

# Psychiatrie Einführung

## *Was ist psychisch krank?*

In der Geschichte der Psychiatrie und der Medizin überhaupt gibt es viele Modelle, um das zu beschreiben, was wir gemeinhin als "psychisch krank" bezeichnen: Abweichungen vom normalen Erleben und Verhalten, die die persönliche Lebensqualität nachhaltig beeinflussen.

# "Störung"

Leider ist dies nicht immer so klar und einfach. Insofern hat man über die Zeit begonnen, psychische Veränderungen, die durch Körperkrankheiten oder innerseelische Vorgänge entstehen und die man als krankhaft ansehen kann, besser mit dem Begriff "**Störung**" zu umschreiben. Dies ist eine etwas unscharfe Bezeichnung, die aber die Möglichkeit in sich birgt, einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten zu gruppieren und unter einer Bezeichnung zusammenzufassen, die einen klaren Hinweis auf die Behandlungsrichtung geben kann.

# Neurose:

- Unter einer Neurose verstehen die meisten Fachleute eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Ursachen dem Betroffenen nicht bewußt und letztlich in der Kindheitsentwicklung zu suchen sind. Typische Beschwerden sind Ängste, Zwänge oder auch körperliche Symptome, für die man aber keine eigentlichen körperlichen Ursachen finden kann (z.B. ständiger Durchfall, obwohl mit dem Darm scheinbar alles in Ordnung ist). Neurosen werden oft durch Psychoanalyse behandelt. Dabei wird versucht, die Beschwerden zu heilen, indem man die Fehlentwicklungen in der Kindheit aufdeckt.
- Neurosen sind somit psychische Störungen, oft auf dem Boden unbewusster Konflikte; die üblichen Anforderungen an das tägliche Leben und der Realitätsbezug sind aber nicht gestört

# Psychose:

Die Psychose ist eine psychische Störung mit meist erheblichen Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, des Körper- und Selbstempfindens bis zur wahnhaften Ausprägung. Oft tritt massive Angst auf. Es kann zu Halluzinationen kommen, d.h. gedankliche und emotionale Abläufe werden als Ereignisse in der Außenwelt wahrgenommen. Psychosen schließen nicht zwangsläufig eine Intelligenzminderung ein.

# Psychose:

Psychosen können als Symptome körperlicher Krankheiten auftreten, etwa bei Vergiftungen (auch durch Genußgifte), Hirnverletzungen, fiebrigen Erkrankungen und Gefäßkrankheiten («symptomatische Psychosen»). Ferner treten Psychosen ohne erkennbare biologische Veränderungen auf, bei denen psychische, erlebnismäßige, stoffwechselbezogene und genetische Faktoren oder deren Kombination als Ursachen diskutiert werden («endogene Psychosen»).

Psychiatrische Erkrankung (bzw. Störung) gehen zusammenfassend mit einer erheblicher Beeinträchtigung der üblichen Anforderungen an das tägliche Leben oder deutlichem Verlust des Realitätsbezuges einher.

# Schizophrenien (F20)

- Die Schizophrenie ist nicht selten. Jeder Hunderste erkrankt während der gesamten Lebenszeit daran. In jeder Nachbarschaft gibt es jemanden, der daran leidet. Aber Schizophrenie ist eine unverstandene psychische Störung; sie macht Angst. Sie ist vielfältig in ihren Erscheinungsformen: Sie kann leicht sein oder schwer, akut und traumatisch oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Sie kann einmalig auftreten oder in längeren und kürzeren Abständen wiederkehren. Sie kann ausheilen oder zur Invalidität führen.

- Schizophrenie ist eine ernste, aber in der Regel gut behandelbare Krankheit. In der wissenschaftlichen Psychiatrie besteht seit Anfang der 70er-Jahre Einigkeit darüber, dass bei Kranken überall in der Welt ein zentrales schizophrenes Syndrom auftritt:

- Dazu gehört das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch Stimmen, die der oder die Betroffene in der dritten Person über sich sprechen hört. Die Stimmen können auch seine Handlungen und Gedanken begleiten. Die physische Umgebung wird verändert wahrgenommen. So kann z. B. die ganze Welt in einen so intensiven persönlichen Bezug zu einem Kranken treten, dass sich jedes Geschehen speziell auf sie zu beziehen scheint und eine besondere Mitteilung an sie enthält.



- Wenn sie schwer wiegend sind, erscheint uns die Persönlichkeit des Erkrankten verändert. Dennoch bleibt er ein einzigartiges menschliches Wesen. Er bleibt es, weil das grundsätzliche Kennzeichen der Schizophrenie darin besteht, dass das Gesunde dem Schizophrenen erhalten bleibt. Die Diagnose ist kein Etikett für Menschen, die sich sonderbar verhalten.

- **Verlauf:** ICD-10 unterscheidet an Verläufen: kontinuierlich, episodisch mit zunehmenden Residuum, episodisch mit stabilem Residuum, episodisch remittierend, unvollständige sowie vollständige Remission. Daumenregel: 1/3 leben relativ ungestört, 1/3 zeigen deutliche Symptome, bleiben aber sozial integriert, 1/3 haben einen chronisch-progredienten Verlauf. Im Schnitt zeigen zwischen 15 - 20 % der Betroffenen eine vollständige Remission.
- **Prognose:** Günstig bei ca. 50 % der Betroffenen; weibliches Geschlecht, stabile Partnerschaft, akute Erstmanifestation, gute prämorbid soziale Anpassung sind günstige verlaufsspezifische Merkmale.
- **Ätiopathogenese (Ursache):** Vulnerabilitäts-Streß-Modell

# ***Diagnostik*** nach ICD-10

- Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie sind mindestens ein eindeutiges Symptom (siehe Unten) Diese Symptome müssen fast ständig während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder eines Entzugs soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.

## Symptome:

- Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
- Kommentierende oder dialogische Stimmen.
- Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn.

- Anhaltende Halluzination jeder Sinnesmodalität.
- Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluß.
- Katatone Symptome wie Erregung, Halterungsstereotypien, Negativismus oder Stupor.
- "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte.

# ***Symptome – Zeichen der Krankheit***

- Störungen des Denkens
- Störungen des Gefühls
- Störungen des Wollens, Handelns und Ich-Erlebens
- zusätzliche (akzessorische) Symptome

Zu den Letzten gehören z. B. Störungen der äußeren Wahrnehmung. So berichten manche Kranke über Licht- und Farbüberempfindlichkeit. Gesichter oder Figuren sehen sie seltsam verzerrt. Sie können überempfindlich werden gegenüber Geräuschen, Gerüchen und Geschmack. Das Zeiterleben kann sich verändern. Die Störungen des Gefühls, sei es depressive Verstimmtheit oder nicht nachvollziehbare Heiterkeit, werden oft verkannt und in ihren Auswirkungen unterschätzt. Die Intelligenz ist nicht beeinträchtigt!

