

Buchempfehlung: Möller, Laux, Duale Reihe, MLP/Thieme (verbindlich)
 Berger, 2. Auflage, Urban/Fischer
 Gaspar

Siehe Handout/Internet

Definition der „Neurose“ (Bräutigam):

„Als Neurose bezeichnet man ein eGruppe von seelisch bedingten Krankheiten chronischen verlaufs, die sich in bestimmten Symptomen - Angst, Zwang, truarige Verstimmung, hysterische Zeichen - oder in bestimmten Eigenschaften - Hemmung, Selbstunsicher, emotionale Labilität. Innere Konflikthaftigkeit - äußern“

heute:

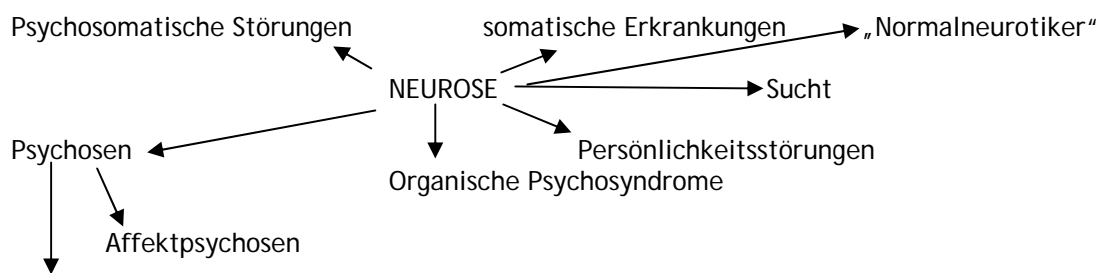
Krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung.

Es ist nicht eine primär organische Erkrankung, obwohl genetische Beteiligung, z.B. bei der eNtwicklung der Angst, nachgewiesen wurde.

Diagnosestellung:

- nicht nur per exclusionem!
- Erscheinungsbild
- Psychodynamik
- Nicht: per exclusionem

Differentialdiagnose:



Schizophrene Psychosen
 (pseudoneurotisches Vorstadium) borderline-cases

Neurosen:

Prognose:

Nach 10 Jahren:

Spontanheilung selten: 10-20%
Besserung: 50-60%
Residualsymptomatik: 50-60%

Auslöser neurotischer Symptome:

- Akute Belastungsreaktion:
 - o Auslöser
 - o Symptome
 - o Therapie
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

>>

Patientendemonstration:

Einlieferung auf Anraten des Hausarztes vor 7-8 Wochen

Steile Karriere, nebenher Studium, Frau mit komplexer Schwangerschaft. Dann in der Firma neuer Teamleiter, Mobbing, Anweisungen wurden nicht mehr vollständig abgearbeitet. → enorme Zunahme der Belastung.

Dann Hausarzt: Leichtes Antidepressivum, Nachts aber extreme Alpträume, dann Einlieferung.

Defizite in der Kindheit: Alkoholkranker Vater, überforderte Mutter, Mit 7 Monaten Frühgeburt als 3. Kind. Großmutter hat Übermaß an Liebe gegeben, immer nach dieser Liebe gesucht, dann Narzismus.

Diagnose: Früher war der Patient auch suizidal. Entlastungsdepression. Teilgenetischer Faktor: Bruder & Vater waren Alkoholiker.
Zudem war der Patient eine komplizierte Zangengeburt mit Hypoxie.

>>

Vor eine solche Verhaltenstherapie wird sinnvollerweise eine **Verhaltensanalyse** gestellt, die fragt, **wodurch ein störendes Verhalten entstanden ist** und was es aufrecht erhält. Nach dem Verhaltensmodell von Kanfer und Saslow lassen sich folgende fünf Faktoren unterscheiden (S-O-R-K-C):

- **Stimulus:** die das Verhalten auslösende Reizkonfiguration
- **Organismus:** körperliche Variablen, wie Herzjagen oder Schreckreaktion, auch allgemeine Ängstlichkeit
- **Reaktion:** das störende Verhalten des Patienten, wie reagiert Patient auf den Stimulus
- **Konsequenz:** alle aktuellen Verstärker des Verhaltens
- **Contingenz:** Bedingungen und Stärke der Verknüpfung zwischen Verhalten (R) und Verstärkern (K).

Beispielsweise könnte ein Patient unter Angstzuständen (Reaktion) leiden, die mit Zittern und Herzjagen (Organismus) verbunden sind und immer dann auftreten, wenn er mit der Straßenbahn fahren muss (Stimulus). Der Lebenspartner bemitleidet den Patient und fährt ihn in solchen Fällen mit dem Wagen zur Arbeit, was diesem sehr angenehm ist (Konsequenz). Der Patient merkt dadurch sehr schnell, dass seine Ängste und körperlichen

Beschwerden sich verringern und fordert nun immer öfter, mit dem Auto zur Arbeit gefahren zu werden (Contingenz).

Kontingenz: enge räumliche oder zeitliche Aufeinanderfolge von Verhalten und Konsequenzen.

Definition der Psychotherapie nach Strotzka

!!! Psychotherapie ist nicht Therapie der Psyche sondern eine Therapie mit psychischen Mitteln !!!

Dieser Prozeß arbeitet durch Kommunikation auch non-verbale (Entspannungsverfahren, als Therapie für mehr Körperbezug)

Psychotherapieverfahren

- Psychodynamische Therapie (tiefenpsychologisch-fundierte Therapie und Psychoanalyse)
- kognitive Verhaltenstherapie
- Integrative Therapie (allgemeine Pth., Eklektizismus gleichzeitig oder sukzessive Anwendung von PA und VT=
- Gesamtbehandlungsplan

„Basistherapie“ + spezifische Methoden und Techniken und andere Therapien (z.B. Psychopharmaka, Soziotherapie)

Konzept des „Ichs“, „Über-Ichs“ und „Es“.

Freud: alle psychischen Vorgänge sind durch zwei grundlegende Triebe motiviert → Sexualtrieb versus Selbsterhaltungstrieb, später Lebens- (Eros) versus Todestrieb (Thanatos):
Energetisches Modell !

Sein Ansatz besteht in einer

- Persönlichkeitstheorie: beschreibt bestimmte überdauernde Persönlichkeitseigenschaften und deren Entstehung
- Entwicklungstheorie: beschreibt normale und pathologische ontogenetische Entwicklung {Ontogenese: Entwicklung eines Individuums von der Zygote bis zu einem differenzierten Organismus, i.w.S. bis zu seinem Tod}
- Theorie der Psychopathologie: erklärt Entstehung und Behandlung von Neurosen
- Motivationstheorie: stellt Ursachen für menschliches Verhalten dar

Libido: Triebenergie, die vom Sexualtrieb aufgebaut wird.

