörungen, KG↓
 - soziale Auswirkungen: Suizidgefährdung, sozialer Abstieg, Kriminalität
- Therapie:
 - Pat. muss ermutigt werden; Behandlungsziele: Abstinenz, psychosoziale Stabilisierung, Nachreifen der Persönlichkeit
 - Entzug ist unerlässlich, aber allein unzureichend → intensive psychosoziale Betreuung
 - außer Barbituratabhängigkeiten immer abruptes Absetzen

Alkoholsucht

Epidemiologie:

- in der BRD 2-3% behandlungsbedürftige Alkoholiker und eine Alkoholismusgefährdung von 4-5%
- in den Allgemeinkrankenhäusern sind 11-14% und in den psychiatrischen Krankenhäusern 20-35% Alkis, davon 70% Männer; allerdings Anstieg bei Frauen und Jugendlichen in den letzten Jahren

Diagnostik:

- Diagnose stützt sich auf ein abweichendes Trinkverhalten, auf Zeichen körperlicher und psychischer Abhängigkeit sowie auf unterschiedliche Folgeschäden
- Abweichendes Verhalten zeigt sich v.a. in der Trinkmenge und im Trinkmuster

Entwicklung und Formen des Alkoholismus:

- Bleuler: Alkoholismus ist der Gebrauch alkoholischer Getränke, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden schadet → der Alkoholiker leidet an einer Krankheit
- heute: Alkoholismus als Oberbegriff für Alkoholmissbrauch schlechthin und die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder (Alkabhängigkeit, akute und chronische Alkpsychose)

Prägnanztypen nach Jellinek:

- Alphotyp: Konfliktrinker ohne Kontrollverlust bei gewisser psychischer Abhängigkeit, Fähigkeit zur Abstinenz erhalten; Übergang in Gammatyp möglich; keine Spätfolgen
- Betatyp: Gelegenheitstrinker (periodisch aufgrund von Trinksitten), keine psychophysische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust; Übergang in Epsilontyp möglich; keine Spätfolgen
- Gammatyp: Suchttrinker mit psychischer Abhängigkeit, Kontrollverlust, aber abstinentfähig; später ebenfalls physische Abhängigkeit; Toleranzentwicklung; soziale Spätfolgen
- Delta: Gewohnheitstrinker; ausgeprägte physische Abhängigkeit ohne Abstinentmöglichkeit; kein Kontrollverlust (oft in Weinanbaugebieten); Spiegeltrinker ohne Rausch
- Epsilon: episodische Trinker mit episodischem Kontrollverlust (Quartalstrinker); aber abstinentfähig; „Dipsomanie“, teilweise als larvierte Depression anzusehen; psychische Abhängigkeit

Kontrollverlust:

- Zwang zu kontinuierlichem Abusus mit durchgehend physischer Abhängigkeit
- Delta- und Gammaalkoholismus charakterisieren die Alkkrankheit im engeren Sinne

Phaseneinteilung:

- v.a. beim Gammatyp, aber auch bei den anderen
- in der Entwicklung zur schweren Alkkrankheit Differenzierung folgender Phasen: präalkoholische, prodromale, kritische und chronische Phase; ohne dass diese Phasen beim Alkoholiker nachweisbar wären
- Zeitspanne variiert zwischen 10-12 Jahren, bei Beginn im jungen Alter auch mal nur 2-3 Jahre
- außer dem Lebensalter sind auch andere Faktoren (Persönlichkeitsstruktur, individueller Metabolismus und das Trinkmuster) bedeutsam;
- wichtig ist in der Praxis die Initialstadien zu erkennen um noch vor der Entwicklung schwerwiegender und irreversibler körperlicher, psychischer und sozialer Schäden zu therapieren

Toleranzentwicklung:

- beim Alk ausgeprägt, nimmt in späteren Stadien aber wieder ab

Therapie:

- Einteilung in 4 Phasen:
 - Kontaktphase: kann Tage bis Monate dauern
 - Entgiftungs- und Entwöhnungsphase: relativ kurze Phase
 - Nachsorgephase: bis zum Lebensende
- zur Linderung der Entzugserscheinungen kann Clomethiazol gegeben werden, allerdings wegen der Gefahr der Ateminsuffizienz und Abhängigkeit nur im Rahmen des Alkentzugssyndroms
- wichtig für die Interaktion zwischen Arzt und Patient: Erkennen, dass Änderung der Situation nötig ist; zu akzeptieren, dass dafür Hilfe nötig ist; angebotene Hilfe akzeptieren; Alkoholikerstatus anerkennen; Abstinenzziel anerkennen; Ziel einer allgemeinen Lebensumstellung anzuerkennen

Alkrausch:

- Trunkenheit ist die Form einer akuten Alkintoxikation, die in der Schwere abhängig ist von Art + Menge des Getränks und der Zeitspanne, sowie der persönlichen Alkverträglichkeit und dem augenblicklichen Gesamtzustand

- Symptome:
 - verlangsamte ZNS-Funktion, gestörte Koordination, Nystagmus
 - erhöhte Magen-Darm-Motilität
 - Koma mit BD↓, Tachykardie, Hypoglykämie, Areflexie, Atemlähmung, Bewegungsstörung
- Therapie:
 - wegen Gefährdung der Vitalfunktion stationär
 - während akuter Entgiftungsphase Clomethiazol um Entzugssymptome zu lindern; langsames Ausschleichen, Höchstdauer der Therapie 2-3 Wochen wegen Gefahr der Abhängigkeit
 - alternativ dämpfende Neuroleptika oder Melperon
 - bei ausgeprägt vegetativer Symptomatik (Hypertonie,...): Clonidin
 - milderer Verlauf: Antidepressiva oder Carbamazepin
 - stets tägliche Verabreichung von Vit.B1, Folsäure und Mg-Präparaten
 - sollte als eine der 4 Behandlungsphasen angesehen werden

Komplikationen:

- Delirium tremens (Alkdelir):
 - akute delirante Psychose mit gesteigerter motorischer Aktivität (Nesteln,...) und vegetativen Symptomen (Flush, Tremor, Schwitzen)
 - zudem Desorientiertheit, vermehrte Suggestibilität, inkohärentes Denken, meist optische Halluzinationen, Schlaflosigkeit und in schweren Fällen epileptiforme Entzugsanfälle
 - tritt meist am 2. oder 3.Tag der Abstinenz auf, auch früher möglich
 - häufig nach Unfällen, akuten Erkrankungen, OPs
 - Therapie: Mittel der 1.Wahl – Clomethiazol; fakultativ Neuroleptika und zur Anfallsprophylaxe Carbamazepin
 - endet unbehandelt in 15 – 30% letal
- Pathologischer Rausch: (selten)
 - Alkunverträglichkeit mit epileptiformen Erregungszuständen, Dämmerzuständen, Halluzinationen und Amnesie nach relativ geringen Alkmengen
 - mögliche prädisp. Faktoren: Hirntraumen, Zerebralsklerose, starke seelische Erregung
- Alkoholhalluzinose: (seltener als Alkdelir)
 - Kennzeichen sind fehlende Bewusstseinstörung, eine ängstlich-paranoide Grundstimmung, typischerweise akustische Halluzinationen und das Wissen der Pat., dass sie halluzinieren
 - kann Tage bis Monate andauern; Therapie mit Neuroleptika

Alkoholfolgeerkrankungen:

- periphere Polyneuropathie: häufigste Folgeerkrankung
- Korsakow-Syndrom:
 - Korsakow-Psychose des chronischen Alkoholikers
 - heute nur noch im Sinne eines unspezifischen organischen Psychosyndroms unter besonderer Betonung der Gedächtnisfunktion verwendet
 - Symptomatik: Desorientiertheit zu Zeit und Ort; Störung von Lang- und Kurzzeitgedächtnis; Konfabulation
 - kommt bei organischen Psychosen, Alkoholismus und ähnlichen Krankheitsbildern vor
- Wernicke-Enzephalopathie
- Marchiafav-Bignami-Syndrom: neuropsychiatrische Folgekrankheit mit IQ-Abbau, Wesensänderung, Sprach- und Bewegungsstörungen und epileptischen Anfällen
- zentrale pontine Myelinolyse
- Zieve-Syndrom: internistische Folgekrankheit mit akuter hämolytischer Anämie, Pankreatitis, cholestatischer Fettleber oder Leberzirrhose und Hyperlipidämie
- Spätatrophie der Kleinhirnrinde

Abhängigkeit von illegalen Drogen

Faktoren der Entstehungsbedingungen:

- v.a. durch Freunde (90%) dazugekommen;
- psychopathische Persönlichkeitsstörungen; Insuffizienzgefühle, Kontakthemmung, dysphorische Stimmung; erlebnisreaktive und neurotische Störungen; chronische Schlafstörungen und Schmerzen
- soziokulturell bedingte Verhaltensstile im Umgang mit Drogen; Verwöhnung und Mangel an Versagen in der Kindheit

Drogenkarriere:

- Einstieg ist oft Haschisch; bei einem Teil der Fälle Übergang zu harten Drogen
- am Anfang kommt es noch relativ häufig zu Versuchen wieder auf weichere Drogen umzusteigen; Rückfälle verstärken jedoch die Resignation; schließlich dreht sich alles nur noch um den Stoff, hier verliert der Abhängige die soziale Kontakte

Benzodiazepine:

- am häufigsten missbräuchlich eingenommenen Medikamente; Alk verstärkt die Wirkung erheblich
- Flunitrazepam ist ein beliebtes Mittel bei Polytoxikomanie
- Symptome sind ähnlich wie bei Alkmissbrauch:
 - Müdigkeit und Benommenheit; Anxiolyse; gleichzeitig gehobene Stimmungslage
 - Kontakterleichterung bis zur Enthemmung
 - körperlich akut Muskeler schlaffung, verwaschener Sprache, Schwindel, Ataxie, Hypotonie
- Folgen der chronischen Einnahme:
 - Tremor, Nystagmus, Ataxie, KG↓, allmähliche Gewöhnung und Steigerung der Dosis oder Niedrigdosisabhängigkeit ohne Steigerung
- Frauen deutlich öfter wie Männer
- Entzug am besten stationär mit allmählicher Substanzreduzierung in kleinen Schritten;
- supportive Maßnahmen: Entspannungsübungen, Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie, Bewegungstherapie, Ergotherapie

Opiate: (Morphin, Heroin, Codein, Dolantin, Polamidon)

- regelmäßiger Gebrauch → ausgeprägte psychische und phys. Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und in deren Folge zu Entzugserscheinungen; oft Aushöhlung der Persönlichkeit bei erhaltener „Fassade“
- NW: Miosis, Hypotonie, Bradykardie, Wechsel von Obstipation und Diarrhö, Potenzstörungen, Schlafstörungen, Müdigkeit, KG↓, Leistungsabfall, Antriebsminderung
- Opiatintoxiaktion:
 - zuerst: Gesichtsrötung, Hautjucken, Miosis und Benommenheit
 - im Verlauf: Atemdepression, Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, Bewusstlosigkeit bis zum tiefen Koma und evtl. auch Krampfanfälle
 - wegen z.T. toxischer Beimengungen kann es auch zu einem Lungenödem oder einer Rhabdomyolyse kommen
 - Therapie mit dem Opiodantagonisten Naloxon
- Opiat-Entzug (nach 6-12 h): Frieren, Tempanstieg, abdominelle Krämpfe, Übelkeit und Erbrechen, Angst und Unruhe, Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Mydriasis, BD↑, selten kommt es zu psychotischen Erscheinungen

Barbiturate:

- psychische und physische Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen
- Psychopharmakologie ähnelt der des Alkohols → Beeinträchtigung der höheren zerebralen Funktionen, Erniedrigung der Hemmschwelle, Verlängerung der Reaktionszeit
- Entwicklung einer ausgesprochenen Toleranz durch Enzyminduktion
- manchmal wirken sie nicht sedativ-hypnotisch, sondern zentral erregend + euphorisierend (paradox)

Kokain:

- führt zur Entwicklung einer starken psychischen Abhängigkeit und nur mäßiger physischer Abhängigkeit; fehlende Toleranz
- beim Kokainrausch wird das „euphorische Stadium“ vom „depressiven Stadium“ unterschieden
- bei chronischem Kokainkonsum kommt es häufig zu paranoid-halluzinatorischen Psychosen, Inappetenz, Abmagerung und taktilen Mikrohalluzinationen

Halluzinogene: (LSD, Meskalin)

- Entwicklung einer psychischen, aber nicht physischen Abhängigkeit
- LSD: häufig Beobachtung von Durchgangssyndromen, Halluzinationen und illusionäre Verkennungen
- Nachhallphänomene können noch Monate nach Absetzen auftreten
- akut: starke Mydriasis und Veränderungen im EEG

Psychostimulanzien: (Amphetamin, Theophyllin)

- chemisch heterogene Gruppe von psychisch anregenden, hauptsächlich antriebssteigernden Pharmaka
- das subjektive Leistungsgefühl wird stärker gesteigert als die objektive Leistungsfähigkeit
- einzige Indikation für Amphetamine: Hyperkinesie bei Kindern, Narkolepsie

Cannabistyp:

- psychisch, aber nicht physische Abhängigkeit; fehlende Toleranzentwicklung
- Folge von langem Cannabisabusus kann sich ein Passivierungssyndrom mit Interessenschwund und Verwahrlosungstendenz entwickeln

Therapie:

- stationäre Entziehung und Entgiftung: Barbiturate und Tranquilizer werden fraktioniert, Opiate abrupt entzogen; bei Auftreten von Abstinenzerscheinungen Gabe von Neuroleptika und ggf. zusätzlich Antidepressiva
- Aufdecken der Motive
- Entwöhnungsbehandlung: durch Individual- und Gruppenpsychotherapie, autogene Training und andere Entspannungsübungen eine Stärkung der Persönlichkeit zur drogenfreien Lebensgestaltung geübt