# Differentialdiagnostik

- Schizotype Störung, anhaltend wahnhafte Störung, vorübergehende akute psychotische Störung und schizoaffektive Störungen (vgl. ICD-10).
- Primäre Erkrankungen des ZNS, z.B. Epilepsien, zerebrale Traumata oder Tumoren, Infektionen des ZNS, zerebrovaskuläre Erkrankungen, degenerative Erkrankungen
- Sekundäre Erkrankungen des ZNS, z.B. Metabolische und Autoimmunerkrankungen, Hypothyreoidismus, Vitamin-B-12-Mangel, drogen- und pharmakainduzierte Psychosen.

## **Ersterkrankung**

- **Obligat:**

Komplette körperliche und neurologische Untersuchung, Differentialblutbild, C-reaktives Protein (CRP), Leberwerte, Nierenwerte, TSH.



## **Fakultativ:**

- Luesserologie (bei entsprechendem Verdacht)
- HIV-Test (bei entsprechendem Verdacht)
- Drogenscreening (bei entsprechendem Verdacht)
- Liquor cerebrospinalis (vor allem bei diagnostisch unklaren Bildern)
- CT (empfehlenswert bei allen Ersterkrankungen, vor allem bei diagnostisch unklaren Bildern)
- MR (bei pathologischem CT-Befund oder zum Nachweis einer Pathologie, die nur mit MRT möglich ist, z. B. Darstellung von Strukturen im Hirnstamm)
- EEG (zur Differentialdiagnose, z. B. einer epileptischen Psychose, bei Risikopersonen zu Beginn und zur Verlaufskontrolle einer Pharmakotherapie)
- EKG (bei Risikopersonen)
- Rö-Thorax (bei entsprechender Indikation, d. h. bei Verdacht auf Lungenerkrankungen)
- Neuropsychologische Testung nach Remission (zur Verifizierung kognitiver Defizite sowie zur Verlaufsbeurteilung von kognitiven Trainingsprogrammen, vor und nach EKT).

# *Therapie*

- Entscheidend ist die Verbindung von Pharmakotherapie (Die Medikamenten die eingesetzt werden heißen Neuroleptika), Soziotherapie und Psychotherapie.
- Die Behandlung der Schizophrenien ist kein Kinderspiel. Sie ist eine komplexe Angelegenheit, die Wissen und Erfahrung, Geduld und Engagement verlangt. Ideologien helfen hier wenig. Das Zusammenwirken psychotherapeutischer, pharmakotherapeutischer und soziotherapeutischer Ansätze ist entscheidend. Die Behandlung lebt von der Zusammenarbeit und der Auseinandersetzung mit den Kranken.

# *Therapieprinzipien*

- Behandlungsziele: weitgehende Freiheit von Symptomatik und Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung
- Spezielle Probleme: zeitweilig eingeschränkte Krankheitseinsicht, Noncompliance, Fremd- oder Eigengefährdung
- Phasenspezifische Behandlung (Akutbehandlung, Rückfallprophylaxe und Rehabilitationsmaßnahmen)
- Gesamtbehandlungsplan
- Vernetzung der Behandlungsinstitutionen
- Therapeutische Kontinuität.

# *Krankheitsphasen und Behandlungsziele* **In der Akutphase (Wochen bis Monate)**

- Etablierung einer therapeutischen Beziehung
- Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Einbeziehung von Angehörigen
- Verhütung von Selbst- oder Fremdgefährdung
- Remission oder Suppression von Positivsymptomatik
- Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase (ggf. Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen)

# In der postakuten Stabilisierungsphase (ca. 3 bis 6 Monate)

- Festigung der therapeutischen Beziehung
- Remissionsstabilisierung
- Behebung kognitiver und sozialer Defizite
- Wahnkorrektur und Förderung von Krankheitseinsicht
- Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Verständniserarbeitung des Sinnes und der individuellen Bedeutung der Erkrankung

- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen in Aufklärung und Behandlung
- Sicherung der Behandlungscompliance
- Früherkennung drohender Rückfälle
- Entwicklung individueller Copingstrategien
- Harmonisierung von familiären Konflikten
- Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte
- Vorbereitung rehabilitativer Maßnahmen i.e.S.
- Behandlung der Negativsymptomatik.

# In der Remissionsphase (Monate bis Jahre)

- Aufrechterhaltung der therapeutischen Bezeichnung
- Symptomsuppression
- Rezidivprophylaxe, -früherkennung, -frühintervention
- Soziale (Re-)Integration
- Suizidprophylaxe
- Sicherung von Therapieerfolgen
- Verbesserung der Lebensqualität

# Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär, wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Schwerpunkt der Zusammenfassung ist die Demenz



# Demenz

Die Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.

# Demenztypen:

- **Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00)**
- **Vaskuläre Demenz (F01)**
- **Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F02)**
- **Nicht näher bezeichnete Demenz (F03)**

## **F00 Demenz bei Alzheimer Krankheit (G30.-+)**

Die Alzheimer Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

- **F00.0 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2) (G30.0+)**  
Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr. Der Verlauf weist eine vergleichsweise rasche Verschlechterung auf, es bestehen deutliche und vielfältige Störungen der höheren kortikalen Funktionen.(Alzheimer-Krankheit, Typ 2; Präsenile Demenz vom Alzheimer-Typ, Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, präseniler Beginn)
- **F00.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) (G30.1+)**  
Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn nach dem 65. Lebensjahr, meist in den späten 70er Jahren oder danach, mit langsamer Progredienz und mit Gedächtnisstörungen als Hauptmerkmal.(Alzheimer-Krankheit, Typ 1, Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, seniler Beginn, Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT))

# F01 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter. Inkl.: Arteriosklerotische Demenz. Typisch ist ein undulierender (wechselhafter) Verlauf.

- **F01.0 Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn**

Diese entwickelt sich meist sehr schnell nach einer Reihe von Schlaganfällen als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder Blutung. In seltenen Fällen kann eine einzige massive Infarzierung die Ursache sein.

- 

- **F01.1 Multiinfarkt-Demenz**

Sie beginnt allmählich, nach mehreren vorübergehenden ischämischen Episoden (TIA), die eine Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe verursachen. Vorwiegend kortikale Demenz

- **F01.2 Subkortikale vaskuläre Demenz**

Hierzu zählen Fälle mit Hypertonie in der Anamnese und ischämischen Herden im Marklager der Hemisphären. Im Gegensatz zur Demenz bei Alzheimer-Krankheit, an die das klinische Bild erinnert, ist die Hirnrinde gewöhnlich intakt.