Menschliches Erleben ist wesentlich durch Triebe und auf der anderen Seite gesellschaftliche Normen zu erklären. Die Triebe befinden sich mit den Normen im Widerstreit, zur Veranschaulichung dieses Prozesses definierte Freud einen psychischen Apparat aus DREI INTRAPSYCHISCHEN INSTANZEN: **Instanzenmodell:**

- ES
 - Instinkte und Triebe → Energiequelle für den ges. psychischen Apparat und Grundlage für die Differenzierung von Ich und Über-Ich.
 - Jegliche Zunahme von Energie aufgrund internaler oder externaler Stimulierung führt zu Spannungen, die das Es sofort abbauen will: Es arbeitet

- nach dem LUSTPRINZIP und strebt nach der sofortigen und vollständigen BEFRIEDIGUNG der Instinkte und Triebe
- Psychische Vorgänge des ES sind UNBEWUSST → Wünsche, die durch Triebimpulse entstehen belieben AUCH UNBEWUSST !
- Prozesse im ES sind PRIMÄRPROZESSE, die sich in TRÄUMEN niederschlagen können und so *verschlüsselt* auf unbewusste Wünsche und Konflikte hinweisen können (Freud: Trumdeutung als „Königsweg zum Unbewussten“)
- ICH
 - Entwickelt sich aus dem ES, da die Anforderungen der Außenwelt häufig einer direkten Triebbefriedigung (Es) entgegenstehen. ICH steht in direktem Kontakt mit externalen Welt (Realität), kontrolliert motorische Abläufe und steuert die Wahrnehmung der internalen und externalen Realität.
 - Realistisches, logisches, planendes & bewusstes Denken → SEKUNDÄRPROZESSE
 - Die meisten Inhalte des ICH sind BEWUSST
 - ICH arbeitet nach dem Realitätsprinzip, d.h. es versucht zwischen den Wünschen des ES, den Geboten des ÜBER-ICH und den Anforderungen der Realität zu vermitteln, wobei möglichst viel Lust verwirklicht und möglichst viel Unlust vermieden werden soll !
- ÜBER-ICH
 - Gewissen des Menschen
 - Enthält verinnerlichte Werte, Normen & Moralvorstellungen, die v.a. von den Eltern und der Außenwelt übernommen werden (durch Identifikation als Lösung des Ödipus-Konflikts)
 - Persönliches Ideal, das nach Perfektion strebt
 - Überwacht ICH und sorgt für Strafen und Schuldgefühle, falls unerwünschte Taten, Gedanken oder Wünsche auftreten
 - Psychische Prozesse im ÜBER-ICH sind teilweise BEWUSST und teilweise UNBEWUSST

Posttraumatisches Belastungssyndrom

Jeder Ansatz in der Psychotherapie zielt darauf, dass der Patient wieder die schmerzhaften Erinnerungen zulässt. Man muss sich der Angst immer wieder stellen. Alles was man vermeidet, dem man aus dem Weg geht, genau das, muss trainiert werden, dass man dies immer wieder macht. „Ran an den Feind“. Beispiel: CN Tower-Toronto.

Zur Therapie gehört auch immer ein offener und Aufnahmebereiter Patient!!

Angst und Zwangsstörungen

19.X.2004

Einteilung psychischer Erkrankungen nach ICD-10 Kapitel F (seit 1990)

Archaische Angst: Subcortikale „schnelle“ Projektion zur Amygdala.

Die Menschen sind auch darauf trainiert, Angst bei anderen schnell zu erkennen. Die hat sich im Zusammenhang mit den sozialen Gefüge, in denen sich der homo sapiens befindet, als vorteilhaft herausgestellt.

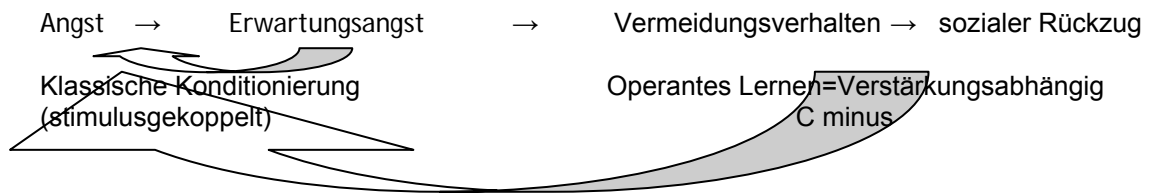
Wann macht Angst krank ?

- Angst ist überlebenswichtig
- Angst ist archaisch (z.B. Schlangen)
- Schreckreaktion dient:
 - o Dem Kampf oder der Flucht
 - o Im Extremfall einfreieren

Flight-fight-freeze

Unphysiologische Angst

Wenn Angst zu stark ist und zu lange empfunden wird.



Angst

Normale Angst pathologische Angst

Psychogene Störungen endogene Psychosen organische Psychosen

Objekt-/situationsabh. Objekt-/situationsunabh.

ICD 10 F40

- F40.0 Agoraphobie
- F40.1 soziale Phobie
- F40.2 spezifische Phobien

ICD F41 Sonstige Angststörungen

F41.0

Angst ist ein sehr häufiges Phänom in der Bevölkerung

Agoraphobie (Platzangst)

5,4% Lebenszeitprävalenz

Angst in 2 der Situationen

-

siehe Handout !

Angst äußert sich physisch als AROUSAL.

22.X.2004

Schizophrenie

Pateintendemonstration:

40-jähriger Patient mit „unsichtbaren“ Menschen, die durch ihn durchtreten, Patient hat Zeitverschiebungen; Patient hat „Das Philadelphia-Projekt“ gelesen, in Anlehnung daran verdächtigt er Staat und Kirche, über die Möglichkeiten verfügt, Menschen unsichtbar zu machen. Entwicklung innerhalb von 4-5 Jahren, Ausbruch der Krankheit 1989 (Patientenalter 22 Jahre); Mit 4 ½ Jahren befürchtet der Patient, dass sein Gehirn immer am Schädel anstößt. Patient hat organische Masse verspürt, die ihn in die Genitalien gestochen habe. Die Personen schützen den Patienten manchmal, manchmal wollen sie ihm auch etwas Böses; manchmal wird der Patient auch selbst auch zum Dämon. Zeitsprünge als eine Art Déjà-Vu Erlebnis.

Patient hat das Gefühl, andere Menschen können seine Gedanken lesen. „CD-Wechsler im Gehirn, die dann der Mann der durch ihn durch geht wechselt.“ Vorstellungen, ans Kreuz genagelt zu werden“.

Patient hörte auch Stimmen, „die in seinem Kopf“ sind: Stimmen kommentieren die Gedanken des Patienten. Patient empfindet „das Fremdenken“ als störend.

- ausgeprägter, bizarrer Wahn
- Wahnerinnerungen (4 ½ Jahre)
- Derealisationserleben (Deja-Vu)
- Ich-Grenzen-Störung (Menschen gehen durch ihn durch)
- Halluzinationen (kommentierende Stimmen)
- sprunghaftes Denken, assoziativ gelockert
- Depersonalitätserleben (Spiderman, Wie viele Kopien es von mir gibt)
- doppelte Buchführung (er glaubt nicht dass die Gedächtnisstörungen von der Psychose kommen, lässt sich aber dennoch freiwillig behandeln)
- innere Zerissenheit (Hittler oder Papst als Bewahrer der Seele/ Beichtvater)

Definition der Schizophrenie

- Kraepelin, 1893: Dementia praecox
- Bleuler, 1911: Schizophrenie: Geist/Ich-Spaltung, Spaltung der Ichfunktion/des Erlebens, Denkens, Fühlens, Handelns
- Schneider: Symptome ersten und zweiten Ranges

Schneiders Symptome ersten Ranges

- Akustische Halluzinationen
- Gedankenentzug oder Gedankeneingabe
- Gedankenausbreitung, -eingebung
- Leibliches Beeinflussungserleben

Schizophrenie - Epidemiologie

- 0,5-1% der Weltbevölkerung
- M=F
- Prädispositionsalter in 70% zwischen 15 und 35 a
 - o Männer 12-15a, Frauen 25-35
 - o Unterschiedlich je nach Subtyp
- Zahlreiche Leidensjahre (Inzidenz 0,1/1000)
- 25-50% Suizidversuche
- etwa 10% Suizide

Ökonomische Bedeutung der Erkrankung

- Arbeitsausfall, Behandlungskosten, Pflegekosten
- Höhere Kosten als durch alle Krebserkrankungen zusammen
- Sechsfach höhere Kosten als durch Myokardinfarkte (obwohl Patientenzahl nur 1/12)
- Rehospitalisierungsrate 50% innerhalb 1 Jahr

Definition Schizophrenie

Störungen im

- Denken
- Wahrnehmung
- Emotionen
- Verhalten

Positiv- Negativ-Konzept nach Crow 1980 und Andreassen 1987

Plus-Symptome: alles was zusätzlich dazu kommt: Halluzinationen, etc

Negativ: Was fehlt: Antriebsmangel, etc.