## **F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**

- **F02.0 Demenz bei Pick-Krankheit (G31.0+)**

Eine progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter, mit Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten.

- **F02.1 Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (A81.0+)**

Eine progrediente Demenz mit vielfältigen neurologischen Symptomen als Folge spezifischer neuropathologischer Veränderungen. Beginn gewöhnlich im mittleren oder höheren Lebensalter, Auftreten jedoch in jedem Erwachsenenalter möglich. Der Verlauf ist subakut und führt innerhalb von ein bis zwei Jahren zum Tode.

- **F02.2 Demenz bei Chorea Huntington (G10+)**  
Eine Demenz, die im Rahmen einer ausgeprägten Hirndegeneration auftritt. Die Symptomatik beginnt typischerweise im dritten und vierten Lebensjahrzehnt
- **F02.3 Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20+)**  
Eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt..
- **F02.4 Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] (B22.0+)**  
Eine Demenz, die sich im Verlauf einer HIV-Krankheit entwickelt, ohne gleichzeitige andere Krankheit oder Störung, die das klinische Bild erklären könnte

## *Ursachen für eine potentiell reversible Demenz*

- Neoplasmen
- Metabolische Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Hypoglykämie, Nierenversagen, Leberversagen)
- Trauma (Zerebrales Trauma; Akutes und chronisches subdurales Hämatom )
- Toxine (Alkoholismus Schwermetalle Organische Gifte, inklusive Lösungsmittel und Insektengifte)
- Infektionen (Bakterielle und virale Meningitis und Enzephalitis, Parasitäre Meningitis und Enzephalitis, Hirnabszesse, Neurosyphilis)
- Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose, Systemische Vaskulitis mit ZNS-Beteiligung)
- Drogen
- Mangelernährung (Thiamin Mangel (Wernicke Enzephalopathie und Wernicke-Korsakoff Syndrom, Vitamin B<sub>12</sub> Mangel (Pernizöse Anämie), Folsäure Mangel, Vitamin B<sub>6</sub> Mangel (Pellagra))
- Psychiatrische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Andere Psychosen)
- Andere Erkrankungen (Normaldruck-Hydrozephalus, Morbus Whipple, Sarkoidose)



## *Ursachen für eine irreversible Demenz*

- Alzheimer Demenz
- Morbus Pick
- Morbus Huntington
- Progressive supranukleäre Paralyse
- Morbus Parkinson
- Lewy Body Demenz
- Olivopontozerebelläre Atrophie
- Amyotrophe Lateralsklerosis (ALS)
- ALS-Parkinson-Demenz Komplex
- Hallervorden-Spatz Syndrom
- Kufs Syndrom
- Morbus Wilson (wenn nicht früh genug therapiert)
- Metachromatische Leukodystrophie
- Adrenoleukodystropie

## *Diagnostik* nach ICD-10

Erforderlich für die Diagnose einer **Demenz**

- Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses sowie
- des abstrakten Denkens,
- des Urteilsvermögens,
- anderer höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie oder
- Persönlichkeitsveränderungen, die zu einer Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens führen (Kriterium G1 nach ICD-10)
- Fehlen einer Bewußtseinstübung (Kriterium G2)
- eine Verminderung der Affektkontrolle, sowie eine Störung des Antriebs- oder des Sozialverhaltens (Kriterium G3)
- eine Dauer von mehr als 6 Monaten (Kriterium G4).

## *Therapie*

- Behandlungsziele: anfangs aufgrund eingeschränkter Behandlungsmöglichkeiten lediglich leichte Besserung, im Verlauf kognitive und nichtkognitive Fähigkeiten möglichst lange erhalten
- Spezielle Probleme: schon früh eingeschränkte Krankheitseinsicht. Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten erfordert schon früh eine Regelung der Rechtsvertretung in Behandlungs- und sonstigen Fragen. Non-Compliance. Fremd- oder Eigengefährdung. Aus ethischer Sicht: Behandlungsumfang bei schwerster Demenz



# Affektive Erkrankungen (F3)

Depressionen sind Gemütskrankheiten (Fachbegriff: affektive Störungen), die zu den gefürchtetsten und gefährlichsten (Selbsttötungsgefahr) Leiden überhaupt gehören.

Die depressive Verstimmung ist das einfühlbarste aller seelischen Leiden. Wir alle reagieren zeitweise depressiv. Wir alle sind immer wieder einmal depressiv verstimmt. Äußere Ereignisse wie Trennung oder Tod lassen uns depressiv reagieren. Aber auch banale Enttäuschungen des Alltags können uns deprimieren.

- *Definition*
- Depressive Episode (F32.0-32.3). Es handelt sich um eine mindestens 2 Wochen andauernde Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein.
- Rezidivierende depressive Störungen (F33.0-F33.3). Es handelt sich um wiederholte depressive Episoden. Die einzelnen Episoden dauern zwischen 3 und 12 Monaten, sie werden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst.

# Symptome

Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen

Verlust von Interesse oder Freude

Erhöhte Ermüdbarkeit

Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl

Unbegründete Selbstvorwürfe

Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten

Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), verminderter Antrieb

Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden  
Schlafstörungen (typisch sind Ein- und Durchschlafstörungen  
sowie Früherwachen)  
Störungen des Appetits  
Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen

Im Extremfall spricht der Patient sogar vom "Absterben aller  
Gefühle" oder dem klassischen Depressionssymptom, dem  
**"Gefühl der Gefühllosigkeit"**.

Die Depressionen werden pharmakologisch mit Antidepressiva  
behandelt



# **Affektive Erkrankungen (F3)**

**Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (F32, F33)**

**Manische und bipolare affektive Störungen (F30, F31)**

Die Manie ist die einzige psychische Störung, die viele Kranke als angenehm erleben. Die gehobene, heitere Stimmung, die unermüdliche Betriebsamkeit, der Verlust von Hemmungen, die tausend großartigen Ideen, das ins Maßlose bis zum Größenwahn anwachsende Selbstbewußtsein empfinden nicht wenige als positive Steigerung des Lebensgefühls, als willkommenen Ausbruch aus der Enge des normalen Daseins. Manche Kranke berichten aber auch schon während der manischen Phase, dass ihr Zustand qualvoll sei, dass sie ihn selbst als unecht, persönlichkeitsfremd und voller Getriebenheit und Hetze erleben. Bei manchen Formen von Manien steht nicht die Heiterkeit im Vordergrund, sondern Gereiztheit. Solche Kranken sind nicht in der Lage, von anderen Abstand zu halten.

## *Symptome*

- Ideenflucht
- Gesteigerte Gesprächigkeit, Rededrang
- Verlust normaler sozialer Hemmungen, altersinadäquate Kritiklosigkeit
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Überhöhte Selbsteinschätzung
- Erhöhte Ablenkbarkeit
- Gesteigerte Libido
- Ggf. Halluzinationen und Wahn (Größenwahn)

# *Pharmakotherapie*

Die Behandlung manisch Kranker ist nicht zuletzt deshalb schwer, weil sie selbst nicht von ihrer momentanen Verfassung befreit werden wollen. Eine Zusammenarbeit ist deshalb nur mühsam zu erreichen. Behandelnde müssen damit rechnen, dass die Kranken ihre Medikamente nur unzuverlässig einnehmen.

Für Angehörige wie Behandelnde ist es wichtig, sich weder von der Heiterkeit noch von der Aufdringlichkeit und Aggressivität provozieren zu lassen.

Der Kranke sollte vor weiteren unbesonnenen Handlungen geschützt werden.

Medikamentös ist in der akuten Phase eine Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika sinnvoll. Dieses kann durch eine dämpfende Medikation, z. B. ein niederpotentes Neuroleptikum, ggf. durch ein Benzodiazepin, ergänzt werden. Eine Lithiumbehandlung ist vor allem bei wiederkehrenden manischen und manisch-depressiven Episoden hilfreich. Manche manisch Kranke reagieren sogar auf die Behandlung nur mit Lithium besser als auf Neuroleptika. Das Problem besteht jedoch darin, dass in der Kombination von Haldol und Lithium Intoxikationszustände (= Vergiftungszustände) vorkommen können. Außerdem ist für die Lithiumbehandlung eine konsequente Einnahme und die Zusammenarbeit mit den betroffenen Kranken ausschlaggebend. Gerade dies aber kann problematisch sein. Eine andere Zusatzbehandlung bietet sich durch Carbamazepin Behandlung mit Lithium, dies empfiehlt sich vor allem bei manisch-depressiven Erkrankungen, insbesondere bei solchen mit schnellem Phasenwechsel.

## *Definition*

Die bipolare affektive Störung ist charakterisiert durch das Auftreten von mindestens zwei abgrenzbaren Episoden einer affektiven Störung, eine davon mit manischen Merkmalen (Hypomanie; Manie; gemischte Episode: charakterisiert durch entweder eine Mischung oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen)

## *Leitsymptome der bipolaren affektiven Störung*

- Vorliegen einer manischen Episode oder einer gemischten Episode, mit mindestens einer vorhergegangenen affektiven Episode; oder
- Vorliegen einer depressiven Episode mit mindestens einer vergangenen manischen oder gemischten Episode; oder
- Der gegenwärtige Zustand erfüllt nicht die Kriterien für eine affektive Störung. In der Anamnese findet sich aber wenigstens eine eindeutig belegte hypomane, manische oder gemischte affektive Episode und zusätzlich mindestens eine andere affektive Episode.





# Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

## *Definition*

- Diese Gruppe umfaßt verschiedene Störungen, deren Schweregrad von einer akuten, unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis zu eindeutig psychotischen und hirnorganischen Störungen reicht.
- Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen.

## *Symptome*

- Akute Intoxikation (F1x.0) Ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Substanzen oder Alkohol mit Störungen oder Veränderungen der körperlichen, psychischen oder Verhaltensfunktionen und -reaktionen.
- Schädlicher Gebrauch (F1x.1) Ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa in Form einer Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Bei Inhalation von flüchtigen Lösungsmitteln können eine Vielzahl von akuten und chronischen Komplikationen auftreten, wie z.B. zerebrale Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen, toxische Neuromyelopathie-Syndrome sowie toxische Enzephalopathien.

- Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

# Abhängigkeitssyndrom:

Die Diagnose "Abhängigkeit" soll nur gestellt werden, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben oder während der letzten 12 Monate wiederholt vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung, oder sozialer Art, wie Schul- bzw. Arbeitsplatzverlust durch substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch, wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum.

# Entzugssyndrom (F1x.3)

Meistens zeigen sich Schlafstörungen, Gespanntheit, Unruhe, vegetative Symptomatik wie Schweißausbrüche, gelegentlich Kreislaufbeschwerden. Auch ein Einbruch der Stimmung im Sinne einer depressiven oder suizidalen Krise möglich. Jugendliche reagieren stärker als Erwachsene ängstlich auf mögliche Entzugerscheinungen, was zur ausgeprägten Aggravierung der Symptomatik führt.

Es kann durch Krampfanfälle kompliziert werden. In sehr abgeschwächter Form kann die Entzugssymptomatik noch 3-4 Monate fortbestehen, z.B. in Form von innerer Unruhe, leichten Schlafstörungen, Appetenz auf Suchtmittel u.ä.

## **Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4)**

- Das klassische Entzugssyndrom Delir im Sinne eines alkoholbedingten Deliriums tremens.



# Psychotische Störung (F1x.5)

Psychotische Symptome können ausgelöst werden durch Alkohol, Amphetamine und verwandte Substanzen, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Pencyclidin (PCP) und verwandte Substanzen sowie psychotrope Alkaloide. Insbesondere bei polytoxischem Gebrauch, z.B. gleichzeitiger Einnahme von trizyklischen Antidepressiva und Ecstasy, Cannabis oder Kokain, besteht eine erhöhte Gefahr einer psychotischen Störung. Unter der Einnahme der Alkaloides von Tollkirsche (*Atropa belladonna*) wie auch Stechapfel (*Datura*) und der wirksamen Alkaloiden (Hyoscyamin, bzw. zusätzlich noch Scopolamin) finden sich Symptome wie Schlaflosigkeit, Zittern, Angst, Bewußtseinstäubung und Verwirrtheit, z.T. lebhaft Halluzinationen. Nach 36 Stunden bildet sich die Symptomatik weitgehend zurück. Bei akuten Intoxikationen, aber auch beim Entzug lassen sich schizophrenieähnliche psychotische Symptome beobachten.