Schizophrenie-Symptom-cluster

- Verhaltens-/Bewegungsstörungen: Katatone Erregung oder Stupor; Wächserheit (flexibilitas cerea), stereotypien, Manierismen
- Depressive Symptome: depr. Verstimmung, Angst, Schuldgefühle, Todessehnsucht
- Vegetative Symptome: Schlafstörungen, Störungen der Sexualfunktionen
- Positiv-Symptome: Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Denk- und Sprachstörungen
- Negativ-Symptome: Affektverflachung, Anhedonie, Alogie, soziale Passivität

Prodormalsyndrome

- sozialer Rückzug
- Schlafstörungen
- Leistungsknick
- Diffuse Ängste
- Zwänge
- „Basissymptome“: Filterstörungen: Reizüberflutung
- Wahnstimmung
- Beziehungsideen: neutrale Reize werden auf sich bezogen
- Evtl. Liebeswahn

Akute Phase

- Inhaltlich
 - o Beziehungswahn
 - o Beeinträchtigungs/Verfolgungswahn
- Formal
 - o Wahrnehmungsstörungen
- Stimmenhören
- Akoasmen
- Optische/Geruchs-/Geschmacksstörungen

Ich-Störung

- Derealisation
- Depersonalisation
- Gedankenausbreitung, -entzug, -eingung
- Andere Fremdbeeinflussungserlebnisse

Formale Denkstörungen

- assoz. Lockerung

Affektivität

- innerlich unruhig, ambivalent, parathym, dysphorisch, euphorisch, gereizt

Antrieb, Psychomotorik

- antriebsarm
- gehemmt
- gesteigert
- motorisch unruhig Parakinesen
- Sterotypien Manieriertheit
- Theatralisch
- Mutistisch-logorrhöisch

Zusätzlich:

- Negativ Symptomatik:
 - o Affektabflachung, Anhedonie, Alogie, soziale Passivität
- Aggressivität
- Suizidalität
- Fehlende Krankheitseinsicht

Schizophrenie

Positiv-Symptomatik

- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen
- Denkstörungen

Kognitive Symptome

Affektive Symptome

Negativ-Symptomatik:

- sozialer Rückzug
- Affektabflachung
- Anhedonie
- Alogie
- Soziale Passivität

Diagnostik

Operationalisierte Diagnostik:

ICD 10: mindestens 1 Monat andauernd !

Formen

- Paranoide Schizophrenie
- hebephrene Schizophrenie: Affektabflachung, Alogie, Antriebsstörung, soziale Passivität; ungünstige Prognose
- katatone Schizophrenie: Verhaltens- Bewegungsstörungen, katatone Erregungen oder Stupor, Wächsernehit, Stereotypien, Manierismen → perniziöse Latenz
- undifferenzierte Schizophrenie
- postschizophrene depressive Symptome: depr. Stimmung, Angst, schuldgefühle, Todessehnsucht, Anhedonie
- Schizophrenes Residuum: Negativ Symptomatik
- Schizophrenia simplex: eigentümliches Sozialversagen, nie richtig Positivsymptome, aber akkumulierende Negativsymptomatik; selten
- (Schizoaffektive Störung/ akute schizophrene Störung/ etc)

Ursachen

- multifaktoriell, letztlich ungeklärt
- Copingmodell

Prädisponierende biologische Faktoren

- genetische Faktoren
- Schwangerschafts- Geburtskomplikationen
- Störungen der Hirnentwicklung (Erweiterung der Ventrikel, pathologische Zellanzahl)
- Neurochemische Imbalancen (Dopamin-Hypothese)

Schizophrenie ist auch eine Gehirnerkrankung, es gibt unterschiedliche Auffälligkeiten.

Prädisponierende psychosoziale

- Familie: high expressed emotions (für Rezidiv, nicht für Erstkrankungen)
- Drift-Hypothese
- Prämorbid Persönlichkeit
- Familienstand: Alleinstehend
- Psychodynamische Anstöße

Auslösende Faktoren

- Lebensereignisse
- Halluzinogene
- Psychosoziale Überbelastung
- Kritische oder überengagierte Familienatmosphäre

25.X.2004

Soziokulturelle Aspekte: schizophrener Patient als:

- Eltern: 2-10% Geschwister 6-12%
- Kinder: 9-16%
- Enkel: 3%
- Beide Eltern: 30-50%
- Eineiige Zwillinge: 16%, 86%
- zweieiige Zwillinge: 12%, 38%

Die Umweltfaktoren spielen die größte Rolle bei der Erkrankung. Warum Erkrankten Frauen im Schnitt 5 Jahre Später: Östrogenhypothese. So erklärt sich auch der zweite Gipfel während der Menopause.

Die Veranlagung dazu, eine Psychose zu entwickeln, ist unterschiedlich
Vulnerabilitätsschwelle bei Schlafdeprivation.

Zur Senkung der Vulnerabilitätsschwelle können auch Virusinfektionen beitragen (Inzidenz Sommer/Winter).

Zudem schon Art Prägung in der Embryonal- und Säuglingsphase (Hirnentwicklung).

Alle Menschen sind psychosensibel!

Vulnerabilitäts-Stress-Modell, wurde zunächst für psychische Erkrankungen entwickelt, hat sich in der Zwischenzeit aber auch bei organischen Erkrankungen bewährt.

Schizophrenieformen

Paranoid-Halluzinatorische Form

- später Erkrankungsbeginn
- Gipfel im 4. Lebensjahrzehnt

Katatone Form

- günstige Prognose
- perniziöse Katatonie

Hebephrene Form

- Jugendalter
- läppische Gestimmtheit (distanzloses Verhalten)

Schizophrenia simplex

- Reduktion auf Grundsymptome

Personen die in einer High EE leben (EE= expressed Emotion)intolerante, distanzlose Umgebung)

Psychosoziale Intervention

- Angehörigengruppe
- Psychoedukative Gruppe
- Arbeitstherapeutische Maßnahmen
- Betreutes Wohnen

Protektive Faktoren:

- coping
- warme, distanzierte Beziehungen
- günstige Wohnsituation
- Tätigkeit am 2. Arbeitsmarkt
- Kontakt zur Familie

Stressoren:

- soziale Isolierung
- Überforderung am Arbeitsplatz
- Belastende Wohnsituation
- Stresserleben
- Intensive Beziehung
- Lebensverändernde Ereignisse

Coping:

Die Krankheit und diese damit verbundenen Bedrohungen müssen verarbeitet werden. Das Coping-Modell von Lazarus (1966) unterscheidet mehrere Bewältigungsreaktionen:

- a) **Informationssuche** (im medizinischen Wörterbuch nachschlagen, den Arzt fragen),
- b) **direkte Aktionen** (Medikamente einnehmen, Selbsthilfegruppe aufsuchen),
- c) **Aktionshemmung** (Rückzug, Verminderung von Arbeitstätigkeiten) und
- d) **intrapsychische** und **kognitive Prozesse** (Ignorieren der Krankheit, Herunterspielen oder Überbewertung der Symptome).