## *Substanzspezifische Subtypen*

- Störungen durch Alkohol (F10)
- Störung durch Opioide (F11)
- Störungen durch Cannabinoide (F12)
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)
- Störungen durch Kokain (F14)
- Störungen durch andere Stimulantien, einschl. Koffein (F15)
- Störungen durch Halluzinogene (F16)
- Störungen durch Tabak (F17)
- Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)

## *Körperliche Untersuchung:*

- Allgemeinzustand (Kleidung, äußeres Erscheinungsbild, Zahnstatus, Einstichstellen, gerötete Augen, vegetative Funktionen)
- Neurologische Untersuchung:
- Bei einem Verdacht auf Drogenabhängigkeit ist besonders auf die folgenden Merkmale zu achten:
- Pupillen: Miosis (Opiate), Mydriasis (Kokain, Amphetamine)
- Nase: Ulcerationen, Rhinorrhoe
- Haut: Einstichstellen (Arme und Beine), Spritzenabszesse, Thrombophlebitis
- Koordination: Gangstörung, FNV (akute Intoxikation)
- Herz: Rhythmusstörungen (Kokain, Ecstasy, Amphetamine)
- Kontakt und Kooperation mit Haut- bzw. Kinderarzt
- Weitere medizinische Untersuchungen, falls indiziert

## *Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte*

Gemessen an der gegenwärtigen großen Verbreitung besonders synthetischer Drogen durchläuft nur ein kleiner Teil der Jugendlichen die klassische Drogenkarriere, beginnend mit Nikotin, Alkohol, Cannabis, Halluzinogenen und synthetischen Drogen bis zum Heroin und Kokain. Dabei haben neue epidemiologische Untersuchungen gezeigt, daß für Nikotin und Alkohol das Einstiegsalter auf unter 14 Jahre gesunken ist. Die meisten Jugendlichen benutzen allerdings Suchtstoffe als Probierer und entwickeln keine Abhängigkeitsmerkmale. Das Probierverhalten ist generell typisch für die Entwicklungsphase der Adoleszenz. Neben einer bewußten Verletzung elterlicher und gesellschaftlicher Normen kann Suchtstoffkonsum eine Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen und die Teilnahme an subkulturellen Lebensstilen darstellen.

# *Therapie*

## **Besonderheiten bei der ambulante Behandlung**

Als Indikatoren für eine ambulante Behandlung gelten eine gute soziale Integration, die Fähigkeit zumindest zur kurzfristigen Abstinenz vor Beginn der Behandlung oder eine Rückfälligkeit bei Patienten mit Therapieerfahrung. Der Patient muß eine Mitwirkungsbereitschaft in der Behandlung zeigen, die sich u.a. in der Verbindlichkeit ausdrückt, z.B. Absprachen zu treffen und einzuhalten. Dennoch ist gerade bei Drogenabhängigen eine gewisse Unregelmäßigkeit zu konstatieren, die nicht zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch verleiten darf. Ergänzend zur ambulanten Behandlung ist die Einbindung in tagesstrukturierende Maßnahmen wie Arbeitsprojekte oder Betreuungsprojekte sinnvoll und hilfreich.

## **Besonderheiten bei der stationärer Behandlung**

Indikation zur stationären Behandlung zur körperlichen Entgiftung, ausführlichen Diagnostik und weiteren Therapieplanung ist die primäre Abhängigkeitsentwicklung mit hohem und regelmäßigem Substanzkonsum. Neben der rein körperlichen Entgiftung erfolgt dort eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung über psychoedukative Informationsgruppen, Einzelgespräche, Gruppenvisiten und die Einbeziehung der Angehörigen. Die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Drogenabhängigen dauert je nach Substanz in der Regel 5 - 21 Tage,



# Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

- Angststörungen

↓  
phobischen Störungen

↓  
Panikstörungen

↓  
generalisierten  
Angststörungen

- Zwangsstörung
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen (sog. Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen



# Angststörungen

- Zu den **phobischen** Störungen gehören Ängste, die sich auf gezielte Dinge oder Situationen richten. Die bekannteste ist die Platzangst – die Angst vor offenen Plätzen, Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder allein in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen. Häufig muss in solchen Situationen sofort ein möglicher Fluchtweg gesucht werden. Weitere phobische Störungen sind z. B. Spinnenangst, Mäuseangst und vieles andere mehr.

- Die **Panikstörungen** zeichnen sich dadurch aus, dass wiederholt schwere impulsive Angst- oder Panikzustände auftreten, die sich nicht auf spezifische Situationen beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind. Die Symptome können variieren. Typisch sind plötzliches Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und das Gefühl der Entfremdung. Es besteht die unmittelbare Angst, sofort zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder psychotisch zu werden. Diese Anfälle dauern in der Regel nur wenige Minuten, manchmal etwas länger. Da diese Situationen plötzlich und unberechenbar auftreten, entsteht schließlich eine Angst vor der Angst.

- Unter die **generalisierten Angststörungen** werden anhaltende Symptome von Angst zusammengefasst, die sich ebenfalls nicht auf bestimmte Situationen beschränken. Dabei treten z. B. Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden auf, die fortbestehen. Sollen Ängste konkretisiert werden, kreisen diese um nächste Angehörige, denen etwas zustoßen könnte, oder sie betreffen das Gefühl einer Vorahnung. Solche Ängste können begleitet sein von weiteren Symptomen, z. B. depressiven Verstimmungszuständen oder Zwangssymptomen.

# Zwangsstörungen (F42)

## *Definition*

- Die Zwangsstörung ist gekennzeichnet durch sich wiederholende unangenehme Gedanken, Impulse oder Handlungen, die nach ICD-10 wenigstens 2 Wochen lang an den meisten Tagen bestehen müssen, als zur eigenen Person gehörig erlebt werden und gegen die zumindest partiell Widerstand geleistet wird (häufig erfolglos), da der Betroffene sie als sinnlos empfindet. Die ständige stereotype Wiederholung erscheint den Betroffenen an sich nicht angenehm, meist bestehen Angst, Leidensdruck und eine deutliche Beeinträchtigung der allgemeinen Aktivität.

## *Symptome*

- Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Zwangshandlungen oder -rituale sind ständig wiederkehrende Handlungsmuster, z. B. der Reinigung oder Kontrolle, an sich dysfunktional, die aus Sicht der Patienten oft der Abwehr einer vermeintlichen Gefahr dienen.
- Die Zwangssymptome müssen als eigene Gedanken oder Impulse für Patienten erkennbar sein
- Einem Gedanken oder einer Handlung muß noch, wenn auch erfolglos, Widerstand geleistet werden
- Zwangsgedanke oder Zwangshandlung dürfen nicht als angenehm erlebt werden.