Nach Ausführung einer Bewältigungsreaktion kommt es zu einer **Neubewertung** der Situation, die ggf. weitere Bewältigungsmechanismen zur Folge haben mit erneuter Neubewertung usw. (Kreisprozess).

Es gibt **verschiedene Coping-Typen:**

- a. **Sensitizer:** somatisch- muskulär orientiert; bevorzugt das active coping (Informationssuche & Sofortiges Handeln), ein vergeblicher Bewältigungsversuch verursacht bevorzugt Schäden an Herz/Gefäßen, Muskel und Halteapparat
- b. **Repressor:** passive Bewältigung, bevorzugt passive coping (Vermeiden von Aktionismus & intrapsychische REaktionen, z.B. Abwehrmechanismen wie Bagatellisieren oder Verleugnen) → Cortisol. Schäden durch Glukokortikoide im Magen-Darm Bereich (Duodenum-CA), Immunsysteme, Asthma

Grundsatz der Psychotherapie

- Vermeidung von Affektaktualisierung
- Weniger konfliktorientiert
- Eher rehabilitativ
- Intrapsychische Harmonisierung (Versöhnung mit seiner Lebenssituation)

Therapeutische Arbeit mit Angehörigen

- integraler Bestandteil der Therapie mit schizophrenen Patienten
- Angehörige sind Mitbetroffene und Mitbewältigende

- Schuldzuweisungen sind nicht gerechtfertigt Angehörige sind langfristig die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung der Patienten

Schizophrenie wird neurobiologisch heute so geklärt, dass es keinen einzelnen Focus gibt, sondern dass das Gehirn als Ganzes eine Fehlfunktion aufweist im Bereich der Informationsverarbeitung, da diese ja von der Wahrnehmung bis zur Handlung geht. Insbesondere ist die Filterfähigkeit gestört.

Wie kommen die Halluzinationen zustande: neurologisch: Fehlschaltungen im Kortex.

Dopaminstoffwechsel ist bei Schizophrenie gestört, Neuroleptika reduzieren die Dopaminüberempfindlichkeit. Die Schizophrenie ist aber multifaktoriell. Ursache und Auslöser sollten nicht miteinander verwechselt werden !!

Depression

26.X.2004

Triadisches System der Psychiatrie

1. körperlich begründbare (organ.) Störungen
2. endogene Psychosen (Schizophrenie, schizo-affektive Psychosen, zylothymie)
3. Abnorme Varianten von:
 - a. Verstand
 - b. Persönlichkeit
 - c. Empfindung
 - d. Erlebnisverarbeitung (Neurosen)
 - e. Entwicklung
 - f. Triebanlagen
 - g. Suchten

Achseneinteilung des DSM IV

Insgesamt fünf Achsen vorhanden. Beispiel:

Achse 1:

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1 | Störungen in Kindheit und |
| 2,3,4 | organ. Faktor |
| 5,6 | Schizophrenie |
| 7-14 | nach Störungsbild gruppiert |

„Depressiv“

- umgangssprachlich. Ein Sich-Befinden (nicht krankhaft*)
- psychiatrisch (krankhaft*)
 - o Symptom (freudlos, gedrückte Stimmung, verzweifelt, hilf-, hoffnungslos, leer)
 - o Syndrom (=Symptomkomplex)
 - o Erkrankung (depressives Syndrom + Ein/Ausschlusskriterien)

Lebensereignisse.

Als Auslöser depressiver Stimmungen und affektiver Phasen

- Verlust/Misslingen (Tod, Schiedung, umzug, Arbeitslosigkeit, Vereinsamung, Demütigung, Versagung, Enttäuschung)
- Überforderung
- Entlastung, Erfolg

Reaktion: Innehalten (Antrieb), Nachdenken, realitisches Neubewerten

Self-serving bias

Depressives Syndrom

1. reduzierte stimmung
2. reduzierter antrieb
3. Erregung oder Hemmung (beobachtung)
4. Appetit, Gewicht reduziert
5. Schlaf (dauer) erhöht, erniedrigt
6. Müdigkeit, Energieverlust
7. Geühle von Wertlosigkeit, Schuld
8. Konzentration, verminderte Entschlusskraft
9. Todes-, Suizidgedanken

Reaktionen bei Bedrohung

Biologische

Psychische Abwehrmechnismen

Fight	Verdrpung	Verschiebung	Ungeschehenmachen
Flight	Sublimierung	Askese	Wendung gegen die eig. Person
	Kompensation	Intellektualisierung	Verkehrung ins Gegenteil
Freeze	Identifikation	verneinung	Konversion
Faint	REGRESSION	verleugnung	Altruistische Abtretung

Präsuizidales Syndrom

1. Gedankliche und soziale Einengung, Vereinsamung
2. Aggressionstendenzen erfahren Hemmung/ Umkehr, Libidoverminderung
3. Todeswünsche, Selbstötungsphatasien aktiv/sich aufdrügend

Im Frühsommer (Mai) gibt es die höchsten Suizidraten; die meisten Suizide werden morgens zwischen 8 und 11 Uhr vollzogen (Morgentief).

Depressives Syndrom

1. Angst
2. Hypochondire
3. Zwang
4. Reizbarkeit
5. Derealisation, Depersonalisation
6. Hysterie (histrionisch, konversiv)
7. depressiver Wahn
8. Schmerz
9. sexuelle Störungen
10. Abstumpfung der Wahrnehmung
11. Exkretorische Störungen

12. Hormonelle Störungen

Wahn

- falsche Beurteilung der Realität (Unmöglichkeit des Inhalts)
- Subjektive Gewissheit (nicht nur „glaubhaft“)
- Unkorrigierbarkeit

Wahnformen

Depressiv	Manisch
Verarmungswahn	Größenwahn
Versündigung-/Schuldwahn	
Hypochondrischer Wahn Nihilistischer Wahn (Welt-)Untergangswahn	
Eifersuchtswahn	Liebeswahn
Bedrohungswahn	
Beeinträchtigungswahn	
Bestehlungswahn	
Vergiftungswahn	
Dermatozoenwahn (Übergang zu Wahrnehmungsstörungen)	

Wahn kann bei Manie oder Depression auftreten

Depressives Syndrom

- Vitalsymptome
- Schlaf
- Atmung
- Herz-Kreislauf
- Gastrointestinal
- Sexualität
- Schmerzen
- Schwandel, Frieren, Schwitzen
- Kalte Akren, Haut- und Muskeltonus, Tränensekretion, Haarausfall

Larvierte Depression

- seelische steht weniger im Vordergrund (Depressio sine depressione)

Alternativdiagnosen

- Hypochondrie
- (Neuasthenie)
- Coenästhetische Schizophrenie
- Fibromygie, CFS, somatische Erkrankungen
- Simulation
- Depersonalisation, Derealisation
- Konversionsstörung
- Generalisierte Angst
- Somatisierungsstörungen

Manie

- Stimmung gehoben/irritiert (+3-4/7)
- Selbstbewusstsein erhöht, Größenideen
- Schlafbedürfnis gesenkt
- Rededrang
- Ideenflucht, Gedankenjagen
- Ablenkbarkeit
- Betriebsamkeit und Unruhe
- Angenehme Aktivitäten (mit unangenehmen Konsequenzen) erhöht
- (Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht; Suchtmittelgebrauch)

Mangel an Krankheitsgefühl und -einsicht; Suchtmittelgebrauch

Varianten der Manie

- akute Manie
- heitere
- gereizte, zornige, erregte
- hysterische
- ideenflüchtige
- verworrene
- M. furiosa s. gravis
- Mischzustände
- Ängstliche, depressive
- Gedankenarme, unproduktive
- Gehemmte
- Akinetische, attonische
- Hypomanie (M. levis, M. sitis, M. mitis (sima))
- Verschärfte

Symptome der Schizophrenie

Schizoaffektive Störungen

- A : Kriterium A der Schizophrenie + Depression oder Manie
- B: Wahnvorstellungen oder Halluzinationen >2 Wochen ohne Depression oder Manie (DSMIV; ICD 10 betont dagegen die Gleichzeitigkeit)
- C: affektive Symptome nehmen einen substantiellen Teil der Phase ein
- D: keine direkte Auswirkung [psychotroper] Substanzen

Parameter affektiver Störungen WICHTIG !!!!