## *Diagnostik: Exploration*

- Beginn
- Tägliche Häufigkeit
- Zeitliche Ausdehnung
- Begleitende Kognitionen
- Auslösende und aufrechterhaltende Stimuli (Angst-Hierarchie)
- Ausmaß der vor und während der Symptombildung auftretenden Angst
- Selbstkontrollversuche
- Einbindung anderer Bezugspersonen in Ritualisierungen
- Grad der erlebten Beeinträchtigung durch das jeweilige Symptom

## *Therapie*

- Intervention in der Familie zur Verminderung der Symptomatik mittels familiärer Kontrolle
- Psychotherapeutische Interventionen
- Pharmakotherapie zur Verminderung der Zwangssymptomatik.

Grundlage der multimodalen Behandlung ist die Aufklärung und Beratung der Patienten, die immer durchgeführt werden muß. Sollten im Weiteren psychotherapeutische Methoden nicht zu einer ausreichenden Besserung der Symptomatik führen, sollte eine medikamentöse Behandlung in Erwägung gezogen werden

## **Expositionsbehandlung und Reaktionsverhinderung.**

Sofern nicht bereits beratende und familienzentrierte Interventionen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik führen, ist mit dem Kernelement der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, der Konfrontation des Patienten mit der gefürchteten Situation (Stimulus-Exposition) und der Verhinderung von Vermeidungsreaktionen zu beginnen. Grundlage der Expositionsbehandlung ist die sorgfältige Erstellung einer Hierarchie angstauslösender Situationen, auf welche üblicherweise vom Patienten mit Zwangsverhalten reagiert wird.



## **Kognitive Therapieverfahren.**

Kognitive Techniken zielen in Kombination mit Expositionsbehandlungen auf die Minderung der angstinduzierenden Gedanken und auf die kognitive Bewertung derselben. Folgende Techniken können zur Anwendung kommen:

- Selbstinstruktionstraining, um die Entstehung von Zwangsgedanken zu verhindern
- Bei adoleszenten Patienten mit einem Überwiegen von Zwangsgedanken gegenüber Zwangshandlungen empfiehlt sich zudem das Einüben von „Gedankenstop“ zur Vermeidung kognitiver Rituale insbesondere als Prophylaxe in Streßsituationen
- Ein drittes Verfahren ist die kognitive Umstrukturierung der Bewertungsmuster und der gedanklichen Schlußfolgerungen des Patienten.

## **Pharmakotherapie zur Verminderung von Zwangssymptomen.**

Antidepressiva sind im allgemeinen die Mittel der Wahl. Zur Anwendung kommen insbesondere das trizyklische Antidepressivum Clomipramin oder selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin. Die Dosierung von Clomipramin sollte bei 3 mg/kg KG und Tag liegen, höchstens jedoch bei 200 mg Tagesdosis. Relativ geringe Dosen einer Clomipramin/Fluoxetin-Kombination (Clomipramin 25-50 mg, Fluoxetin 20-40 mg) zeigten in einer Studie im Vergleich zu einer Monotherapie einen verbesserten therapeutischen Effekt und geringere Nebenwirkungsraten.

# Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

- Angststörungen



- Zwangsstörung
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen (sog. Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen

# Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie Reaktionen auf bestimmte Ereignisse sind.

Die Belastungs- und Anpassungsstörungen umfasst auch die akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, zu denen die Reaktionen auf Lebenskrisen gehören. Dazu gehören nicht nur einschneidende schwere Ereignisse wie Trennung oder Todesfälle von nahe stehenden Angehörigen, sondern auch erfreuliche Ereignisse oder Umstellungszeiten, die zu jedem Lebensrhythmus gehören: Pubertät, Schulabschluss, Ende der Berufsausbildung oder des Studiums und Beginn der beruflichen Tätigkeit, neue Partnerschaft, Heirat, Geburt eines Kindes, Beförderungen etc.

## *Definition*

- **Akute Belastungsreaktion (F43.0).** Es handelt sich um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung auftritt und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.
- **Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).** Es handelt sich um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate (selten mehr als 6) dauern kann.

- **Anpassungsstörungen (F43.2).** Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung auftreten. Die Störung beginnt im allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und hält meist nicht länger als 6 Monate an.

# Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

- Angststörungen



- Zwangsstörung
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen (sog. Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen

# Dissoziative Störungen, Konversionsstörungen (F44)

## *Definition und Leitsymptome*

Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der Konversionsneurose oder Hysterie klassifiziert.

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen ist der teilweise oder völlige Verlust

- der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit,
- des Identitätsbewußtseins,
- der unmittelbaren Empfindungen
- sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.



**Dissoziative Amnesie (F44.0)** (selten). Kernpunkte: Partielle oder vollständiger Erinnerungsverlust für kürzliche traumatisierende oder belastende Ereignisse bei Fehlen von hirnorganischen Störungen, Intoxikation oder extremer Erschöpfung. Die Amnesie zentriert sich gewöhnlich auf traumatische Ereignisse wie Unfälle oder unerwartete Trauerfälle und ist in der Regel unvollständig und selektiv.

- Ausschlussdiagnose:
- Anterograde Amnesie (R41.1)
- Amnestisches Syndrom, durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F10.6-F19.6)
- Nicht näher bezeichnete Amnesie (R41.3)
- Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt (F04)
- Postiktale Amnesie bei Epilepsie (G40)
- Retrograde Amnesie (R41.2).

**Dissoziative Fugue (F44.1)** (selten). Kernpunkte: Eine dissociative Fugue ist eine zielgerichtete Ortsveränderung von zu Hause oder vom Arbeitsplatz fort, wobei die betreffende Person sich äußerlich geordnet verhält. Zusätzlich liegen alle Kennzeichen einer dissoziativen Amnesie vor. In einigen Fällen wird eine neue Identität angenommen, meist jedoch nur für wenige Tage.

Ausschlussdiagnose: Postiktale Fugue, besonders bei Temporallappenepilepsie.

**Dissoziativer Stupor (F44.2).** Kernpunkte: Beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und normaler (reflektorischer) Reaktionen auf Reizung durch Licht, Geräusche oder Berührung. Der Patient verharrt in einer eigenen Haltung überwiegend bewegungslos, er ist mutistisch. Muskeltonus, Haltung, Atmung, gelegentliches Öffnen der Augen und koordinierte Augenbewegung sowie „in unbeobachteten Momenten“ spontane Bewegungen lassen erkennen, daß der Patient weder schläft noch bewußtlos ist. Es fehlen körperliche oder spezifische psychiatrische Störungen, die den Stupor erklären könnten.

Ausschlussdiagnose: Katatoner, depressiver oder manischer Stupor.