Inhalt

- depressiv, manisch, MD Mischzustand mit ohne psychot. Zeichen
- schizo-depressiv (SD)
- schizomanisch (SM)
- schizo-MD

Intensität

- Depression (leicht, mittel, schwer; Melancholie)
- Dysthymie
- Manie-Hypomanie

Ursache

Endogene Phase (+ life event)
Anpassungsstörung, Belastungsreaktion
Sekundäre affektive Erkrankungen

Verlauf

- Dauer
 - o Kurze (wiederkehrende) Depr.
 - o Depr. Periode (>2 Wochen -2Jahre)
 - o Chronische DEpr. (>2J)
 - o Depressive Persönlichkeitsstrg.
- Frequenz
 - o Einzelne Episode
 - o Rezidivierend (rapid cycling)
 - o (chronisch)
- Polarität
 - o unipolar: D, M, dM, SM
 - o bipolar (schizo-) MD
 - o BP I, II, III, Zykllothymia

29.X.2004 Depression

- Unipolare Depression (singuläre Episode, rezidivierend)
- Unipolare Manie (selten)
- Bipolare Depression (bipolar I,II)
- Schitioaffektive Psychose
- Dysthymie
- Zykllothymie

Dysthymie

- Form der chronische Depression
- Stimmung über 2 Jahre an der Hälfte aller Tage reduzierte Stimmung sowie mindestens 2 von 6 Symptomen der Depression

Melancholie

1 oder 2 ü 3 oder mehr von 3.8.

1. Freudlosigkeit
2. Mangel an Reagibilität

Depressive Tagesschwankungen

Major Depressive Episode

- a. 5 aus 9 Hauptsymptome, darunter depre. Stimmung oder Interessenverlust während derselben 2 Woche mit Änderung des Funktionsniveaus

b. Kriterien der gemischten Episode nicht erfüllt

Manische Episode

Saisonales Muster

- A. Regelmäßige zeitliche Beziehung zwischen dem Beginn der depressiven Episode und einer Jahreszeit
- B. Regelmäßige zeitliche Beziehung zwischen Remission (oder Übergang in Hypomanie) und einer Jahreszeit
- C. 2 derartige

Winterdepression

Zyklothyme Störungen

Prävalenz depressiver Erkrankungen

Genetischer Einfluss

The nature of nurture

Physiologische Untersuchungen zur

Nebennierenrinde ↑
Schilddrüse
Nonsuppression

Antidepressiv eVerfahren

- Psychotherapie
- Sozialtherapie
- Physikalisch:
 - o Elektrokrampftherapie, Licht, Magnet-Stimulation (rTMS), Vagus-Nerv-Stimulation
- Physiologische
 - o Körperliches Training, Schlafentzug, hormonbehandlung, Akupunktur
- Biochemische
 - o Pharmaka (Beeinflussung von Transmittern, Modulatoren, Rezeptoren, Genen)
- Chirurgische
 - o Cingulotomie u.a.

- Ungesichert:
- Ginko
- Glutamin
- Homöopathie
- Natürl. Progesteron

- Phenylalanin, Tyrosin
- Johanniskraut
- S-Adenosyl-Methionin

Hypothesen zur Depressionsgenese

Monaminmangel, NA, 5-HAT, DA ?
GABA-Mangel
Galanin-Mangel

Antidepressive Wirkung

Serotonin- bzw. Noradrenalin-Anreicherung durch

- Vermehrung des Substratangebots (Precursors)
- Wiederaufnahme hemmung

WIChtige Kerne:

RApe, Locus coeruleus, VTA (Ventrale tegmentale Area)

SP (Substanz P), GLU (Glutamat)

CRF , GABA (Gamma-Aminobuttersäure)

Pharmakologische Beeinflussung

2.XI. 2004 Forensik (Dr. Borke)

Behandlung gegen den Willen → Unterbringung in einer Klinik

1. Zivilrechtliche Unterbringungsmöglichkeiten
2. Unterbringung nach BGB
3. Strafrechtliche unterbringungsmöglichkeiten

Lat. „forum“ = der Marktplatz

Forensische Psychiatrie

- Zum Wohl des Patienten (Eigengefährdung) !
- Fremdgefährdung

→ Schnittstelle zwischen dem Patienten und dem Gestz

→ Behandlung gegen den Willen des Patienten

→ Betreuung

→ Gesellschaftsfähigkeit

→ Erwebsfähigkeit

→ Testierfähigkeit

→ Verhandlungsfähigkeit

→ Aussagetüchtigkeit

Behandlung gegen den Willen des Patienten

- Unterbringungsgesetz (Ubg) des Landes BW (Landesrecht!) zur Unterbringung psychisch Kranker
- Anordnung zur psych. Untersuchung durch Amt für öffentliche Ordnung (polizei → Ordnungsamt); (Gesundheitsamt / niedergelassener Psychiater → Gutachten)
- Aufgrund des Gutachtens kann das Ordnungsamt die Unterbringung beim Vormundschaftsgericht beantragen (Familiengericht=amtsgericht); dieser offizielle Weg wird selten gegangen, er dauert bis zu 1,5 Jahre
- Bei akuter Gefährdung: Polizei holt Arzt zum „Tatort“ → Arzt muss fürsorgliche Einweisung aussprechen (Schriftlich, Verdachtsdiagnose, Eigen-/familiengefährdung ?) -> Patient muss mit KRrankentransprtins KH 8polizei kann mitfahren zum Schutz der Saniätter)

Psychiatrie

- bis längstens 72 h kann Pat. In Psychiatrie „festgehalten“ werden (ohne gerichtliche Anordnung) → Beantragung der Unterbringung nach UBG; Richter muss mit Patient und Arzt sprechen → Richter muss Unterbringung sofort anordnen (bis zu 6 Wochen) → Patient kann widerspruch einlegen (Landesgericht)
- sofortige Entlassung wenn diensthabendeer Arzt feststellt, dass keine Indikation zur Einweisung besteht

Dauer der Unterbringung

- solange die Voraussetzungen für die Unterbringung bestehen
- auch kürzer als gerichtlich angeordnet möglich
- Unterbrigung kann auch verlängert werden

Betreuungsrecht

- geregelt im BGB (Voraussetzungen siehe § 1896, §1906)
- gilt seit Anfang der 90iger Jahre (früher Vormundschaftsrechts („alles oder nichts“), Vormund in allen Bereichen)
- Betreuungsrecht: Zum Wohle des Patienten
- Betreuung nur in den Bereichen, in denen es notwendig ist, meisst:
 - o Gesundheitsfürsorge
 - o Aufenthaltsbestimmungen
 - o Finanzielle Angelegenheiten
- Betreuer hat einen Ausweis, in dem vermerkt ist, für welche Bereiche er zuständig ist
- Unterschied zur Unterbringung: nur Selbstgefährdung zählt, bei Fremdgefährdung gilt ja das UBG!

Schuldfähigkeit (§20 StGB)

Beispiel:

Täter hat beschlossen, einen Menschen umzubringen, um ins Gefängnis zu kommen, dazu stach er auf einen Mann mehrfach ein, der lebensgefährlich verletzt wurde, aber überlebte

→ psychiatrisches Gutachten ->schuldunfähig → Unterbringung in Psychiatrie (Unbefristet, bis Fremdgefährdung ausgeschlossen werden kann)

Profil des Täters

18 Jahre: 1.SV; AMBULANTE Gespräche beim Psychiater, Ø Medikation
23 Jahre: erste Episode (6 Monate) nach dem Tod der Mutter mit vermehrtem Rückzug, Konzentrationsstörungen, visuelle & akustische Haluzinationen → ambulante Behandlung, ca. 4 Termine per annum, niedrigdosierte Neuroleptika
24 Jahre: 2. Episode, ähnliche Symptomatik
26 Jahre: 3. Episode, 2. SV, versuchter Mord

Diagnose: paranoide Schizophrenie

⇒ § 20 StGB:

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

5.XI.2004 Sucht und Abhängigkeit

Terminologie Alkoholiker

γ-Trinker : Kontrollverlust und exzessive Mengen
δ-Trinker : Spiegeltrinker

Typ 1: hohe Mengen, sozial akzeptiert
Typ 2: biologische Ursache für den starken Konsum

Cage-Fragebogen

α-Alkoholiker
β-Alkoholiker

Begriffsbestimmung

Genuss

- Geschmackloche, stimmungsbezogene Befriedigung, euphorisierende Tendenz
- Umstrittener Begriff

Gebrauch/Konsum

- gleichgesetzt mit Genuss, beschränkt und ohne Gesundheitsrisiko

Schädlicher Gebrauch (ICD10)

- gesundheitsschädlicher Konsum

Missbrauch

. bei unpassender Gelegenheit
körperliche Gefährdung/ soziale Folgen

Für beide gilt:

- einhergehend mit Rausch und Intoxikation
- in größeren Mengen, ohne medizinische Indikation
- zur Beseitigung aversiv erlebter psychischer Ereignisse

Sucht und Abhängigkeit

Such => Siech => Sucht

WHO 1957

6 Kriterien der Substanzabhängigkeit

1. Wunsch, Zwang
2. Kontrollverlust
3. Entzugssymptome
4. Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung
6. anhaltender Konsum

Prägnanztypen der Abhängigkeit

- Morphintyp
- Barbiturat-Alkoholtyp
- Kokaintyp
- Cannabistyp
- Amphetamintyp
- Halluzinogentyp
- Tabaktyp

Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit

1. Präalkoholische Phase
 - Trinken zum Spannungsabbau
 - Erhöhung der Alkoholtoleranz; Fast täglicher Alkoholkonsum
2. Prädromalphase
3. Kritische Phase
4. Chronische Phase

Aktivierung des Belohnungssystems durch psychotrope Substanzen

N. accumbens und Ncl. Caudatus

Modell der Negativen Verstärkung: Konsum wird fortgesetzt, um einer negativen Folge zu entgehen.

Nikotin hat eine längere Bindungszeit an den NAcetylcholin-Rezeptoren → Upregulation → Im Entzug bei Fehlen von Nikotin gibt es dann zu viele Rezeptoren, die gefüttert werden wollen; sie machen die Entzugserscheinung

- Craving, Reizbarkeit, Unruhe
- Frustration oder Ärger
- Ängstlichkeit
- Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen

- Verminderte Herzfrequenz
- Gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme

Folgen der Abhängigkeit

Psychisch:

Interessenverlust und Gleichgültigkeit. Verlust kognitiver Fähigkeiten.
Persönlichkeitsveränderung bis hin zur Depravation

Entzugssymptomatik:

Schuldgefühle, Selbstwertproblematik, psychosoziale Beeinträchtigungen
Suizidalität

Komorbide Störungen bei Abhängigkeit

GAD
Panikstörung
Depression
Persönlichkeitsstörung

Symptome bei Alkoholentzug

- Zittern
- Schweiß
- Übelkeit/ Erbrechen
- Angst
- Reizbarkeit
- Schlafstörungen
- Epileptische Anfälle
- Delirium tremens

Delir: Halluzinationen können, müssen aber nicht dazugehören !

Medikamente beim Entzug

Distra → darf nicht ambulant verabreicht werden !!!
Clonidin
Tavor
Carbamazepin (Antiepileptikum)

Delir (Delirium tremens)

Kontinuitätsdelir oder Alohodelir endet unbehandelt bei 20% tödlich

Symptome:

- Bewusstseinsbeeinträchtigung
- Desorientiertheit
- Optische Halluzinationen
- Hypermotorik (Nesteln, Herumsuchen)
- Schwitzen, Zittern

- Angst und Schreckhaftigkeit
- Erhöhte Suggestibilität

Prädelir

Bezeichnung für die Anfangsphase des Delirs, bei der die vegetative Symptomatik und evtl. Suizidgedanken auftreten können.

Korsakow-Syndrom

Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom
 Hochgradige Merkfähigkeitsschwäche
 Desorientiertheit
 Konfabulationen

Wernicke-Enzephalopathie

Schwerste Alkoholfolgekrankung durch Vit. B1 Mangel (Thyamin)

Typisch

- Augenmuskellähmungen

Alkoholembryopathie

Diagnostik

Einteilung nach Jellinek

Art	Typisierung	Abhängigkeit	Suchtkennzeichen
α			

Typologie nach Cloninger

Laboruntersuchungen

- BAK, AAK
- 1 PM ohne Intoxikationszeichen: Toleranz
- 2 PM in der Regel schwere Toleranz
- γ GT, MCV
- Spezifische Parameter: CDT (Carbohydrate deficient syndrome)

Fragebogen nach LAST

8.XI.2004 Sucht: Drogen (Frittrang)

Terminologie

- weiche Drogen: Cannabinoide
- harte Drogen: heroin Cocain
- legale Drogen: Alkohol,, Nikotin
- illegale Drogen: Heroin, Cocain
- drugs: medikamente, sonstige Substanzen mit Mißbrauchs- oder Abhängigkeitspotential
- „Drogen“ im deutschen Sprachraum im engeren Sinne für „harte illegale Drogen“, im weiteren Sinn auch für synthetische Drogen (Ecstasy) oder weiche Drogen (z.B: Cannabis)
- Polytoxikomanie: abhängige Einnahme von mind. 3 Substanzen über mind. 12 Monate

Epidemiologie

In BRD: 250K-300K Konsumenten harter Drogen (opioide, Kokain, Amphetamine, Ecstasy), ca. 100K-150K davon sind Abhängig

Cannabis: weltweit 200-300 Mio, in BRD: 24-28% aller 12-25 Jähriger; Einstiegsalter sinkt, Lebenszeitprävalenz wächst von 15% auf 44% in den letzten 20 Jahren; 6% aller Konsumenten sind abhängig

Im Vergleich zu Alkohol ist das Gesamtaufkommen der harten Drogen eher gering

Medikamentenabhängigkeit in BRD: 1,4 Mio.