**Trance- und Besessenheitszustände (F44.3).** Kernpunkte: Störungen, bei denen ein zeitweiliger Verlust der persönlichen Identität und der vollständigen Wahrnehmung der Umgebung auftritt; in einigen Fällen verhält sich ein Mensch so, als ob er von einer anderen Persönlichkeit, einem Geist, einer Gottheit oder einer „Kraft“ beherrscht wird. (Cave: Kulturbedingte „Trancezustände“, DD: Schizophrenie oder andere akute Psychosen (z.B. drogeninduziert) bzw. „somatische“ Krankheit wie Temporallappenepilepsie, Kopfverletzung)

**Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4).** Kernpunkte: Störung ganzer Funktionsabläufe im Bereich der Extremitäten, besonders in den Beinen mit der Folge von Gangstörungen bzw. -unfähigkeit (Abasie) oder Unfähigkeit zu stehen (Astasie), Aktivierung jeweiliger Antagonisten, übertrieben wirkende, ausfahrende (ataktische) Bewegungen.

**Dissoziative Krampfanfälle (F44.5).** Kernpunkte: Variantenreiche Imitation epileptischer Anfälle mit großer Bandbreite der Dauer, die auch von sozialen Stimuli (Zuwendung) abhängen kann. Selten kommt es zu Verletzungen (Zungenbiß), Stürzen, Inkontinenz. Die Bewußtseinslage wirkt zumindest nach außen eingetrübt, die Patienten bleiben meist ansprechbar.

**Dissoziative Sensibilitätsstörungen der Haut (z.B. Parästhesien) und Empfindungsstörungen (Sehen, Hören, Riechen) (F44.6).** Kernpunkte: Inter- wie intraindividuell sehr variable Ausprägung der als sensibel gestört wahrgenommenen Hautareale, die überwiegend nicht neurologisch definierten Segmenten, sondern laienhaften Vorstellungen entsprechen, evtl. neurologisch „unwahrscheinliches“ Mischungsverhältnis gestörter Sinnesmodalitäten, Klagen über Parästhesien. Dissoziative Empfindungsstörungen sind insgesamt selten, Sehstörungen (Verschwommen- oder „Tunnel“-Sehen) wie Hörstörungen sind überwiegend partiell ausgeprägt.

# Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

- Angststörungen



- Zwangsstörung
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen (sog. Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen

# Somatoforme Störungen (F45)

## *Einleitung*

Somatoforme Störungen kommen in der Primärversorgung ausgesprochen häufig vor. Mindestens 20% der Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, leiden an einer somatoformen Störung; auch aus stationären Abteilungen werden somatoforme Störungen in einer Häufigkeit von 10 bis zu 40% der Patienten berichtet. Patienten mit somatoformen Störungen gelten traditionell als **schwierig beim Hausarzt** und als **unmotiviert beim Psychotherapeuten**.

## *Definition*

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind.



- Der Patient ist gewöhnlich von einer körperlichen Ursache seiner Beschwerden überzeugt und widersetzt sich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren - und zwar auch dann, wenn Beginn und Fortdauer der Symptome für den Beobachter eine enge Beziehung zu belastenden Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen.
- Die hartnäckige Weigerung des Patienten zu akzeptieren, daß keine ausreichende medizinische Ursache für die körperlichen Beschwerden vorliegen, kann zu Belastungen der Arzt-Patient-Beziehung führen. bzw. führt dazu, daß der Patient weitere medizinische Maßnahmen einfordert oder häufig den Arzt wechselt.
- Bei Patienten, die an somatoformen Störungen leiden, finden sich anamnestisch häufig Zeichen einer früher oder auch gegenwärtig vorhandenen depressiven Störung oder Angststörung, was zu Schwierigkeiten in der differentialdiagnostischen Abgrenzung führen kann. Häufig lassen sich neben den körperlichen Beschwerden aber keine psychischen Symptome finden.

- Da die Patienten im Zeitverlauf häufig über wechselnde Körperbeschwerden klagen und gleichzeitig häufig den Arzt wechseln, lassen sich somatoforme Störungen in der Regel nur erkennen, wenn die Anamnese (objektive Befund- und subjektive Krankheitsgeschichte) über die aktuellen organbezogenen Beschwerden erweitert wird.
- Ein ausschließlich auf die Linderung der körperlichen Beschwerden ausgerichteter Behandlungsansatz führt in der Regel nicht zum Erfolg.

## *Symptome*

- Körperliche Symptome, meist wechselnd, werden wiederholt Vorstellungsanlaß, verbunden mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen
- Sind körperliche Symptome vorhanden, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der von dem Patienten geäußerten Symptombeschwerden, sein Leiden und innerliche Beteiligung
- Der Patient widersetzt sich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren
- Häufiger besteht ein aufmerksamkeitssuchendes (histrionisches) Verhalten.

# **Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5)**

## **Esstörungen (F50)**

**Anorexia nervosa**

**Bulimia nervosa**

**"Binge-Eating"-Störung**



Für die Diagnose der **Anorexia nervosa** (F 50.0) gelten nach ICD 10 folgende diagnostische Leitlinien:

- Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index von  $17,5\text{kg/m}^2$  oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen; und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: b. selbst induziertes Erbrechen; c. selbst induziertes Abführen; d. übertriebene körperliche Aktivität; e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- Körperschema-Störung in form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen, bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

## Forschungskriterien für die "**Binge-Eating**"-Störung nach **DSM-IV**

- Wiederholte Episoden von "Eßanfällen". Eine Episode von "Eßanfällen" ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:
  - Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
  - Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, daß man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man ist).
- Die Episoden von "Eßanfällen" treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
  - wesentlich schneller essen als normal,
  - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
  - essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
  - alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
  - Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- Es besteht deutliches Leiden wegen der Eßanfälle
- Die Eßanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche während mindestens 6 Monaten auf.
- Die Eßanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

## **Allgemeine Behandlungsziele**

- Abwendung der akuten Lebensgefahr
- Aufbau einer ausreichenden Behandlungsmotivation
- Reduzierung der therapiegefährdender Verhaltensweisen
- Wiederaufbau eines angemessenen Eßverhaltens
- Modifikation dysfunktionaler Schemata im Bereich Figur, Gewicht, Ernährung
- Aufbau von Verhaltensfertigkeiten
- Spezifische Behandlung affektiver Störungen
- Spezifische Behandlung posttraumatischer Störungen
- Spezifische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen
- Unterstützung beim Erreichen individueller Ziele
- Verhinderung einer Chronifizierung und Abwendung gesundheitlicher Langzeitrisiken





# Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

## *Definition*

- Persönlichkeitsstörungen als diagnostisches Konstrukt zur psychopathologischen Klassifikation tief verwurzelter Verhaltensmuster
- starre Reaktionen auf unterschiedliche persönlich-soziale Lebensbedingungen
- Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung meist langfristig stabile Verhaltensmuster, die sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und psychischer Funktionen beziehen
- Beginn in Kindheit oder Adoleszenz; Andauern bis ins Erwachsenenalter
- subjektives Leiden des Betroffenen und/oder seiner Umwelt
- durch keine andere psychische oder hirnorganische Störung bedingt

Die Zustandsbilder sind gekennzeichnet durch:

- Beeinträchtigungen mehrerer Bereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie der sozialen Interaktion
- Lange zeitliche Dauer der Verhaltensstörung
- Tiefgreifende Verwurzelung der Verhaltensweisen und situationsübergreifendes Auftreten
- Einschränkung der sozialen, schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit
- Persönliches Leid des Betroffenen, das aber in vielen Fällen erst im Erwachsenenalter auftritt; im Jugendalter ist eine ego-synthone Symptomatik nicht selten.