Tabak in BRD: Raucher/innen > 15 J.: 19,8 Mio, davon 11,7 Mio Männer, Frauen 8 Mio, ca. 70-80% sind nikotinabhängig

- Der problematische Konsum von harten Drogen ist ein räumlich gleichverteiltes Problem, sondern vollzieht sich überwiegend in (großstädtischen) Drogenszenen
- Opiatabhängigkeit in dt. Großstädten: Frankfurt ↑; Stuttgart ↓

Körperliche Komorbidität beim Konsum harter Drogen: Hepatitis C und HIV

-HCV-Prävalenz bei i.v. Drogenabhängigen: 80-90 %

HIV-Infektionsrate 20%

In BRD rund 14-21K Drogenabhängige HIV-infizierte

Psychiatrische Komorbidität bei Drogenabhängigkeit

- Lebenszeitprävalenz für psychiatrische Zweitdiagnosen bei Polytoxikomenen > 50%
- F2-Diagnosen: 5% (schizophrene Psychosen)
- F3: 32% (depressive Störungen)
- F4/F5: 43% (Angst-, Anpassungs- und posttraumat. Belastungsstörungen und Essstörungen)
- Häufung von Persönlichkeitsstörungen (F6)

Drogen: Suchtentstehung

- ,multifaktorielles Bedingungsgefüge
- Psychologische Faktoren aus Entwicklungspsychologie, Lerntheorie und Psychoanalyse (z.B: frühkindliche Belastungen, broken-home-Situationen)
- Biologisch-genetische Aspekte der Suchtentstehung (Tierversuche belegen Veränderungen der Zell-Zell-Kommunikation, intrazelluläre Proteinmodifikationen und Regulationsstörungsphänomene an der Genexpression)
- Soziologische Aspekte:; Suchtentwicklung als suboptimales Coping bei reduzierten sozialen Chancen, Jugendkulturen mit spezifischem Drogenverhalten

Cannabis

- gehört zu den ältesten Kulturpflanzen: 2737 v. Chr. Erste Erwähnung in einem chinesischem Lehrbuch der Botanik und Heilkunde

Indisches Hanf enthält 426 Inhaltsstoffe, davon 62 Cannabinoide, Tetrahydrocannabinol (THC) für psychotrope Wirkung

Cannabidiol (CBD): antiemetisch
Anxiolytisch

Cannabionolsäure: hypnotisch

THC-Rezeptoren im ZNS

- Hirnrinde: Wahrnehmungsveränderungen
- Hippocampus: Gedächtnis-, Zeitverständnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen (amotivationales Syndrom)
- Basalganglien: Beeinträchtigung im Bereich der motorischen Koordination
- Cerebellum:
- Keine Rezeptoren im Hirnstamm: Keine Lebensgefahr
- Rückenmark: Analgesie

Dosisabhängigkeit

Wirkebeginn: nach einigen Minuten, Wirkdauer 3-4 Stunden

3,5 mg: milde Sedation und Euphorie
7,0 mg: Wahrnehmungsveränderungen und Zeitgitterstörungen
15 mg: Verwirrung und Halluzinationen
20 mg: Übelkeit, Erbrechen, Schwindel (Rückregulation übergeordneter Zentren auf den Hirnstamm; evtl. auch Rezeptoren in Area postrema)

Opiate

Historisches: Opium als Rausch und Schlafmittel

Opiat-Wirkungen

- Atemdepression
- Analgesie
- Euphorie
- Entspannung
- Beruhigung
- Angstlösung
- Verengung der Pupillen
- Unterbindung von Brechreiz
- Erlahmung der Magen-Darm und Blasenaktivität
- Trockene Haut

Kokain

Produkt der COCA-Pflanze, seit Jahrtausenden (ritueller) Gebrauch bei indigenen Bewohnern der Andenstaaten

1860 chemisch isoliert
Bewirkt Amphetaminfreisetzung von Dopamin im mesolimbischen Belohnungssystem

Psychische Wirkungen und Verhaltenseffekte

- Euphorie
- Aufmerksamkeitssteigerung
- Vermindertem Schuldgefühl
- Psychosen

Amphetamine

- als Adrenalinersatz 1887 synthetisiert

psychische Wirkungen ähnlich Heroin

Ecstasy (MDMA)

Gehört zu der Gruppe der Entactogene.

Wirkmechanismen

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
MAO-Hemmer
Ausschüttung von Dopamin

Psychotrope Akuteffekte

Zentrale Stimulation und Euphorie
Vermehrte Kontaktbereitschaft und Empathie
Verminderte Ich-Abgrenzung und erhöhte Emotionalität

Subakute Effekte

Schlaf- und Appetitminderung
Konzentrationsstörungen
Gereiztheit
Erschöpfungszustand

Psychische Störungen im Verlauf

Depression
Paranoide Syndrome
Depersonalitätserleben

Komplikationen: Hyperthermie; auch schädigende ZNS-Wirkung: Untergang serotinerger Neurone

DROGENSCREENING im Urin

Substanz	Nachweisdauer
Aphetamine	48 Stunden
Barbiturate	
Kurz wirksam:	24 Stunden
Lang wirksam	7 Tage
Bezondiazepine	3 Tage
Cannabinoide	5 Tage
Cocain	3 Tage
Kodein	48 Stunden

Therapie der Drogenabhängigkeit

- Maßnahmen zur Kontaktaufnahme und Schadensminimierung (harm reduction)
- Körperliche Entgiftungs- und Motivationsförderung
- Teilentgiftung (bei substituierten Patienten mit Beigebrauch)
- Substitutionsbehandlung (bei ca. 40% der Opiatabhängigen; Tendenz steigend)
- Nachsorge

Maßnahmen zur Kontaktaufnahme und Schadensminimierung

- niederschwellige Angebote:
- bessere Erreichbarkeit Drogenabhängiger sowie eine Verminderung der körperlichen, psychischen und sozialen Folgen, die oft bis in zur Verelendung gehen

Schadensmindernde Intervention bei Drogenabhängigen

- rasche medizinische Hilfe für intoxikierte Patienten
- Schulung der i.v.-Drogenabhängigen (Drogenwirkung, Risiken, Injektionsstrategien; Erste-Hilfe-Maßnahmen, Herbeiholen von Hilfe)
- Spritzenbehälter, Spritzenautomaten, Spritzenaustausch, Kondome
- Aufsuchende Straßen-Sozialarbeit

Körperliche Entgiftung und aktive Motivationsförderung zur Weiterbehandlung

- qualifizierte Entgiftung, bei denen Unterstützung und aktive Motivationsförderung zur Weiterbehandlung eine zentrale Rolle spielen
- als Entgiftung ohne Medikamente („Kalter“ Entzug)
- medikamentengestützte Entgiftung
- substitutionsgestützte Entgiftung („Warmer“ Entzug)
- forcierte Entgiftung

forcierte Entgiftung („Turbo-Entzug“)

- innerhalbweniger Stunden eine beschleunigte Entgiftung
- unter stark sedierenden bzw. unter Narkosebedingungen
- kurzzeitig wirksame Opiatantagonisten (Naloxon)
- erheblicher intensivmedizinischer Aufwand

Entwöhnungsbehandlung und psychotherapeutische Ansätze

- Abstinenzorientierte Programme
- Stationär, teilstationär oder ambulant
- Große Vielfalt
- „Therapie statt Strafe“

Haltrate: Anteil derjenigen, die die Therapie überhaupt/wenigstens durchziehen, wird als Erfolg bewertet

Stationäre Behandlungsprogramme

- Entwöhnungsprogramm mit ca. 4K Betten
- Diversifizieren sich zunehmend
- In der Regel sind sie abstinenzorientiert
- Ursprünglich stark am Selbsthilfeprogramm orientiert
- In letzter Zeit medizinische-psychiatrische Ausrichtung