5-10 % der allgemeinen Bevölkerung und mehr als 50% der wegen psychischer Störungen behandelten Patienten sind betroffen  
Oft treten bei Persönlichkeitsstörungen akute symptomatische psychopathologische Bilder auf, insbesondere affektive Störungen.

## *Ätiopathogenese*

### **Bio-psychosoziales Modell:**

- genetische und früherworbene Prädispositionen
- spezifische belastende Lebensumstände
- psychische Entwicklungsdynamik

## Bedeutsame Belastungen:

- fehlende tragfähige Beziehung zu den Eltern mit mangelnder Balance des Autonomie- und Bindungsgefüges
- früher Verlust einer Hauptbezugsperson
- Armut
- psychische Störungen der Eltern
- langdauernde Familienstreitigkeiten
- geringer Altersabstand zu Geschwistern (unter 18 Monate)
- schwere Erziehungsdefizite
- aggressive und sexualisierte Traumatisierungen

# Untergruppen

- Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)
- Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)  
(Borderline-Typus F60.31)
- Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)
- Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)
- Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)
- Sonstige Persönlichkeitsstörung, z.B. narzisstisch (F60.8)

# Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2).

- Mangelnde Empathie und Gefühlskälte gegenüber anderen
- Mißachtung sozialer Normen
- Beziehungsschwäche und Bindungsstörung
- Geringe Frustrationstoleranz und impulsiv-aggressives Verhalten
- Mangelndes Schuldgefühle und Unfähigkeit zu sozialem Lernen
- Vordergründige Erklärung für das eigene Verhalten und unberechtigte Beschuldigung anderer
- Anhaltende Reizbarkeit.

# Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4).

- Dramatisierung bezüglich der eigenen Person mit theatralischem Verhalten und übertriebenem Ausdruck von Gefühlen
- Suggestibilität durch andere Personen oder Umstände
- Oberflächliche und labile Affektlage
- Egozentrik, fehlende Bezugnahme auf andere
- Andauerndes manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse
- Andauerndes Verlangen nach Anerkennung und Wunsch, im Mittelpunkt zu stehen.
- Als weiteres Merkmal findet sich oft ein unangemessen verführerisches Verhalten sowie ein übermäßiges Interesse an der eigenen körperlichen Attraktivität.

# Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6).

- Ständige Anspannung und Überbesorgtheit
- Tiefgreifende Störung des Selbstwertgefühls
- Angst vor Kritik oder Zurückweisung
- Kontaktscheu, außer man ist sich der Zuneigung der anderen sicher
- Einschränkung von Aktivitäten aus Angst vor Gefahren
- Vermeidung sozialer Situationen aus Angst vor Ablehnung.
- 3 der 6 Merkmale müssen für die Diagnose der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllt sein.





# **Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31)** **(Emotional instabile Persönlichkeitsstörung,** **Borderline Typus)**

Die Diagnose einer Borderline-Störung wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem bei Mädchen in der Adoleszenz gestellt. Die Borderline-Störung ist eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, wobei Impulsivität und Affektinstabilität im Vordergrund stehen. Der zweite, impulsive Subtypus scheint dagegen häufiger beim männlichen Geschlecht vorzukommen.

Für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 2 der folgenden Merkmale erfüllt sein:

- Mangelhafte oder fehlende Impulskontrolle
- Affektinstabilität
- Unzureichende Handlungsplanung
- Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigem Verhalten
- Wutausbrüche, insbesondere wenn impulsives Verhalten behindert oder kritisiert wird.
- Zusätzlich muß ein weiteres, für die Borderline-Störung spezifisches Kriterium erfüllt sein:
  - Unsicherheit über das eigene Selbstbild und die Identität sowie der „inneren Präferenzen“ (einschl. der sexuellen)
  - Intensives unbeständiges (in heterosexuellen Beziehungen häufig promiskuides) Beziehungsverhalten, das nicht selten Auslöser emotionaler Krisen ist
  - Parasuizidale oder automutilative Handlungen.

Vorwiegend mit affektiven Störungen und Essstörungen,  
weiterhin Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen,  
dissoziative Störungen, posttraumatische  
Symptombilder und anderen Persönlichkeitsstörungen  
Prävalenz: ca. 1,5% bis 2,0% der Allgemeinbevölkerung

## *Psychodynamik*

- Die Impulsivität und Instabilität der Borderline-Persönlichkeit, die Neigung zu Streitigkeiten und Konflikten mit anderen sowie die Neigung zu selbstschädigenden Handlungen, dienen dem Ziel, als gut, sicher und versorgend erlebte Aspekte emotional bedeutsamer Beziehungspersonen zu bewahren, die durch andere Aspekte der gleichen Personen in Frage gestellt werden, welche alternierend als gefährlich, versagend und hasserfüllt wahrgenommen werden.
- Die Instabilität kann dabei die Form kurzweiliger Stimmungsauslenkungen, vor allem wütender, ärgerlicher, dysphorischer, verzweifelter, ängstlicher aber auch euphorischer Art annehmen und sich in tiefgreifenden emotionalen Krisen oder Selbstbeschädigungen zeigen.
- Die Impulsivität wurzelt in einem konstitutionell oder traumatisch bedingten Übermaß an Aggression und Angst.

- Typischerweise gelingt es nicht, von emotional bedeutsamen anderen Menschen eine konstante innere Vorstellung aufrecht zu erhalten; ebenso besteht eine Identitätsstörung mit Unsicherheit bezüglich des eigenen Selbstkonzepts.
- Sind emotional bedeutsame Andere nur in regressiven Zuständen und bei eigener Bedürftigkeit verfügbar, so führt dies zur charakteristischen (Borderline-) Verlassenheitsdepression.
- Abwehr: Spaltung, primitive Idealisierung, Entwertung, Verleugnung