Substitutionsbehandlung

- mit Methadon oder Dihydro-Codein
- im niedergelassenen Bereich

BMGS/BUB Richtlinien 2003

- Bundesministerium f- Gesundheit und soziale Sicherheit (BMGS)
- Bewertung ärztlicher Leistung
- Qualitätsdokumentation und Qualitätsentwicklung

Indikation Zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

- Indikation für nicht-befristete Substitution
- Drogenabhängigkeit bei schwer konsumierenden Erkrankungen oder AIDS
- Drogenabhängigkeit bei opioidpflichtigen Schmerzzuständen
- Drogenabhängigkeit > 2j., keine Erfolgreiche Abstinenzversuche

Indikationen für befristete Substitution

- Schwangerschaft
- Nicht mehr länger zumutbar
- Lebensbedrohliche Zustände

Durchführung der Substitutionsbehandlung

- Ersteinstellung

Bei isolierter Opiatabhängigkeit sind der Therapiebeginn und die Dosis-Feststellung ambulant möglich. Bei schwerwiegender Polytoxikomanie und internistischen oder psychiatrischen Begleiterkrankungen stationär

Abgabe-Praxis

- in Saft verdünnt unter Aufsicht eines behandelnden Arztes
- Die Mitnahme des Methadons nach Hause ist nur unter best- Bedingungen vertretbar
- Drogen-Screening im Urin auf Opiate, etc. Beikonsum

9.XI.2004 Gerontopsychiatrie

- erhöhte Affektivität: Affektinkontinenz
- Demenz

Demenz

- Risikofaktor Alter: mit dem Alter steigt das Risiko exponentiell an
- Def.: globale kognitive Einschränkung, die den Alltag betreffen (Müssen länger als 6 Monate anhalten)

Differentialdiagnose zu Demenz:

- M. Alzheimer: 75%
- VASKULÄRE Demenz. 15%
- Sonstige demenzformen: 9%
- Depression

Bildgebung ist obligat notwendig (Tumorsuche), evtl. bei Visuserkrnakungne Liquorpunktion !

12.XI.2004 Sozialpsychiatrie

Sozialpsychiatrie ist kein eigener Fachbereich der Psychiatrie

Sie umschreibt keine Gruppe ovn therapeutischen Ansätzen

Sozialpsychiatrie ist am treffendsten zu beschreiben als eine spezielle Form des Herangehens und Verstehens von psychischen Erkrankungen mit daraus abgeleiteten Grundsätzen des Handels

Definition Aus Pschyrembel:

Arbeitsrichtung der Psychiatrie, die in Zusammenarbeit mit Soziologie, Ökologie u. Sozialpsychologie den Einfluss sozialer Faktoren auf Entstehung u. Verlauf psychiatrischer Erkr. untersucht; Arbeitsgebiete sind Epidemiologie, Soziotherapie*, Herstellen eines flächendeckenden Netzes von Versorgungs- u. Rehabilitationseinrichtungen für psych. Kranke, Einführung sozialpsychiatrischer Dienste (Instanz für die gemeindepsychiatr. Pflichtversorgung; vgl. Gemeindepsychiatrie).

- Warum war die Sozialpsychiatrie ieine histoisch unumngäängliche Notwendigkeit?
 - o Aus der politischen, demokratischen Bewegung heraus
- Was bedeutet Enthospitalisierung ?
 - o Ambulante, Wohnortnahe Versorgung; Entlassung & Gemeindewiedereingliederung
- Was bedeutet Entstigmatisierung
 - o Kampf mit dem Stigma; permanenter Rechtfertigungsdruck; In BRD mehr psychosomatische Betten als im Rest der westlichen Welt
- Was ist Antipsychiatrie ?
 - o

Hippokrates beschreibt erstmals ausführlich klinische Syndrome, er wendet sich, z.B bei der Epilepsie gegen die damalige Vorstellung, dies seine eine von den Göttern geschickte Krankheit

Im Mittelalter wurden im arabischen Raum erste Spitäler für Geisteskranke erbaut, Spanien folgte im 15. JH als erstes europäisches Land.
Letztlich sind es aber weniger die Ärzte, die sich mit den Geisteskranken befassen, sondern die Theologen. Die Inquisition brachte Tausende von Ihnen auf den Scheiterhaufen.

Daquin: Philosophie des Wahnsinns: Hinweis auf schlechte Verhältnisse in den Irrenhäusern.

Es waren dann 1795 Pinedl und sein Schüler Esquirol, die mit der Befreiung der Geisteskranken von Ihren Ketten“ eine neue Bewegung einleitete.

Griesinger(1817-18-68): Stadtasyle, Integration in allgemeine Medizin, Behandlung im Umfeld des Kranken; hielt in Tübingen Vorlesung

Roller (1802-1878): „krankmachendes Milieu“, entferntes Umfeld, Ruhe Reizarmut, Badische Anstalt Ilemnau 1842.

Ende der 60-er Jahre:

Stationäre Versorgung in großen Kliniken
Sehr großer Einzugsbereich
Wenig Trennung zwischen Behandlungs- und Pflegebereich
Baulich ungünstige Umstände
Wenig Fachpersonal
Kaum ambulante Betreuungs- oder Behandlungsangebote.

Enquete 1975: Kritik der Zehenden, menschenunwürdigen Zustände²

Forderungen:
Verkleinerung der Großkliniken
Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Verringerung der Gesamtzahl psychiatrischer Betten
Auf und Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen

Leitlinien-Prinzip:

Gemeindenaher Versorgung
Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung
Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung

Was ist Antipsychiatrie ?

Bio-Psychosoziales Stressmodell.

Sozialpsychiatrische Diagnostik

Ergebnisse sozialpsychiatrischer Forschung über Zusammenhänge zwischen Individuum, Umgebungsbedingungen und Krankheitsverlauf

Ziele:

- Rehabilitation
- Ressourcenklärung, Funktionsniveau
- Hilfebedarf

- Rückfallprophylaxe

Exploration mit Schwerpunkt auf den Alltagsbezug des Patienten:

- Lebensgeschichtlich und aktuell
- Wohnen, Freizeit, Arbeit
- Finanzielle Verhältnisse
- Familienatmosphäre, soziales Netzwerk
- Subjektive Bedeutung der Fakten für den Patienten
- Veränderungswünsche, Sorgen, Ängste

Einbeziehung von Zusatzinformationen:

- Angehörige
- Freunde
- Arbeitskollegen
- Nachbarn
- Hausarzt

...Falls der Patient einverstanden ist !

Sozialpsychiatrische Diagnostik

- In Therapieveranstaltungen (Gruppen, Entspannungstraining, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Außenaktivität, Sozialdienstgruppe, etc.)
 - Im Stationsalltag/ Freizeitgestaltung (Rauchen, Essen, Verhalten gegenüber Team und Besuchern, etc.)
- Teambesprechung, Supervision
→ Individuelle Therapieplanung

Psychosoziale Therapie

- Verbessern der lebenspraktischen Kompetenzen
- Soziotherapie
- Ergo- und Arbeitstherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Intervention in der Familie
- Familienpflege
- Psychiatrische Rehabilitation

Funktions- und Hilfsbereiche

- Wohnen
- Arbeit
- Behandlung, Pflege, Beratung, Case-Management

Seit den 1970igern deutliche Verbesserung und Vermehrung der Angebote in den einzelnen Funktionsbereichen.

Fischer 1919: Ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie !