



PSYCHOPATHOLOGIE

SKRIPT



„Die Psyche des Menschen gleicht einem Brunnen, dessen Tiefe niemand kennt.“

Sigmund Freud

Version 2.11

Autor: Mechtild Kraan – Ergänzungen von Daniel Stark

Dieses Werk - oder Teile daraus – sind ausschließlich zur schulinternen Nutzung zugelassen und dürfen nicht vervielfältigt, in Datenbanken gespeichert oder in irgendeiner Form – elektronisch, fotomechanisch, auf Tonträger oder sonst wie - übertragen und/oder an Dritte weitergegeben werden ohne die schriftliche Genehmigung der

Medius Rheinland L.D. eGmbH
vertretungsberechtigte Gesellschafter: Lena Schütz-Kraan & Daniel Stark
Holbeinstraße 6
50733 Köln
Telefon: 0221-50055031
E-Mail: info@medius-rheinland.de





Inhaltsverzeichnis

A	ALLGEMEINE REGELN	3
1.	PSYCHIATRIE	3
2.	GRUNDLAGEN/PSYCHOTHERAPIE	3
2.1	GRUNDBEGRIFFE DER TIEFENPSYCHOLOGIE	3
2.2	GRUNDBEGRIFFE DES VERHALTENS	4
3.	PSYCHIATRISCHE LEITSYMPTOME	6
3.1	BEWUSSTSEINSSTÖRUNGEN	6
3.2	ORIENTIERUNGSSTÖRUNGEN	6
3.3	DENKSTÖRUNGEN	7
3.4	WAHRNEHMUNGSSTÖRUNGEN	9
3.5	ICH – STÖRUNGEN	9
3.6	AFFEKTSTÖRUNGEN	9
3.7	STÖRUNG VON ANTRIEB UND PSYCHOMOTORIK	10
3.8	ZWANGSSTÖRUNGEN	10
3.9	STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS, KONTAKTSTÖRUNG	10
3.10	SUIZIDALITÄT	11
B	KLASSIFIKATIONSSYSTEM	11
	ICD-10 (WHO: INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE) - F	11
F1	PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN DURCH PSYCHOTROPE SUBSTANZEN	12
F2	SCHIZOPHRENIE, SCHIZOTYPE UND WAHNHAFTER STÖRUNGEN	16
F3	AFFEKTIVE STÖRUNGEN	21
F4	NEUROTISCHE-, BELASTUNGS- UND SOMATOFORME STÖRUNGEN	24
F5	VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN MIT KÖRPERLICHEN STÖRUNGEN - ESSSTÖRUNGEN	30
F6	PERSÖNLICHKEITS- UND VERHALTENSSTÖRUNGEN	33
F7	INTELLIGENZMINDERUNG	36
F8	ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN	36
F9	VERHALTENS- UND EMOTIONALE STÖRUNGEN MIT BEGINN IN KINDHEIT UND JUGEND	37
	PSYCHIATRISCHE NOTFÄLLE	39
	GESETZESKUNDE	42





A Allgemeine Regeln

1. Psychiatrie

Die Psychiatrie (Seelenheilkunde) ist der Teilbereich der Medizin, der sich mit seelischen/psychischen Erkrankungen befasst. Es geht um Erforschung, Diagnostik, Therapie und Prävention (Vorbeugung) von psychischen Störungen sowie um die Rehabilitation (Wiedereingliederung) psychisch kranker Menschen.

Die Beschreibung und Klassifizierung seelischer Erkrankungen sind deutlich schwieriger und in der Fachliteratur uneinheitlicher als in anderen Bereichen der Medizin.

Einer der Gründe hierfür ist, dass unterschiedliche Schulen unterschiedliche Theorien von den Ursachen psychischer Erkrankungen entwickelt haben und auch unterschiedliche Aspekte des Beschwerdebildes in den Mittelpunkt ihrer Beschreibungen und Untersuchungen stellen, so dass insgesamt ein oft verwirrendes Bild vorliegt.

Die WHO hat mit dem ICD-10 den Versuch unternommen, psychische Erkrankungen nach gut überprüfbareren Merkmalen zu beschreiben und zu ordnen. Dieser ist in Deutschland Grundlage der Kommunikation mit den Krankenkassen.

2. Grundlagen/Psychotherapie

2.1 Grundbegriffe der Tiefenpsychologie

Der Wiener Neurologe Sigmund Freud hat am Ende des 19. Jahrhunderts als Erster begonnen, die Funktion des seelischen Apparates systematisch zu beschreiben. Er gilt damit als Begründer der modernen Psychotherapie. Bis dato neu war seine Theorie, dass es unbewusste, verdrängte Konflikte gibt, die weiterhin verhaltenssteuernd sind.

2.1.1 Wichtige Begriffe/ Theorien von Freud

- Das Konzept des Unbewussten
- Instanzenmodell (Es, Ich, Über-Ich)
- Kindliche Entwicklungsphasen (oral, anal, ödipal, Latenz, genital, Adoleszenz)
- Unbewusste innere Konflikte verursachen neurotische Störungen
- Abwehr und Abwehrmechanismen (ES entwickelt Triebimpulse → ÜBER-ICH ordnet Impuls als sozial inakzeptabel ein → ICH benutzt Abwehrmechanismen, um Konflikt unbewusst zu halten)

2.1.2 Psychodynamische Therapieverfahren

- Psychoanalyse
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - konfliktorientierte Vorgehensweise, kürzeres Verfahren





Ziel der Psychoanalyse ist es, unbewusste Konflikte bewusst zu machen.

Bei konflikthafter neurotischer Verarbeitung entwickelt sich Widerstand gegen das Bewusstwerden.

Techniken zum Vordringen ins Unbewusste sind z.B. das freie Assoziieren, die Traumdeutung oder Interpretation von Versprechern des Patienten, sogenannten „Freud’schen Fehlleistungen“.

Der Patient entwickelt eine Übertragung zum Therapeuten, d.h. der Patient überträgt Emotionen, Wünsche aus früheren Beziehungserfahrungen auf den Therapeuten, dieser wird als eine früher wichtige Person erlebt, z.B. Vater oder Mutter. Er geht in die Regression, ins Innere Erleben in der frühen Kindheit.

Sowohl Übertragung als auch Regression sind in der Psychoanalyse gewünscht, da sie dem Patienten die Chance eröffnen, frühere ungünstige Beziehungsmuster jetzt neu zu durchleben und zu einem befriedigenderen Ende zu führen.

2.2 Grundbegriffe des Verhaltens

2.2.1 Lerntheorien

Lerntheorien sind Modelle und Hypothesen, die die Entstehung und Veränderung von Verhalten durch Lernvorgänge erklären. Dabei wird die Forschung auf die objektiv beobachtbaren Bedingungen, unter denen Verhalten verändert wird, reduziert.

Die Lerntheorien entwickelten sich in Abgrenzung zur Psychoanalyse, die neben der Beobachtung das Verstehen und Hypothesenbildung über innerseelische Vorgänge in ihre Theoriebildung miteinbezieht.

Wichtige Lerntheorien sind

- Klassisches Konditionieren
- Operantes Konditionieren („Lernen am Erfolg“)
- Lernen am Modell
- Kognitionstheoretisches Modell - Konstitutionelle oder biologische Faktoren können Verhalten auslösen oder aufrechterhalten, z.B. die kognitive Struktur eines Menschen

2.2.2 Verhaltenstherapie/ Kognitive Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie basiert auf der Lerntheorie. Sie betrachtet psychische Störungen als falsch gelerntes Verhalten, das daher auch wieder verlernt werden kann, bzw. es kann neues Verhalten erlernt werden.

Techniken der Stimulus Kontrolle/Reizkonfrontation

Diese Techniken werden besonders bei Phobien und Zwängen eingesetzt

- **Systematische Desensibilisierung**
Die Reizkonfrontation erfolgt im entspannten Zustand mit der Vorstellung des am Wenigsten angstauslösenden Objektes. Die Belastung steigert sich dann entlang der Angsthierarchie.





- **Reizüberflutungsverfahren (flooding)**
Der Patient wird nach vorheriger Absprache der maximal gefürchteten Situation ausgesetzt, bis die Angst nachlässt. Er lernt, dass Angst endlich ist und befürchtete Katastrophen ausbleiben.
- **Kognitive Therapie/ kognitive Umstrukturierung A. T. Beck**
Die Grundannahme ist, dass es typische fehlerhafte Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen gibt, die dem Patienten nicht bewusst sind. Das Ziel der Therapie ist die Selbsterkenntnis des Patienten, dass seine Gedanken der Realität nicht angemessen sind, um sie dann durch realistischere Gedanken zu ersetzen.

2.2.3 Weitere Psychotherapieverfahren

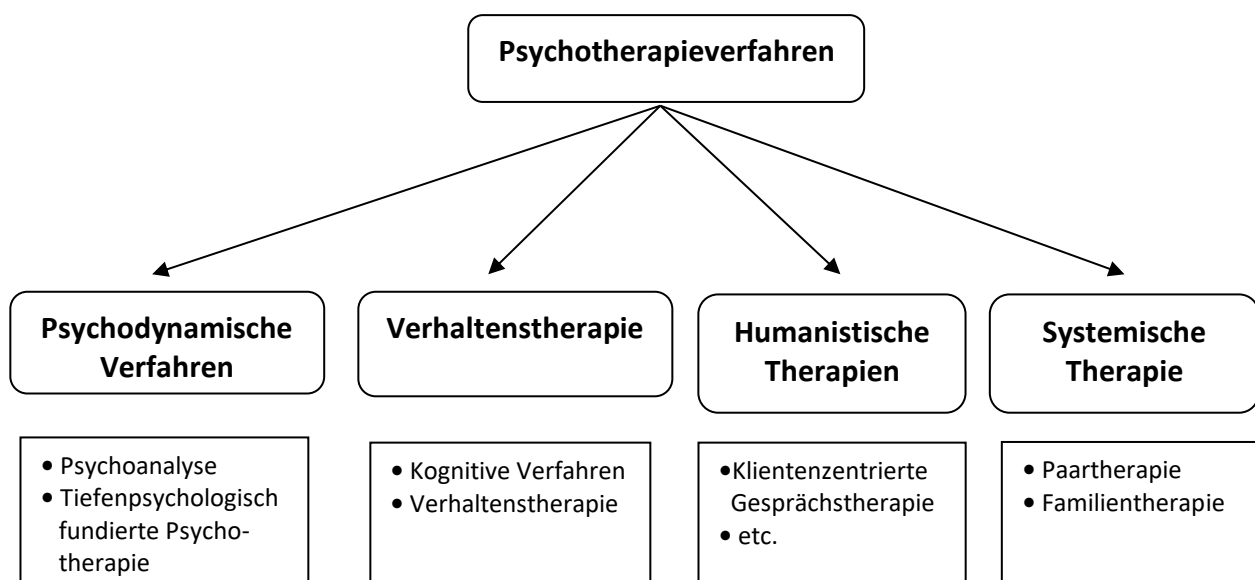
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Die klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Rogers ist eine auf den Menschen, nicht auf eine Erkrankung bezogene Gesprächstherapie. Wichtig ist die Grundhaltung des Therapeuten mit positiver Wertschätzung/Akzeptanz, Empathie/einführendes Verstehen und Kongruenz/Echtheit des Therapeuten.

Systemische Therapien

Systemische Therapien gehen davon aus, dass das Verhalten des Einzelnen aus dessen Beziehungen zu anderen erklärbar ist. Seelische Erkrankungen sind danach als eine Störung des gesamten Systems zu sehen.

2.2.4 Übersicht Psychotherapieverfahren





3. Psychiatrische Leitsymptome

Mit Hilfe der psychiatrischen Leitsymptome wird der psychopathologische Befund erhoben, mit dem das Krankheitsbild beschrieben wird.

3.1 Bewusstseinsstörungen

Quantitativ: eine Störung der Wachheit, man unterscheidet verschiedene Stadien der Einschränkung:

1. **Benommenheit:** Patient ist teilnahmslos und verlangsamt.
2. **Somnolenz:** Patient ist schläfrig, aber durch Ansprache erweckbar.
3. **Sopor:** Patient ist in einem tiefschlafähnlichen Zustand und nur noch durch starke Reize (Schmerzreiz) erweckbar. Er reagiert i.d.R. lediglich mit Abwehrbewegungen.
4. **Koma:** Patient ist nicht mehr erweckbar.

Man überprüft das quantitative Bewusstsein (Grad der Wachheit) durch Ansprache, Anfassen und Schmerzreiz.

Qualitativ: Hier ist der Patient zwar wach, aber trotzdem nicht in der Lage, in vollem Umfang auf die Umwelt zu reagieren. Man unterscheidet:

Bewusstseinstrübung: Typisch ist die mangelnde Klarheit des Erlebens und Verstehens der eigenen Person oder die Umwelt betreffend. Denken und handeln sind verwirrt, wie z.B. beim Delir.

Bewusstseinsengung: Hier gelangen nur bestimmte Aspekte oder Erlebnisinhalte in das Bewusstsein des Patienten. Die Patienten wirken äußerlich geordnet, können z.B. Fahrkarten kaufen. Sie wirken traumwandlerisch. Dem Patienten fehlt meist die Erinnerung an diese Phase. Ein Beispiel ist der epileptische Dämmerzustand.

Bewusstseinsverschiebung: Kennzeichnend ist die erweiterte, intensiviertere Wahrnehmung von Raum, Zeit, Sinnesempfindungen, z.B. nach Drogenkonsum.

Organische Psychosyndrome – Min.: 00:16:53

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5503>

3.2 Orientierungsstörungen

Unterschieden werden die Orientierung bezüglich

- **Zeit** (Datum, Monat, Jahr): Welcher Tag ist heute? Welche Jahreszeit? Welches Jahr?





- **Ort** (Wohnort, Stadt, Land): Wo sind wir hier? In welcher Stadt befinden wir uns?
- **Situation** (psychotherapeutisches Gespräch, zu Hause): Was passiert hier gerade?
- **Person** (Name, Geburtsdatum, Beruf): Wie heißen Sie? Welchen Beruf üben Sie aus?

Auffassungs-, Konzentrations-, Gedächtnisstörungen

Eine ungestörte Auffassungsgabe ermöglicht es, Erlebnisse und Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu erfassen und sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Man testet sie, indem man sich Sprichwörter erklären lässt, z.B. „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm“ oder indem man Fabeln nacherzählen und interpretieren lässt.

Aufmerksamkeit ist die Fähigkeit, die Wahrnehmung und Gedanken auf einen Sachverhalt zu fokussieren.

Konzentration bedeutet, die Aufmerksamkeit über einen gewissen Zeitraum aufrechterhalten zu können. Die Konzentration ist beurteilbar über Beobachtung oder durch kleine Aufgaben wie 100 minus 7 minus 7 etc.

Gedächtnis bezeichnet die Fähigkeit, neue und alte Erfahrungen wiederzugeben. Traditionell unterscheidet man die Merkfähigkeit (Fähigkeit, sich Eindrücke bis zu 10 Minuten zu merken) und das Altgedächtnis.

Moderne Theorien unterscheiden das

- **Ultrakurzzeitgedächtnis:** Erinnerung an die letzten Sekunden - 3 Gegenstände wiederholen lassen
- **Kurzzeitgedächtnis:** Erinnerung über Minuten - nach einigen Minuten die 3 Gegenstände nennen lassen.
- **Langzeitgedächtnis:** Erinnerungen an Jugend, Kindheit, ...

Amnesien sind umschriebene Gedächtnislücken.

Konfabulation bezeichnet das Auffüllen von Erinnerungslücken mit erfundenen, vom Patienten selbst geglaubten Erinnerungen.

3.3 Denkstörungen

Hier unterscheidet man formale Denkstörungen, bei denen der Denkablauf gestört ist und inhaltliche Denkstörungen, bei denen der Denkinhalt gestört ist.

Formale Denkstörungen

- **Weitschweifig:** umständlich, Wesentliches und Unwesentliches sind nicht getrennt.
- **Verlangsam:** (objektiv), gehemmt (subjektiv vom Patienten empfunden)
- **Grübelnd:** zwanghaftes Kreisen um wenige Inhalte.
- **Gedankenabreißen, Gedankensperre**
- **Ideenflucht:** assoziativ nachvollziehbar, beschleunigt, nicht zielführend
- **Zerfahren:** sprunghaft, assoziativ gelockert, nicht nachvollziehbar
- **Neologismen:** Wortneuschöpfungen
- **Vorbeireden:** Patient beantwortet die Frage nicht, obwohl er sie verstanden hat.



- 
- **Perseveration:** Pathologisches Haftenbleiben an einem Thema oder Begriff.

Inhaltliche Denkstörungen

Hier ist vor allem der Wahn relevant, typisch ist der mangelnde Realitätsbezug.

Kriterien nach Jasper sind:

- Unmöglicher Inhalt
- Subjektive Gewissheit
- Unkorrigierbar

Wahnthemen/-inhalte:

- **Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn:** Häufigster Wahn.
- **Beziehungswahn:** Auch Zufälliges wird auf sich selbst bezogen.
- **Liebeswahn:** Irreale Überzeugung, von einem anderen geliebt zu werden.
- **Eifersuchtschwahn:** Haltlose Überzeugung, vom Partner betrogen zu werden.
- **Größenwahn:** Wahnhafte Selbstüberschätzung bis zur Identifizierung mit berühmten Persönlichkeiten.
- **Schuldwahn:** Überzeugung, gegen Gott oder eine höhere sittliche Instanz verstoßen zu haben.
- **Verarmungswahn:** Realitätsferne Überzeugung, in naher Zukunft alles zu verlieren.
- **Versündigungswahn:** Überzeugung, durch das eigene Handeln Schuld auf sich zu laden.
- **Hypochondrischer Wahn:** Wahnhafte Überzeugung, schwer erkrankt zu sein, trotz gegenteiliger Untersuchungsbefunde.
- **Nihilistischer Wahn:** Patient zweifelt an der Existenz seines Körpers, seiner Seele oder der Welt

Wahnformen

- **Wahnstimmung:** Patient hat das Gefühl, dass etwas vor sich geht. „Etwas Unheilvolles liegt in der Luft.“
- **Wahngedanke/ Wahnidee:** Einzelner wahnhafter Gedanke, „Ich stamme von Außerirdischen ab.“
- **Wahnwahrnehmung:** Einer realen Wahrnehmung wird eine falsche Bedeutung zugemessen. „Der Hund hebt die Pfote, um mich zu warnen.“
- **Wahndynamik:** Ausmaß an emotionaler Beteiligung am Wahn.
- **Wahnsystem:** Wahnsymptome werden „logisch“ mit anderen Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen zum Wahngebäude verknüpft. Die einzelnen Elemente „beweisen“ sich dann gegenseitig.





Die überwertige Idee ist eine weitere inhaltliche Denkstörung. Diese bezeichnet gefühlsmäßig stark besetzte Erlebnisinhalte, das Denken wird unsachlich und einseitig, ist jedoch z.T. korrigierbar.

3.4 Wahrnehmungsstörungen

Halluzinationen sind nicht-reale Sinneswahrnehmungen, sie lassen keinen sicheren Schluss auf einen psychotischen Prozess zu.

- **Optische Halluzinationen:** Der Patient sieht Dinge, die nicht real sind, z.B. weiße Mäuse.
- **Akustische Halluzinationen:** Wahrnehmung von Stimmen oder Lauten, die nicht real sind.
- **Leibhalluzinationen:**
 - Zoenaesthesien: „Elektrischer Strom fließt durch meinen Körper“
 - Taktile Halluzinationen: „Ich habe die behaarte Hand auf meinem Körper gespürt“
- **Olfaktorische Halluzinationen:** Geruchshalluzinationen
- **Gustatorische Halluzinationen:** Geschmackshalluzinationen

Bei **Pseudohalluzinationen** erkennt der Patient den Trugcharakter.

Illusion: Etwas Reales wird verkannt, als etwas Anderes gesehen.

3.5 Ich – Störungen

Bei Ich-Störungen verschwimmt die Grenze zwischen Ich und Umwelt. Es werden verschiedene Formen unterschieden:

- **Gedankeneingebung:** Fremde Gedanken werden in den Kopf eingegeben.
- **Gedankenausbreitung:** Die eigenen Gedanken gehen auf andere über.
- **Gedankenentzug:** Die eigenen Gedanken werden von außen entzogen. Fremdbeeinflussungserlebnisse
- **Depersonalisation:** Die eigene Person wird als fremd erlebt. „Der Arm gehört nicht zu mir.“
- **Derealisation:** Die Umwelt wird als fremd empfunden. „Irgendwie wirkt alles anders als sonst.“

3.6 Affektstörungen

Man unterscheidet verschiedene Formen der Störung von **Stimmung** und **Affekt**.

Stimmung bezeichnet eine eher länger anhaltende Gefühlslage wie niedergeschlagen oder depressiv.

- **Euphorie:** übersteigert heitere Stimmungslage





- **Reizbarkeit, innere Unruhe**
- **Gefühl der Gefühllosigkeit**
- **Inadäquater Affekt/ Parathymie:** Affekt und Situation passen nicht zusammen. (z.B.: Patient lacht auf Beerdigung)
- **Affektinkontinenz:** Affektäußerungen können nicht kontrolliert werden.
- **Affektlabilität:** rasch wechselnde Stimmungslage
- **Ambivalenz:** nebeneinander widersprüchliche Gefühle
- **Affektstarre:** Verharren in bestimmter Stimmung, unabhängig von der äußeren Situation.
- **Affektarmut:** wenig Affekte (gleichgültig, emotional verhalten)
- **Affektverflachung** mangelnde Schwingungsfähigkeit

Ängste

Bei Ängsten unterscheidet normale Angst (Realangst) in bedrohlichen Situationen und Ängste ohne angemessenen äußeren Anlass, z.B. eine ängstliche Grundstimmung.

3.7 Störung von Antrieb und Psychomotorik

Der Antrieb ist die Aktivitätsbereitschaft eines Menschen, Psychomotorik ist die Gesamtheit der willentlich beeinflussbaren motorischen Äußerungen.

Beispiele sind:

- **Antriebsarmut**
- **Antriebssteigerung**
- **Motorische Unruhe, Erregung**
- **Stupor:** die motorische Bewegungslosigkeit
- **Befehlsautomatismus:** Patient tut, was man ihm befiehlt. Negativismus: Patient macht genau das Gegenteil.
- **Tics:** Muskelzuckungen, ...

3.8 Zwangsstörungen


Zwänge sind Gedanken oder Handlungen, die stereotyp wiederholt werden und nicht unterdrückt werden können. Sie werden vom Patienten als widersinnig erkannt und sind beim Versuch sie zu unterdrücken von Angst begleitet.

Sie kommen vor als

- **Zwangsgedanken:** oft aggressiv, sexuell, oder blasphemisch
- **Zwangsimpulse:** aggressiv (oft gegenüber nahestehenden Personen, z.B. gegenüber dem eigenen Kind) oder autoaggressiv. Sie werden i.d.R. nicht ausgeführt.
- **Zwangshandlungen:** Waschzwang, Kontrollzwang, Zählzwang.

3.9 Störungen des Sozialverhaltens, Kontaktstörung



- 
- Sozialer Rückzug
 - Soziale Umtriebigkeit

3.10 Suizidalität Näheres siehe im entsprechenden Kapitel.

B Klassifikationssystem

Das hierzulande gebräuchlichste Klassifikationssystem ist der ICD-10. Der ICD-10 hat einen rein deskriptiven Ansatz zur Unterscheidung von Erkrankungen gewählt.

Der Buchstabe kennzeichnet das betroffene Organsystem, hier das F für psychische Erkrankungen.

Mit den darauffolgenden Zahlen werden Hauptkategorien und die einzelnen Erkrankungen bezeichnet.


Nach dem Punkt können z.B. unterschiedliche Verlaufsformen geschlüsselt werden.

So kann in der Kommunikation (z.B. mit den Krankenkassen) spezielle Buchstaben- und Zahlenfolgen die gestellte Diagnose wiedergeben.

ICD-10 (WHO: International Classification of Disease) - F

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
Auffälligkeit des psychischen Erlebens und Verhaltens durch vorübergehende oder bleibende Funktionsstörung des Gehirns. Die Störung kann das Gehirn direkt betreffen oder sekundär bei Systemerkrankungen auftreten.
Demenz, Delir (nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt), ...
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Kokain, Tabak und sonstiges
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
Manie, Bipolare affektive Störung, Depression, ...
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
Phobien und andere Angststörungen
Zwangsstörungen, ...
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
Essstörungen, ...
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen



- 
- F7 Intelligenzminderung
 - F8 Entwicklungsstörungen
 - F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend
ADHS

F1 - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Psychotrope Substanzen sind Stoffe, die kurz- oder langfristig die seelische Befindlichkeit ändern. Bei akuter Intoxikation können mitunter lebensbedrohliche Zustände die Folge sein. Bei einem fortgesetzten Konsum derartiger Substanzen kann es zu körperlichen, seelischen oder sozialen Folgeschäden kommen. Sucht bzw. Abhängigkeit kann zu den weiteren Folgeerscheinungen gehören.

Der begriff ‚Sucht‘ umfasst

- **Stoffgebundene** Süchte (z.B. Alkohol, Opiode, Stimulanzien)
- **Nicht-stoffgebundene** Süchte (z.B. pathologisches Glücksspielen, Kauf-/Sexsucht)

6 Kennzeichen der Abhängigkeit sind:

- **Psychische Abhängigkeit**
 1. Zwang (craving) Alkohol zu konsumieren
 2. Kontrollverlust
- **Körperliche Abhängigkeit**
 3. Toleranzsteigerung
 4. Entzugssyndrom
- **Sonstige Kennzeichen**
 5. Vernachlässigung anderer Interessen
 6. Weiterer Konsum trotz eingetretener Schäden

Im ICD 10 werden Störungen durch unterschiedliche psychotrope Substanzen unterschieden:
z.B.

- Alkohol – siehe Neuroskript
- Opiode
- Cannabinoide
- Sedativa/ Hypnotika
- Kokain
- Sonstige Stimulanzien inkl. Koffein
- Halluzinogene
- Tabak (Wirkstoff: Nikotin – starke körperliche & psychische Abhängigkeit)

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 02:00:14

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>





Opioide

- Opium - Schlafmohn
- Heroin – häufigste Todesursache durch illegale Drogen
- Morphin
- Codein,

Wirkung:

- Euphorisierend
- Analgetisierend – schmerzlindernd
- Husten stillend
- Vagotonus ↑ / Parasympathikus: Miosis, Bradykardie, Obstipation – durch krampfhaftem Muskeltonus
Später sind schlechte Zähne typisch.

Abhängigkeit:

Opioide besitzen unter den Drogen das höchste Abhängigkeitspotential!

- Sehr starke psychische Abhängigkeit
- Sehr schnell körperliche Abhängigkeit
- Sehr schnell Toleranzentwicklung

Intoxikation:

- Bewusstseinsstörung
- Vagotonus ↑/ Parasympathikus: Miosis – enge Pupille, Atemdepression
- Einstichstellen

Entzug:

6 -12 Stunden nach letzter Dosis → Sympathikus↑:

- Mydriasis, Tachykardie, ↑Blutdruck
- Unruhe, zittern, Schweißausbrüche, Durchfall, ...

Der Entzug erfolgt stationär.

„Kalter Entzug“ → ohne Medikamente,

„Warmer Entzug“ → Entzugserscheinungen durch Medikamente (z.B. Methadon, z. B. Polamidon) abgefangen. Methadon hält die Abhängigkeit aufrecht.

Cannabinoide

- Cannabis – häufigste illegale Droge in Deutschland
- Haschisch
- Marihuana,

Wirkung:

- Heitere Euphorie
- Verändertes Raum-/ Zeiterleben
- Wahrnehmung ↑
- Appetit ↑
- Sympathikus ↑: Mydriasis, Tachykardie, Blutdruck ↑
- Evtl. Horrortrips möglich



**Abhängigkeit:**

- Z.T. psychische Abhängigkeit
- Keine körperliche Abhängigkeit

Kompl.: Einstiegsdroge

Bei jahrelangem Konsum:

- Gerötete Augen
- „Hasch macht lasch“ - apathisch, Motivation↓, Leistungsabfall in der Schule...
- Schizophrenieartige Psychosen
- Auftreten von Gynäkomastie

Sedativa + Hypnotika

- Tranquilizer – Benzodiazepine (z.B. Valium®, Tavor®)
- Barbiturate

Wirkung:

- Angst lösend
- Beruhigend, entspannend
- Schlaf fördernd

Aktive Metaboliten mit langer Halbwertszeit führen zur Kumulation der Wirkstoffe

Indikation:

- Benzodiazepine – Medikamente zur Behandlung von Angstzuständen, Belastungsreaktion
- Barbiturate: Anästhesie, evtl. antiepileptische Medikamente

Abhängigkeit:

Das Risiko der Abhängigkeit besteht bei Einnahme >3 Wochen (Betty Ford-Klinik, sonst oft nach 3 Monaten. Betroffen sind häufig Frauen zwischen 40 – 50 Jahren.

- Psychische Abhängigkeit
- Körperliche Abhängigkeit

Missbrauch:

- Allgemeine Verlangsamung, Apathie, verminderte Reaktionszeit
- Euphorie, aggressives Verhalten, Stimmungsschwankungen, ...

Intoxikation:

- Oft in Verbindung mit Alkohol oder anderen Drogen
- Evtl. tödliche Verläufe

Entzug

- Angst, Schwäche
- Schlaflosigkeit, Unruhe, Zittern
- Krampfanfälle
- Evtl. Delir





Eine zeitlich begrenzte und kontrollierte Verschreibung verringert das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.

Neben Benzodiazepinen und Barbituraten besitzen z.T. auch nichtpsychotrope Substanzen wie Analgetika ein nicht unerhebliches Suchtpotential.

Kokain

- Koks, Schnee
- Crack (mit Backpulver gestreckt)

Wirkung:

- Aufmerksamkeit
- Wahrnehmung ↑
- Selbstvertrauen ↑
- Sexuelles Verlangen ↑
- Sympathikus ↑: Mydriasis, Tachykardie, Blutdruck ↑, ...
- Schmerz ↓
- Schlafbedürfnis ↓
- Appetit ↓

Stadien:

1. Euphorie
2. Rausch
3. Depression

Abhängigkeit:

- Psychische Abhängigkeit – schnell unbezwingbares Verlangen
- Kaum körperliche Abhängigkeit

Chron. Konsum:

- Psychotische Störung mit taktilen Halluzinationen/ Dermatozoenwahn
- Wahnvorstellungen, Verfolgungsangst
- Schädigung der Nasenschleimhaut

Intoxikation:

Tachyarrhythmie, Krampfanfälle, ...

Stimulanzien

- Amphetamine - Speed, Designerdrogen, ...
- Ecstasy
- Liquid ecstasy (GHB) – K. o. – Tropfen

Wirkung:

- Antrieb ↑, Kraftgefühl ↑
- Denkablauf ↑
- Euphorisierend





- Schlafbedürfnis ↓, Ermüdungsgefühl ↓
- Appetit ↓
- GHB: Bewusstseinstäubung + Gedächtnisverlust

Abhängigkeit:

- Psychische Abhängigkeit
- Meist kaum körperliche Abhängigkeit, jedoch schnelle Toleranzentwicklung bei Ecstasy

Komplikation: Hyperthermie, starker Flüssigkeitsverlust – Kreislaufkollaps

Intoxikation:

- Sympathikus ↑: Mydriasis, Tachykardie, Blutdruck ↑, ...
- Fieber
- Krämpfe
- Psychosen: Paranoid – halluzinatorisch, Panikattacken

Halluzinogene

- LSD
- Meskalin (Kaktus)
- Psilocybin (Pilze)
- PCP – angels dust

Wirkung:

Zur typischen Symptomatik gehören u.a. tiefgreifende Wahrnehmungsveränderungen, Veränderungen des Denkens und Desorientiertheit:

- Ekstatisch
 - Gefühlsintensivierung
 - Omnipotenzgefühle
 - Affektlabilität
- Halluzinationen – meist optisch
- Verändertes Ich – Erleben, Zeiterleben
- Sympathikus ↑: Mydriasis, Tachykardie, Blutdruck ↑, ...

Abhängigkeit:

- Psychische Abhängigkeit
- Keine körperliche Abhängigkeit, jedoch Toleranzentwicklung

Komplikation:

- „Horrortrips“, selbstgefährdende Handlungen
- Flashback, Nachhallpsychosen

F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen





F20 Schizophrenie

Schizophrenie ist ein Sammelname für verschiedene psychische Erkrankung, bei der Denken, Fühlen und Wahrnehmen des Betroffenen grundlegend und charakteristisch gestört sind. Das Erleben des Betroffenen entspricht nicht mehr der Realität und kann daher von anderen oft nicht mehr nachvollzogen werden. In der akuten Phase fehlt zudem meist die Krankheitseinsicht.

Die Lebenszeitprävalenz beträgt 1%.

Die Erkrankung beginnt meist im Jugend- und frühem Erwachsenenalter, meist zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr.

Ursache – multifaktoriell

- Genetische Disposition, 50% der Kinder zweier erkrankter Eltern erkranken selbst an Schizophrenie.
- Zerebrale Schädigung durch Geburtskomplikationen
- Auslöser sind äußere Belastungen, wie Familien-/ Berufskonflikte oder Drogenkonsum
- Neurotransmitterstoffwechselstörungen: Dopaminüberschuss, ...

Diagnosekriterien nach ICD – 10:

Symptome 1. Ranges:

- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung
- Bizarrer Wahn
- Kommentierende, dialogisierende Stimmen
- Gedanken-laut-werden
- Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung
- Beeinflussungserlebnisse

Das Vorhandensein von einem Symptom 1. Ranges über 4 Wochen reicht aus, um die Diagnose Schizophrenie zu stellen, wenn das Symptom nicht organisch oder durch Drogenkonsum verursacht wird.

Die wichtigsten schizophrenen Symptome im Überblick:

Inhaltliche Denkstörungen:

Vorstufe ist die Wahnstimmung („Etwas Unheilvolles liegt in der Luft“), typisch auch die Wahnwahrnehmung, die einer realen Wahrnehmung eine falsche Bedeutung zumisst. Es beginnt meist mit einer einzelnen Wahnidee, später entwickelt sich ein systematisches Wahngebäude.

Typische Wahnthemen sind:

- Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, Vergiftungswahn
- Beziehungswahn, Liebeswahn
- Bizarrer Wahn

Wahrnehmungsstörungen:

Typisch sind akustische Halluzinationen

- Dialogisierende, kommentierende, imperative Stimmen



- Auch Leibhalluzinationen/ Zoenästhesien kommen vor

Ich – Störungen:

- Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Gedankenentzug, Willensbeeinflussung
- Gedankenlautwerden
- Depersonalisation: Körper oder Person wird als unwirklich empfunden
- Derealisation: Umgebung wird als unwirklich empfunden

Formale Denkstörungen:

- Zerfahrenheit: assoziativ gelockertes Denken
- Gedankenabreißen (subjektiv), Gedankensperre (objektiv)
- Vorbeireden: Antwort passt nicht zur Frage.
- Neologismen: Wortneuschöpfungen

Störungen der Affektivität:

- Affektverflachung: Gefühlsarmut
- Parathymie: Affekt passt nicht zur Situation
- Ambivalenz: Nebeneinander gegensätzlicher Gefühle
- Misstrauen, Angst, depressive Stimmung,
- Läppischer Affekt bei hebephrener Schizophrenie

Psychomotorische Störungen:

Typisch sind psychomotorischen Störungen bei der katatonen Schizophrenie:

- Patient verharrt in einer Körperposition (Katalepsie), wächserne Biogsamkeit, Erstarren (Stupor)
- Erregung
- Mutismus: Schweigen trotz Sprachfähigkeit
- Echolalie: Nachsprechen von Gehörtem / Echopraxie: Nachahmen von Handlungen
- Befehlsautomatismus: Patient tut, was man ihm befiehlt. Negativismus: Patient macht genau das Gegenteil.
- Manierismen, verschrobene, posenhafte Bewegungen

Störungen des Sozialverhaltens

- Enthemmung, Aggression
- Soziale Abkapselung, Autismus

Zusätzlich

- Meist keine Krankheitseinsicht
- Suizidalität (bis 10%)

Heute werden die Symptome einer Schizophrenie in **Positivsymptome** (Plussymptome) und **Negativsymptome** (Minussymptome) unterteilt:

Positivsymptome



kommen zum normalen Erleben hinzu:

Wahn, Halluzinationen, Ich – Störungen, Gedankenlautwerden, Erregung, bizarres Verhalten

Negativsymptome

weniger Erlebensfähigkeit als normal üblich:





Antriebsmangel, Mangel an Interesse, Mangel an Motivation, Apathie, Gefühlsverarmung, Affektverflachung, Anhedonie (Unfähigkeit zur Freude),
inadäquate Affekte
Sprachverarmung, Aufmerksamkeitsstörung,
sozialer Rückzug, Mangel an Körperpflege

Formen der Schizophrenie

Der ICD-10 unterscheidet:

- Paranoide
- Hebephrene
- Katatone
- Residuum
- Simplex

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Sie ist die häufigste Schizophrenie. Kennzeichen sind:

- Wahn: Wahnwahrnehmung, Verfolgungswahn
- Akustische Halluzinationen: Imperative Stimmen, kommentierende Stimmen
- Ich - Störungen: Gedankenbeeinflussung, Gedankenentzug, Gedankeneingebung

Hebephrene Schizophrenie

Sie beginnt meist im jugendlichen Alter. Typisch sind besonders affektive Störungen.

- Läppisch: überzogen albern, alles egal, distanzlos, enthemmt
- Flache, unpassende Stimmung
- Ungeordnetes, weitschweifiges, zerfahrenes Denken
- Verantwortungsloses und unvorhersehbares Verhalten, auch maniert bizarres Verhalten
- Antrieb↓, Motivation↓,
- Gefahr: Soziale Isolierung

Katatone Schizophrenie

Dabei stehen psychomotorische Symptome im Mittelpunkt

- Starre - Stupor, Haltungsstarre (Katalepsie), Erregung (z.T. aggressiv), evtl. abrupter Wechsel
- Befehlsautomatismus, Negativismus,

Schizophrenia Simplex

Hier steht die Negativ-Symptomatik im Mittelpunkt, es gibt keine Positivsymptome. Typisch sind:

- Formale Denkstörungen wie Denkzerfahrenheit, Gedankenabreißen, Gedankensperre,
- Affektverflachung
- Antrieb↓, Motivation↓

Schizophrenes Residuum





Dieses ist ein durch Negativsymptomatik gekennzeichnete Restzustand nach abgeklungener Akutsymptomatik.

Typisch sind sozialer Rückzug, Antriebsmangel, Affektverflachung, depressive Stimmung, Verarmung der Sprache, Vernachlässigung der Körperpflege, ...

Therapie

- Stationär bei hochakuter Phase mit Eigen- oder Fremdgefährdung - psychiatrischer Notfall
- Neuroleptika – Dopaminantagonisten
 - Wirkung: Antipsychotisch - Halluzinationen, Wahn, Ich- Störungen
Neuroleptika machen nicht abhängig.
 - Typische Neuroleptika (hochpotente Neuroleptika), z.B. Haldol® (Haloperidol)
→ Nebenwirkungen: typisch sind besonders extrapyramidal-motorische Störungen.
z.B. Parkinsonähnlich: Rigor, Tremor, Akinese
Dyskinesen: unwillkürliche Mümmelbewegungen
 - Atypische Neuroleptika, z.B. Risperidon, wirken antipsychotisch, aber auch auf Negativsymptomatik und haben keine extrapyramidalen Nebenwirkungen
- Psychotherapie: sie ist i.d.R. erst nach Abklingen der akut psychotischen Symptomatik sinnvoll

Verlauf

- Evtl. Prodromalphase (eher Erschöpfungs- oder depressive Symptomatik, Negativsymptomatik) 1-5 Jahre
- Phasenhafter Verlauf mit jeweils vollständiger Remission (häufig)
- Schubförmiger Verlauf mit Residualzuständen, gekennzeichnet meist durch Negativsymptomatik, ...

Prognose

Prognostisch günstig: akuter Beginn, klarer situativer Auslöser, bizarre, katatone, produktiv-psychotische Symptomatik, gute soziale Integration, späte Erstmanifestation, frühe medikamentöse Therapie

- 1/3 heilt vollständig aus
- 1/3 Restsymptome
- 1/3 ausgeprägte Negativsymptome, brauchen Betreuung

An Schizophrenie Erkrankte haben eine um 15 Jahre verminderte Lebenserwartung, z.B. durch Suizid.

Endogene Psychosen – Min.: 00:19:35

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5504>

Schizoaffektive Störung





Schizophrene Symptomatik und Symptome einer affektiven Psychose treten in derselben Krankheitsphase auf, es können sowohl depressive als auch manische Symptome auftreten.

Endogene Psychosen – Min.: 01:22:53

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5504>

F3 – Affektive Störungen

Affektiven Störungen sind gekennzeichnet durch krankhafte Veränderungen von Affekt und Antrieb, die sich in Form vom depressiven oder manischen Syndrom manifestieren und meist phasenhaft verlaufen.

Man unterscheidet unipolare Verläufe, bei der die Stimmung nur in eine Richtung ausschlägt und bipolare Verläufe, bei der sich depressive und manische Phasen abwechseln.

Der ICD-10 beschreibt unter F3 Erkrankungen, bei der die affektive Symptomatik im Mittelpunkt steht und die nicht durch eine organische Erkrankung oder durch Drogen verursacht werden. Auch im Rahmen von anderen Erkrankungen kann es begleitend zu depressiven oder manischen Zuständen kommen.

Manie

Eine Manie ist gekennzeichnet durch inadäquat gehobene Stimmung (Euphorie), gesteigerten Antrieb und Selbstüberschätzung.

Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Die Entstehung ist multifaktoriell, eine genetische Belastung und ein relativer Überschuss an Dopamin und Noradrenalin spielen eine Rolle.

Diag.: Kriterien nach ICD-10 sind:


- Abnorm gehobene/ gereizte, oft wechselnde Stimmungen > 7 Tage
+ 3 der folgenden Symptome:
- Motorische Unruhe, Aktivität ↑, andauernder Wechsel von Aktivitäten
- Gesprächigkeit ↑ (Logorrhoe)
- Konzentration ↓, Ablenkbarkeit ↑
- Ideenflucht, andauernder Wechsel von Plänen
- Selbstüberschätzung, Größenwahn
- Verlust sozialer Hemmungen, unangemessenes Verhalten
- Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, Risiken werden nicht erkannt.
- Libido ↑ oder sexuelle Taktlosigkeit
- Schlafbedürfnis ↓

Krankheitseinsicht ist i.d.R. nicht vorhanden.

Fatale Folgen kann die erhöhte Entschlussfreudigkeit haben, die zu extrem vermehrten Geldausgaben oder zum Abschließen von Verträgen führen kann, die die finanziellen Möglichkeiten des Patienten bei weitem übersteigen.

Ther.:



- 
- **Stationäre Einweisung in der Akutphase** wegen Erregung, Eigen-/ Fremdgefährdung
 - Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht ist eine ambulante Therapie oft zum Scheitern verurteilt.
 - **Medikamente** - Lithium – Stimmungsstabilisierer + Phasenprophylaktika
 - Evtl. ist das Einrichten einer Betreuung erforderlich, um finanzielle Schäden zu verhindern.

Endogene Psychosen – Min.: 02:02:00

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5504>

Hypomanie

Eine Hypomanie ist eine mindestens 4 Tage andauernde graduell abgeschwächte Manie, bei der Ideenflucht und psychotische Symptome fehlen.

Depression

Depressionen sind psychische Störungen mit trauriger, gedrückter Stimmung, Antriebsminderung und Gefahr der Suizidalität. Depressionen kommen meist rezidivierend vor.

Ätio.:

Sie gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, Frauen : Männer = 2 : 1
Zwischen 10 und 20% der deutschen Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an Depression.

- **Genetisch:** Das Risiko ist erhöht bei Depressionen in der Familie.
- **Neurotransmitterstörung:** Mangel an Serotonin, Noradrenalin
- **Lichtmangel:** Saisonale Herbst-, Winterdepression
- **Kognitive Theorie:** Negative Denkmuster führen zur Depression.
- **Psychoanalytische Theorien:**Frühkindlicher Mangel – aktueller Auslöser
weitere Ursachen werden im ICD 10 anders geschlüsselt
- **reaktive Depressionen:** Anpassungsstörung, Belastungsstörung,
- **bei körperlichen Erkrankungen:** z.B. M. Parkinson, Schilddrüsenunterfunktion, hirnorganische Erkrankungen, ...
- **Wochenbettdepression**
- Man geht heute von einer **multifaktoriellen Entstehung** von Depressionen aus.

Sym.: Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10

A Leitsymptome:

- Depressive Stimmung
 - Traurig, gedrückt, niedergeschlagen, hoffnungslos
 - Emotional unbeteiligt, Gefühlsarmut, Gefühl der Gefühllosigkeit
 - Evtl. diffuse Ängste, Zukunftsangst
- Interesse, Freude↓, sozialer Rückzug
- Antrieb↓





B Andere häufige Symptome:

- Konzentration↓
- Denken verlangsamt, gehemmt, grübeln
- Selbstvertrauen↓, Selbstwertgefühl↓
- Schuldgefühle - Selbstvorwürfe
- Suizidalität

C Somatische Symptome:

- Psychomotorik ↓oder↑ (objektiv feststellbar)
- Bewegungsarmut, starre, traurige Mimik, ...
- Untypisch: motorische Unruhe, unproduktiv agitiert, starke Erschöpfungsgefühle
- Appetit ↓(oder↑)*, Gewichtsverlust (>5% im vergangenen Monat)
- Schlafstörungen: Einschlaf-, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen
- Vegetative/körperliche Symptome:
 - Diverse Schmerzsyndrome: Kopf, Rücken, Brust, Bauch
 - Atmung: Globusgefühl, Gefühl des Zugeschnürtseins, Atemnot
 - Rhythmusstörungen, Druck in Herzgegend, Schwindel, Kollaps
 - Mundtrockenheit, appetitlos, Gewichtsverlust, Übelkeit, Völlegefühl, Verstopfung,
 - Unterleib: Zyklusstörungen, Reizblase, Libido-, Potenzverlust)*

*stehen so nicht im ICD 10, allerdings in anderer Literatur

D Psychotische Symptome:

- Wahnideen: Inhaltlich - Schuld-, Versündigungs-, Verarmungs-, hypo-chondrischer Wahn, Nihilistischer Wahn – Wahn von der Nichtexistenz der Welt
- Depressiver Stupor
- Auch Halluzinationen sind möglich.

Diag.: Allgemeine Diagnosekriterien nach ICD-10

- > 2 Wochen
- Nicht organisch oder durch psychotrope Substanzen
- Unterscheidung in leichte, mittelschwere und schwere Episoden, psychotische Symptome
- Abklären einer Suizidgefährdung

Ther.:

- **Suizidalität:** Psychiatrischer Notfall → Klinik: freiwillig oder Einweisung
- **Medikamente** (Arzt)
 - Antidepressiva besonders bei schwerer Depression
Wirkung: Steigern die Serotonin- und/ oder NoradrenalinKonzentration im synaptischen Spalt.
Es dauert 2 – 3 Wochen bis zum Eintritt der Wirkung.
In der Frühphase besteht Suizidgefahr, da zunächst der Antrieb gesteigert wird, dann die Stimmung.
Präparate:
 - Trizyklische Antidepressiva





- SSRI – Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
- Johanniskraut bei leichter Form – NW: verstärkte Lichtempfindlichkeit
Die Serotoninhypothese ist umstritten.
Bei etlichen Patient:innen gibt es Absetzprobleme, man spricht nicht von Abhängigkeit.
- **Psychotherapie:** Kognitive Umstrukturierung + andere Formen der Psychotherapie: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Psychoanalyse, Körperorientierte Psychotherapie
- **Schlafentzugstherapie**
- **Lichttherapie** bei saisonaler Depression – in unseren Breiten eher selten
- **Elektrokrampftherapie** bei therapieresistenter Depression, katatonen Zuständen, ...
- **Körperliche Aktivierung** beeinflusst den Verlauf günstig.

Depressionsformen

- **Agitierte Depression:** Bewegungsunruhe, unproduktiv – hektisches Verhalten.
- **Larvierte Depression:** Funktionelle Organbeschwerden stehen im Mittelpunkt.
- **Zyklothymia:** Wechsel von leichten depressiven und hypomanischen Phasen.
- **Dysthymia:** Eine chronisch depressive Verstimmung

Endogene Psychosen – Min.: 01:29:20

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5504>

Nicht-psychotische / psychogene Störungen (Dysthymia) – Min.: 01:32:40

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

F4 – Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

Unter dieser Sammelbezeichnung subsumiert der ICD-10 verschiedene Störungsbilder, die im Triadischen System als Neurosen klassifiziert wurden, von denen man also annahm, dass sie durch lebensgeschichtliche Faktoren wie unbewusste innere Konflikte verursacht wurden.

Nach heutigem Erkenntnisstand spielen auch andere Faktoren, wie z.B. eine familiäre Disposition, bei der Entstehung eine Rolle.

Die wichtigsten Störungsbilder sind:

- **Angststörungen**
- **Zwangsstörungen**
- **Reaktionen auf Belastungen und Anpassungsstörungen**
- **Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)**
- **Somatoforme Störungen**

Angst- + Panikstörung





Angst- und Panikstörungen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von 15% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Angsterkrankungen werden unterteilt in

- Phobien
- Panikstörungen
- Generalisierte Angst

Phobien

Der Patient leidet an einer unbegründeten oder übertriebenen Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer Situation. Dem Patienten ist bewusst, dass die Angst unsinnig ist, kann sie jedoch nicht unterdrücken.

Die meisten Angsterkrankungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern (Ausnahmen sind soziale Phobien und Panikstörungen ohne Agoraphobie).

Agoraphobie

Die Agoraphobie ist geprägt durch Angst in Situationen außerhalb der gewohnten Umgebung, besonders bei Fehlen einer sofort nutzbaren Fluchtmöglichkeit, z.B. Aufenthalt in Menschenmengen (U-Bahn, Aufenthalt auf öffentlichen Plätzen, ...)

Soziale Phobie

Die Angst bei einer sozialen Phobie ist an Situationen gekoppelt, bei der die betroffene Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.

Es besteht die Furcht, sich in sozialen Situationen auf peinliche oder erniedrigende Weise zu verhalten. Dies geht oft mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten einher.

Typisch sind auch ein reduziertes Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik.

Symptome:

- Erröten
- Vermeidung von Blickkontakt
- Händezittern
- Übelkeit, Harndrang
- Steigerung bis zu Panikattacken ist möglich

Die Ängste werden als übertrieben bzw. unvernünftig erlebt.

Ther.: In der Gruppentherapie werden angstbesetzte Situationen in Rollenspielen erlebt.

Spezifische Phobie

- Angst vor Tieren, (z.B. Spinnen) Zoophobie
- Geschlossenen Räumen Klaustrophobie
- Höhe Akrophobie

Therapie:

Eine Therapie erfolgt nur bei ausgeprägtem Leidensdruck und Beeinträchtigung des Alltags. Ausgangspunkt ist die Vermittlung eines Erklärungsmodells und die Psychoedukation.

Es kommen dann Verfahren der Reizkonfrontation zu Einsatz:

- Systematische Desensibilisierung
- Reizüberflutungsverfahren (flooding)





Panikstörung

Sie beginnt meist im Alter von 20 – 30 Jahren und betrifft Männer und Frauen gleichermaßen. Die Panikstörung ist die häufigste behandlungsbedürftige Angsterkrankung. Typisch für die Panikstörung sind nicht vorhersehbare Anfälle von i.d.R. maximal 30 Minuten. Im Mittelpunkt stehen meist Herzsymptome wie Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle oder Schwindel. Es kann auch zu Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation) kommen.

Folgen:

- Meiden von Situationen, in denen Angst aufgetreten ist.
- Oft Erwartungsangst, „Angst vor der Angst“, dies kann u.a. zum sozialen Rückzug führen.
- Oft Entwicklung einer Agoraphobie

Generalisierte Angst

Die generalisierte Angst ist nicht gerichtet und langandauernd (nach ICD-10 > mehrere Wochen).

Symp.:

- Unrealistische, übertriebene Befürchtungen: Ständiges Sich-Sorgen, Geldsorgen, Sorgen um die Kinder
- Motorische Spannungen: Ruhelos, starke Anspannung
- Vegetative Übererregbarkeit: Atemnot, Beklemmung, Schwindel, Schwitzen, Mundtrockenheit, Nervosität, Zittern, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit
- Häufig sind auch Einschlaf- oder Durchschlafstörungen.

Bei generalisierter Angststörung gibt es meist nur geringe soziale Beeinträchtigungen.

Ther.:

- Kognitive Therapie
Konsequente mentale Konfrontation mit den sorgenvollen Gedanken und Überprüfung auf den Realitätsgehalt.
- Evtl. tiefenpsychologisch
Ohne Therapie kommt es i.d.R. zu jahre- oder jahrzehntelangen Verläufen.
- Sonstige Therapien bei Angsterkrankungen
 - Entspannungsverfahren: Muskelrelaxation nach Jacobsen
 - Autogenes Training
 - Bewegung - verbraucht Stresshormone

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 01:17:49

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

Zwangsstörung

Zwänge sind Gedanken oder Handlungen, die stereotyp wiederholt werden und nicht unterdrückt werden können. Sie werden vom Patienten als widersinnig erkannt, als quälend empfunden und sind beim Versuch, sie zu unterdrücken, von Angst begleitet.





Sie kommen vor als

- **Zwangsgedanken:** meist sexuellen, aggressiven oder blasphemischen Inhalt
- **Zwangsimpulse:** (auto-)aggressiv („Ich werfe dieses Kind aus dem Fenster“) Die Impulse werden allerdings i.d.R. nicht ausgeführt.
- **Zwangshandlungen** Beispiele für Zwangshandlungen sind der Waschwang, Kontrollzwang („Herd, Licht, Wasser aus?“), Zählzwang (Treppenstufen, Laternen, Tapetenmuster)

Zwangshandlungen dienen zur Beherrschung von Angst. **Die erfolgreiche Angstreduktion wird dann zum Verstärker.**

Zwangsstörungen beginnen meist in der Altersspanne zwischen 15 und 25 Jahren, die Lebenszeitprävalenz liegt bei 2%, beide Geschlechter sind gleich häufig betroffen.

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 01:27:00

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

Belastungs- und Anpassungsstörungen

Belastungs- und Anpassungsstörungen sind nach Art und Umfang über das normale Maß hinausgehende psychogene Reaktionen auf akute oder chronische Belastungen, denen aufgrund ihrer Folgen Krankheitswert zukommt. Der ICD-10 unterscheidet:

- **Akute Belastungsreaktion**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Anpassungsstörung**

Akute Belastungsreaktion

Dies ist eine kurz nach einer außergewöhnlichen Belastung einsetzende Reaktion, die Stunden bis maximal 3 Tage andauert.

Symp.: Zuerst Betäubung dann

- Desinteresse, verminderter Antrieb
- Oder Unruhe, Überaktivität
- Sozialer Rückzug

Ther.: Gespräche zur Unterstützung und emotionalen Entlastung (Krisenintervention)

Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht nach einschneidenden, existenziell bedrohlichen Ereignissen. Sie beginnt i.d.R. maximal 6 Monate nach dem Ereignis und ist langandauernd.

Die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens steigt mit der Schwere der Belastung oder mit vorbestehenden ängstlichen oder emotional instabilen Persönlichkeitsmustern. Wurde das Trauma bewusst von Menschen herbeigeführt, steigt ebenfalls das Risiko. So entwickeln 80% - 90% der Frauen nach einer Vergewaltigung eine akute Belastungsreaktion und 50% eine posttraumatische Belastungsstörung.

Ein Schutzfaktor ist z.B. ein gutes soziales Netzwerk.





Symp.: Wiederholtes Erleben des Traumas:

- Sich aufdrängende Erinnerungen, Flashbacks, Alpträume, ...
Häufig mit Amnesie in Bezug auf das auslösende Ereignis
- Emotionaler + sozialer Rückzug:
Emotionale Taubheit, Teilnahmslosigkeit, Gleichgültigkeit, Interessenverlust
- Anhedonie – Verlust der Lebensfreude
- Vermeidungsverhalten, Rückzug, Abkapselung
- Vegetative Übererregtheit:
Erhöhte Wachheit, Schlafstörung, Schreckhaftigkeit
Evtl. verstärkte Reizbarkeit
- Angst
- Depression
- Dissoziation
- Suizidgefahr
- Übermäßiger Alkoholkonsum und Drogeneinnahme

Ther.:

- Traumatherapie: Traumatherapien sollten grundsätzlich nur von Therapeuten mit spezieller Zusatzqualifikation angewendet werden, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.
Eine häufig angewendete Therapie ist EMDR, aber auch Hypnotherapie, ...
- Antidepressiva

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 00:06:16

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

Anpassungsstörung

Hier ist die Anpassung nach einer einschneidenden Lebensveränderung oder einschneidenden Lebensereignissen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß gestört. Dies können z.B. Scheidung, Trennung oder Tod des Partners, auch der Renteneintritt sein. Die Anpassungsstörung beginnt in den ersten 4 Wochen nach dem Ereignis und dauert i.d.R. maximal 6 Mona-te, eine depressive Reaktion kann bis zu 2 Jahren andauern.

Symp.:

- Depressive Reaktion
- Angst, Besorgnis
- Gestörtes Sozialverhalten
- Beeinträchtigung der schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit oder der Alltagsbewältigung

Bleibende Persönlichkeitsveränderung

Diese Diagnose erfolgt bei nach extremer Belastung neu aufgetretenen Persönlichkeitsveränderungen, die mindestens 2 Jahre andauern.





Symp.: Gefühl der Leere, Hoffnungslosigkeit, Misstrauen, Gefühl der Bedrohung, sozialer Rückzug

Psychische Erkrankungen mit vorwiegend körperlichen Symptomen

Im ICD-10 wird unter F4 eine Reihe von körperlichen Störungen beschrieben, die rein psychogen verursacht worden sind. Es werden **dissoziative sowie somatoforme Störungen** unterschieden.

Hiervon unterscheidet man organische Erkrankungen, die durch die Psyche in der Entstehung oder im Verlauf massiv beeinflusst werden. Im engeren Sinne sind dies die klassischen psychosomatischen Erkrankungen. Diese sind im ICD-10 unter den jeweiligen Organsystemen geschlüsselt.

Entscheidender Unterschied ist der Nachweis von organischen Veränderungen bzw. Schäden bei Letzteren.

Dissoziative Störungen

Der Begriff der Dissoziation bezeichnet eine Entkopplung seelischer und körperlicher Funktionen.

Bei dissoziativen Störungen ist die normale Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen gestört.

Sie äußern sich typischerweise in pseudoneurologischen körperlichen Symptomen. Ihnen geht nach psychoanalytischer Theorie ein verdrängter unbewusster Konflikt voraus. Der unbewusste Konflikt wird auf den Körper verschoben und weist symbolhaft auf diesen hin. In der Psychoanalyse wird hierfür der Begriff Konversion verwendet. So können Lähmungen der Beine anzeigen, dass jemand nicht mehr weitergehen will, eine Blindheit, dass jemand nicht hinschauen möchte etc.

Lerntheoretische Theorien unterstreichen den Krankheitsgewinn des Patienten. Sie unterscheiden zwischen

- Primärem Krankheitsgewinn, dem inneren Vorteil des Patienten, wie dem Ausweichen des inneren Konfliktes.
- Sekundärem Krankheitsgewinn, den äußeren Vorteilen, wie dem Vermeiden unangenehmer Tätigkeiten, der verstärkte Fürsorge der Familie, Frühverrentung

Somatoforme Störungen

Hauptmerkmal von somatoformen Störungen sind körperliche Symptome, für die keine organischen Befunde nachweisbar sind. Seelische Belastungen und Konflikte können bei der Entstehung eine Rolle spielen.

Im Gegensatz zu den dissoziativen Störungen fehlt hier der Symbolcharakter der Symptome. Auch hier spielt der Krankheitsgewinn des Patienten eine wichtige Rolle.

Die Betroffenen sind überzeugt, ein rein organisches Problem zu haben. Sie sind daher meist schon lange in Behandlung bei wechselnden Ärzten und fordern trotz negativer Untersuchungsergebnisse ständig weitere Diagnostik. Eine psychotherapeutische Therapie wird oft abgelehnt.

Man unterscheidet:





- **Somatoforme Störungen**
Es ist jeweils nur ein Organsystem von den Beschwerden betroffen, z.B. Herz, Magen/Darm, Schmerzstörungen, Muskelschwäche, ...
Ein Beispiel ist die Herzangstneurose.
- **Somatisierungsstörung**
Bei der Somatisierungsstörung sind wechselnde Beschwerden typisch, das heißt es sind unterschiedliche Organsysteme betroffen. Die Störung besteht seit mindestens 2 Jahren.
- **Hypochondrische Störung**
Hier stehen weniger die körperlichen Symptome selbst als die Angst vor körperlicher Erkrankung im Vordergrund. Wesentlich ist die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit den vermeintlichen Organstörungen.

Häufig kommt es bei somatoformen Störungen zu Alkohol- und/ oder Medikamentenmissbrauch (Beruhigungs-, Schmerzmittel).
Als Psychotherapieverfahren hat sich die kognitive Verhaltenstherapie bewährt.

Psychosomatische Erkrankungen/ Psychosomatosen

Die Psyche ist ein wesentlicher Faktor bei Entstehung oder Verlauf einer psychosomatischen Erkrankung. Bei entsprechender Untersuchung können Schäden am betroffenen Organ festgestellt werden.

Die klassischen psychosomatischen Erkrankungen nach Alexander (Holy Seven) sind:
Asthma bronchiale, Neurodermitis, Hoher Blutdruck ohne organische Ursache, Schilddrüsenüberfunktion, Ulcus duodenie, Colitis ulcerosa, Rheumatoide Arthritis.

Bei einigen dieser Erkrankungen wird der Zusammenhang zur Psyche als Entstehungsfaktor heute deutlich geringer eingeschätzt, z.B. beim Ulcus duodeni (meist bakterielle Ursache)

F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen - Essstörungen

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch eine massive Gewichtsabnahme durch restriktive Diät bis hin zur Nahrungsverweigerung. Typisch ist ein Gewicht von $\geq 15\%$ unter der Norm, oder ein BMI $\leq 17,5$.

Betroffen sind meist junge Frauen (95%♀, Altersgipfel 14 + 18 Jahre). Lebenszeitprävalenz etwa 1%.

Risikofaktoren für die Entstehung sind die genetische Belastung (eineiige Zwillinge 50%), mangelndes Selbstwertgefühl, gestörte Interaktionsmuster in der Familie, und sozialer Rückzug.

Symp.:

- Auffälliges Essverhalten
 - Sehr langsames Essen
 - Kleinste Nahrungsmengen
 - Zerpflücken der Speisen





- Verzicht auf bestimmte Speisen (z.B. Fleisch, hochkalorische, fette Speisen)
- Zusätzlich:
 - Appetitzügler, Diuretika, Laxantien (Abführmittel)
 - Evtl. selbstinduziertes Erbrechen
 - Sport ↑↑↑
 - Betroffene sind meist sehr ehrgeizig und leistungsorientiert.

Folgen:

- Massive Kachexie
 - Patienten finden sich weiterhin zu dick → **Körper Schema Störung**
→ **keine Krankheitseinsicht**
 - Bradykardie, Hypotonie, Hypothermie, niedriger Blutzucker
 - Hormonelle/ endokrine Störungen: Amenorrhö bei Frauen
 - Libido- und Potenzverlust bei Männern
 - Haarausfall, Lanugobehaarung
 - Elektrolytstörungen, Verstopfung, Osteoporose durch Laxantienabusus
 - Kaliummangel mit der Gefahr von Herzrhythmusstörungen und eines plötzlichen Herztodes
 - Hungerödeme
- Evtl. begleitend depressive Verstimmungen → Suizidgefahr
- < 35Kilo → Akute Lebensgefahr

Ther.:

- Stationär
 - BMI < 13
 - Bedrohliche körperliche Folgen
 - Suizidgefahr
- Ansonsten ambulant

Therapieziel: 1. Erreichen eines ausreichenden Körpergewichts
2. Wiederherstellen eines normalen Essverhaltens
3. Therapie der Körperschemastörung.

Bulimia nervosa

Typisch für die Bulimia nervosa sind Heißhungerattacken mit ↑↑↑ Nahrungsaufnahme in kurzer Zeit sowie der Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme und anschließendes Erbrechen. Das Gewicht ist meist normal oder leicht erhöht.

Betroffen sind meist junge Frauen (95%♀, Altersgipfel 18 – 35 Jahre).

Symp.:

- Auffälliges Essverhalten





- Anfallartiges Hinunterschlingen großer Mengen hochkalorischer Nahrungsmittel (Kontrollverlust) → Es können mehrere tausend Kalorien in einem Anfall auf einmal verschlungen werden.
- Anschließend meist Erbrechen (anfangs manuell induziert, später reflexhaft)
- Ansonsten meist Diät und ständige Beschäftigung mit Ernährung und Gewicht
Patienten finden sich zu dick trotz Normgewicht
- Zusätzlich:
 - Laxantienabusus (Abführmittel)
 - Appetitzügler, Diuretika, Schilddrüsenmedikamente
- Vorher evtl. anorektische Phase

Folgen:

- Karies
- Elektrolytstörung, evtl. plötzlicher Herztod
- Gastro-intestinale Beschwerden
- Finanzielle Belastung
- Evtl. depressive Störung mit Suizidgefahr

Binge–Eating–Störung

Die Binge-Eating–Störung ist eine Essstörung mit Essanfällen, ohne dass das Gegessene wieder erbrochen wird. Es kommt daher zum Übergewicht, Völlegefühl, Essen auch ohne Hunger und mit Schuldgefühlen.

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 01:34:38
<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen, die nicht verursacht sind durch eine organische Störung oder Krankheit.

Dhat-Syndrom bzw. sexuelle Hypoaktivität	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (obwohl es „gut“ funktionieren könnte)
Dyspareunie	Schmerzen während des Sexualverkehrs
Frigidität	mangelnde sexuelle Erregbarkeit oder fehlendes sexuelles Verlangen bei der Frau
Sexuelle Aversion	Furcht oder Angst vor sexuellen Aktivitäten
Mangel an sexueller Befriedigung	Orgasmus wird erlebt, aber ohne die entsprechende Lust daran
Sexuelle Anhedonie	Verlust der Fähigkeit, sexuelle Lust zu empfinden, trotz physiologisch normaler Erregung und Orgasmus.





Erektile Dysfunktion/psychogene Impotenz	Schwierigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr notwendige Erektion zu erlangen oder aufrecht zu erhalten. (z. B. durch Angst, Stress, Beziehungsprobleme) bedingt ist. Nicht gemeint: Organische Impotenz!
Störung der sexuellen Erregung bei der Frau	mangelnde oder fehlende vaginale Lubrikation
Orgasmusstörung	Der Orgasmus tritt nicht oder nur stark verzögert ein.
Psychogene Anorgasmie	Ausbleiben des Orgasmus aufgrund psychischer Ursachen (z. B. Angst, Traumata, Beziehungsprobleme) trotz normaler körperlicher Reaktion.
Ejaculatio praecox	Unfähigkeit, die Ejakulation ausreichend zu kontrollieren, damit der Geschlechtsverkehr für beide Partner befriedigend ist.
psychogener Vaginismus	Spasmus der die Vagina umgebenden Beckenbodenmuskulatur, wodurch der Introitus vaginae verschlossen wird. Die Immission des Penis ist unmöglich oder schmerzhaft.
Nymphomanie (bei Frauen) Satyriasis (bei Männern)	Gesteigertes sexuelles Verlangen

F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Die Persönlichkeit eines Menschen ist gekennzeichnet durch individuell charakteristische Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die über Zeit und Situation hinaus stabil sind. Durch diese Persönlichkeitszüge unterscheiden sich Menschen voneinander.

Störungen einer Persönlichkeit sind gekennzeichnet durch Extremvarianten bestimmter Persönlichkeitszüge. Die Persönlichkeitszüge sind unflexibel und wenig angepasst. Kommt es dadurch zu Konflikten mit der Umwelt oder zu persönlichem Leiden, ist die pathologische Schwelle überwunden.

Die Betroffenen weichen in der Selbstwahrnehmung, in ihrer Kontaktaufnahme und in ihren Beziehungen zu anderen von der Mehrzahl der Bevölkerung ab.

F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen

- Paranoid
- Dissozial
- Emotional instabil:
 - Impulsiver Typ





- Borderline Typ
- Anankastisch, narzisstische,...

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 01:44:52

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline - Typ

Eine emotional instabile Persönlichkeit mit stark und unberechenbar wechselnden, launenhaften Stimmungen und der Tendenz, diese Impulse ohne Rücksicht auf die Konsequenzen auszuagieren.

Typisch sind zudem ein gestörtes Selbstbild, innere Leere und die Selbstschädigung.
Häufigkeit: 2%, zunehmend

Ursache:

- Traumatisierung
- Bis 70% hat Missbrauchserfahrungen
- 60% hat körperliche Gewalterfahrungen
- 40% schwere Vernachlässigung
- Tiefenpsychologische Theorie
Frühstörung (18. – 36. Lebensmonat). Das „Ich“ ist unfähig, Gefühle oder Wahrnehmungen gegensätzlicher Qualität in sich zu vereinen, es gibt nur gut oder böse, nur schwarz oder weiß. Bei der Borderline-Störung bleibt dieser in der Kindheit phasenweise typische Mechanismus (Spaltung) bestehen. Daraus resultiert eine instabile Eigenwahrnehmung (Verhalten, Identität, ...)

Symp.:

- emotional instabil + mangelnde Impulskontrolle
- Häufige, unvorhersehbare Stimmungsschwankungen
- Tendenz zu Streitereien, Konflikten
- Wut-, Gewaltausbrüche
- Handeln ohne Rücksicht auf Konsequenzen
- gestörtes Selbstbild, innere Leere + Selbstschädigung
- Unbeständiges Selbstbild, unklare Ziele, unklare Präferenzen
- Intensive, aber unbeständige Beziehungen
- Übertriebene Bemühungen, das Verlassen werden zu vermeiden,
- Extremes, selbstschädigendes Verhalten, wahlloser Geschlechtsverkehr, Ladendiebstahl
- Selbstverletzendes Verhalten zur Spannungsabfuhr: Ritzen, Brandverletzungen durch Zigaretten

Komplikation:

- Emotionale Krisen
- Suizidgefahr
- Begleitend oft Drogenkonsum, Essstörungen, evtl. Depression oder Angststörungen





Ther.: DBT – Dialektisch behaviorale Therapie - wurde speziell zur Behandlung der Borderline–Störung entwickelt.
Ziel der Therapie ist ein Spannungsabbau ohne Selbstverletzung.

Paranoide Persönlichkeitsstörung, 2 – 3%

Erlebnisse werden meist als gegen die eigene Person gerichtet empfunden – „Alle arbeiten gegen mich“

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Antisoziales Verhalten kombiniert mit dem Fehlen eines Gewissens und der mangelnden Fähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen.

Anankastische/zwanghafte Persönlichkeitsstörung, 2%

Sparsame, extrem saubere, eigensinnige, unflexible und pedantische Menschen.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeit mit starkem theatralischem Geltungsbedürfnis, das sie mit allen Mitteln befriedigen wollen, wodurch eigentlich eine innere Leere bekämpft wird.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Erhöhte Kränkbarkeit mit Minderwertigkeitsgefühlen, die kompensiert werden durch pathologische Selbstbezogenheit
Erwartung, bevorzugt behandelt zu werden
Arrogant, überheblich
Erhöhtes Risiko für Suizidalität bei massiver Kränkung

Störungen der Sexualpräferenz

Fetischismus

Gebrauch toter Objekte als Stimuli für die sexuelle Erregung und Befriedigung (z.B. Gummi.-Kleidungsstücke oder bestimmtes Schuhwerk).

Fetischistischer Transvestitismus

Zur Erreichung sexueller Erregung wird Kleidung des anderen Geschlechts getragen

Exhibitionismus

Die wiederkehrende oder anhaltende Neigung, die eigenen Genitalien vor meist gegengeschlechtlichen Fremden in der Öffentlichkeit zu entblößen, ohne zu einem näheren Kontakt aufzufordern oder diesen zu wünschen.

Voyeurismus

Wiederkehrender oder anhaltender Drang, anderen Menschen bei sexuellen Aktivitäten oder intimen Tätigkeiten, z.B. Entkleiden, zuzusehen ohne Wissen der beobachteten Person.

Pädophilie





Sexuelle Präferenz für Kinder, Jungen oder Mädchen oder Kinder beiderlei Geschlechts, die sich meist in der Vorpubertät oder in einem frühen Stadium der Pubertät befinden.

Sadomasochismus

Es werden sexuelle Aktivitäten mit Zufügung von Schmerzen, Erniedrigung oder Fesseln bevorzugt. Wenn die betroffene Person diese Art der Stimulation erleidet, handelt es sich um Masochismus; wenn sie sie jemand anderem zufügt, um Sadismus. Oft empfindet die betroffene Person sowohl bei masochistischen als auch sadistischen Aktivitäten sexuelle Erregung.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit Diagnose und Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr.

F7 – Intelligenzminderung

Eine Intelligenzminderung bezeichnet eine verzögerte bzw. unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Menschen mit geistiger Behinderung haben oft eine Mehrfachbehinderung.

Die Ursachen sind meist idiopathisch (80%), sie können aber auch durch Infektionen (z. Bsp.: Röteln), Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, ...), während der Schwangerschaft, Sauerstoffmangel unter der Geburt, verursacht werden.

Eine durchschnittliche Intelligenz liegt zwischen einem IQ von 85 – 110.

Ein IQ von 70 – 85 wird als Lernbehinderung bezeichnet.

Der ICD-10 unterscheidet:

- **Leichte Intelligenzminderung IQ 50 - 69** (mentales Alter 9-12 Jahre bei Erwachsenen)
- **Mittelgradige Intelligenzminderung IQ 35 – 49** (mentales Alter 6-9 Jahre)
- **Schwere Intelligenzminderung IQ 20 - 34** (mentales Alter 3-6 Jahre)
- **Schwerste Intelligenzminderung IQ < 20** (mentales Alter <3 Jahre)

F8 - Entwicklungsstörungen

Hier unterscheidet man umschriebene Entwicklungsstörungen, (z.B. Verzögerungen der Sprachentwicklung, der motorischen Entwicklung oder unterschiedliche Schulschwierigkeiten wie Legasthenie) von verschiedenen Formen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, insbesondere verschiedenen Autismusformen. Entwicklungsstörungen beginnen meist im Kindesalter.

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- **Frühkindlicher Autismus/ Kanner-Syndrom**
- **Rett-Syndrom**



- 
- **Asperger-Syndrom**

Frühkindlicher Autismus/ Kanner-Syndrom

Das Kanner–Syndrom ist selten und betrifft häufiger Jungen. Es beginnt i.d.R. vor dem 30. Lebensmonat. Typisch sind erhebliche Kontakt-, Beziehungsdefizite und sozialer Rückzug mit Störungen der Kommunikation, wie auch ritualisierte, stereotype bis zwanghafte Verhaltensweisen und ausgeprägter Veränderungsangst. Andere Menschen sind oft „nicht existent“. Die Intelligenz ist niedrig, die Sprachentwicklung ist gestört. Die Kommunikation ist von klein auf gestört.

Zum Aufbau von positiven oder normalen Fertigkeiten wie Blickkontakt und Sprachbenutzung werden besonders häufig operante Methoden eingesetzt.

Rett-Syndrom

Vom Rett-Syndrom sind nur Mädchen betroffen. Die Erkrankung beginnt zwischen dem 7. Lebensmonat und dem 4. Lebensjahr.

Es kommt zum Entwicklungsstillstand und psychomotorischer Rückentwicklung, vorher erlernte Fähigkeiten gehen verloren. Die Kinder bleiben klein und haben autistische Züge, Stereotypen sind typisch. Die Betroffenen sind dauerhaft pflegebedürftig und versterben spätestens im 4. Lebensjahrzehnt.

Asperger-Syndrom

Das Asperger–Syndrom betrifft meist Jungen (9:1), es beginnt ab dem 2-3. Lebensjahr.

Die Betroffenen sind normal bis überdurchschnittlich intelligent.

Typisch ist eine sehr gute Sprachfähigkeit („Spricht, bevor es laufen lernt“), die kognitive Entwicklung ist i.d.R. nicht eingeschränkt, während sie motorisch eher ungeschickt sind. Die soziale Interaktion ist eingeschränkt, Mitmenschen stören, oft sprechen sie nicht mit anderen.

Auffällig sind Spezialinteressen und stereotype Aktivitäten.

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

Hyperkinetische Störung/ ADHS

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) betrifft häufiger Jungen.

Es beginnt i.d.R. im Alter von 1 - 5 Jahren.

Diagnostiziert wird die Störung bei etwa 3% aller Schulkinder.


Es tritt familiär gehäuft auf, auch Neurotransmitterstörungen (Dopamin, Noradrenalin) sind ein Thema, z.T. werden auch Nahrungsmittelallergien als Auslöser diskutiert.

Der Verlauf wird negativ beeinflusst z.B. durch zu viel Fernsehen, Computerspiele, Handykonsum.

Typische Symptome sind:

Aufmerksamkeitsstörung



- 
- Verlieren wichtiger Gegenstände
 - Leicht ablenkbar
 - Konzentration ↓, Ausdauer ↓
 - Flüchtigkeitsfehler

Impulsivität

- Impulsives Verhalten
- Stören Spiele, Gespräche anderer
- Geringe Frustrationstoleranz
- Stimmungsschwankungen
- Distanzlosigkeit
- Missachtung sozialer Regeln
- Dissoziale Tendenzen

Hyperaktivität

- Ständig auf dem Sprung
- Motorisch ungeschickt
- Unruhig, zappelig
- Unfallrisiko ↑

Die Kinder sind oft unbeliebt, entwickeln Lernstörungen und haben damit häufig Schwierigkeiten in der Schule.

Sie entwickeln dadurch oft ein gestörtes Selbstwertgefühl.

Bei ADHS-Patienten besteht ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Sucht.

Ther.:

- Oft medikamentöse Therapie mit Methylphenidat - Ritalin® (Btm).
Ritalin gehört zu den Stimulanzien, diese haben jedoch beim kindlichen Organismus paradoxe, dämpfende Wirkung. Die Kinder werden i.d.R. nicht abhängig.
- Verhaltenstherapie: Erlernen von Impulskontrollstrategien, Tagesstrukturierung,
- Familientherapie

Sonderform ADS – Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität („Träumer“)

Als komorbide Störung tritt ADHS auch bei Asperger (Möller S. 466) auf.

Bei erwachsenen ADHS Patienten finden sich gehäuft dissoziale Persönlichkeitsstörungen.

DD Hirnorganische Schäden

Elektiver Mutismus

Trotz normaler Sprachfähigkeit sprechen die Kinder in Gegenwart fremder Menschen meist nicht.

Die Störung beginnt meist vor dem 5. Lebensjahr und betrifft mehr Mädchen als Jungen.

Typisch ist eine ängstliche und scheue Persönlichkeitsstruktur des Kindes.





Psychiatrische Notfälle

Wichtige psychiatrische Notfälle sind:

- **Suizidalität**
- **Erregungszustände**
- **Akut psychotische Symptome – Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, bizarres Verhalten, ...**

Suizidalität

Def.: Gedanken, Fantasien, Planung und Vollzug von selbstschädigendem Verhalten mit Tötungsabsicht

Ein Suizid ist eine absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang.

Im Jahr 2009 gab es 9.616 Suizide (12,4/100.000 Einwohner).

Er ist eine der häufigsten Todesursachen (häufiger als Verkehrstote), auch bei jungen Erwachsenen. Männer wählen häufig „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen, sich vor ein Fahrzeug werfen.

Frauen versuchen eher mit „weichen“ Methoden wie mit einer Überdosis Tabletten sich zu töten. Die häufigste Suizidmethode in Deutschland ist das Erhängen.

Suizidversuche, d.h. die nicht erfolgreiche Selbsttötung, sind bei Frauen häufiger, während Selbsttötungen bei Männern doppelt so oft erfolgreich sind.

Als erweiterter Suizid oder Mitnahmesuizid wird bezeichnet, wenn andere Personen `mitgenommen` werden, ohne selbst mitzuentcheiden, z.B. Mutter tötet erst ihre Kinder und dann sich selbst.

Bei Suizidpakten treffen mehrere Personen freiwillig die Verabredung zum gemeinsamen Suizid.

Risikofaktoren Suizidalität

Man unterscheidet individuelle, gesellschaftliche und sonstige Risikofaktoren.

Individuelle

- Psychische Erkrankungen: Depression, Bipolare Störung, Schizophrenie, Sucht, Persönlichkeitsstörung
Psychische Krisen oder Krankheiten sind die häufigsten Ursachen eines Suizids.
- Chronische körperliche Erkrankung (Schmerzen!, etc.)
- Vereinsamung
- Belastende Lebensereignisse
- Suizid(versuch) im Umfeld, eigene Suizidversuche,

Gesellschaftliche

- Erziehungsstil
- Leistungsdruck





- Soziale Isolierung
- Mangel an lebenspositiven Werthaltungen
- Hohe Arbeitslosenquote, ...
- Enttabuisierter Suizid
- Imitation – Suizid in Presse, Film, ...

Sonstige

- Geschlecht: Verhältnis m:w – 2:1
- Alter: Höchste Suizidrate bei >80-jährigen
- Gestörter Neurotransmitterstoffwechsel, z.B. Serotoninmangel, ...

Schutzfaktoren können z.B. tragfähige familiäre oder religiöse Bindungen sein.

Präsuizidales Syndrom nach Ringel

- Zunehmende Einengung: Situation wird als aussichtslos wahrgenommen, die Folge ist sozialer Rückzug. „Ich komme morgens kaum noch aus dem Bett, wozu auch“, „Ich sitze den ganzen Tag zu Hause“, „Ich höre ja eh nur schlechte Nachrichten.“
- Aggressionsumkehr
- Suizidphantasien

Suizidale Krise

Nach dem Psychiater Pöldinger verlaufen suizidale Krisen in drei Stadien ab:

1. Erwägung

Der Suizid wird als Problemlösung, Ausweg erwogen.

Hier spielen psychodynamische Faktoren wie soziale Isolierung oder Aggressionshemmung bzw. Aggressionsumkehr eine Rolle, d.h. Aggressionen werden nicht nach außen getragen oder sogar gegen die eigene Person gerichtet.

Sonstige Faktoren sind Suizide in Umgebung, Presse, Film, ...

2. Ambivalenz

Diese Phase ist durch Ankündigungen gekennzeichnet (75% der Suizide werden vorher angekündigt). Sie können als Versuch der Kontaktaufnahme interpretiert werden.

Ein derartiger Hilferuf kann auch eine Ventilfunktion haben.

Die Ambivalenz bleibt oft bis zum Schluss erhalten.

3. Entschluss

Hier kommt es i.d.R. lediglich zu indirekten Ankündigungen, während der Suizid vorbereitet wird.

Diese Phase kann von der Umgebung als Besserung des psychischen Zustandes missverstanden werden, während es eher die „Ruhe vor dem Sturm“ ist.

Am Anfang der Suizidalität besteht oft der Wunsch nach Ruhe, Pause, Veränderung etc. Es kommen Äußerungen wie „Ich wollte, ich würde morgen nicht mehr wach“ (passiver Todeswunsch).

Mit der Zeit werden die Suizidgedanken konkreter, drängen sich mehr und mehr auf.

Diagnostik





Es ist wichtig, das Suizidrisiko aktiv zu hinterfragen, um einschätzen zu können, wie akut die Gefährdung ist. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen latenter Suizidgefahr und akuter Gefährdung.

Besonders vorherige Suizidversuche im letzten Jahr erhöhen das Risiko deutlich.

Fragen können sein:

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

„Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch unternommen?“

„Wie oft denken Sie an Selbsttötung?“

„Wie würden Sie es tun?“

„Haben Sie schon konkrete Vorbereitungen getroffen?“ usw.

Hat der Betroffene bereits konkrete Pläne, geht man von einer akuten suizidalen Krise aus, ebenso wenn bereits aktive Suizidvorbereitungen getroffen wurden.

Maßnahmen

Jede Suizidalität gehört behandelt. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen akuter und latenter Suizidalität, um die geeigneten Maßnahmen treffen zu können.

Akute Suizidalität

Hat ein psychisch Kranker bereits konkrete Pläne für einen Suizid oder gar schon Vorbereitungen getroffen, braucht der Betroffene Hilfe in einer psychiatrischen Klinik.

Der Heilpraktiker ist verpflichtet, sicher zu stellen, dass der Patient diese Hilfe auch bekommt. Ist der Betroffene selbst bereit, sich diese Hilfe im Krankenhaus zu holen, geht es für den Heilpraktiker im Wesentlichen darum zu gewährleisten, dass der Patient sicher dort ankommt. Dies kann bedeuten, dass eine Begleitung erforderlich ist.

Ist der Erkrankte nicht bereit, freiwillig in die Klinik zu gehen, ruft der Heilpraktiker das zuständige Ordnungsamt, bzw. die vom Ordnungsamt beauftragte Stelle an. In Köln ist dies die Feuerwehr - 112, mit der Angabe, dass es sich um einen psychiatrischen Notfall mit Selbstgefährdung handelt. Diese kommen dann und bringen den Patienten in eine psychiatrische Klinik.

Da die Zuständigkeiten von Kommune zu Kommune unterschiedlich geregelt sind, ist es wichtig, sich vor Ort über die Regelungen einer Unterbringung nach dem PsychKG zu erkundigen.

Bei einem aggressiven Patienten, d.h. einem psychiatrischen Notfall mit Fremdgefährdung, wird i.d.R. die Polizei gerufen.

Es erfolgt dann eine Zwangseinweisung nach dem PsychKG.

Ist der Patient in der Klinik, wird ein psychiatrisches Gutachten erstellt.

In NRW muss dann spätestens mit Ablauf des Folgetages eine Unterbringung vom Gericht beschlossen werden.

Die Krisenintervention bei latenter Suizidalität erfolgt i.d.R. ambulant von Psychotherapeuten oder auch Heilpraktikern mit entsprechender Vorbildung und Erfahrung.

Nicht-psychotische / psychogene Störungen – Min.: 02:29:57

<https://still-academy.lecturio.com/#/lecture/a/19130/4428/4525/5505>





Gesetzeskunde

Psychisch–Krankengesetz

Das PsychKG regelt Hilfen für Personen mit einer psychischen Erkrankung sowie die Unterbringung von Personen, die in Folge einer psychischen Erkrankung sich selbst oder andere gefährden sowie die Vorgehensweise und die Rechte eines Menschen bei Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung gegen seinen Willen.

Das PsychKG ist ein Ländergesetz, daher gibt es hier von Bundesland zu Bundesland leichte Unterschiede.

Für NRW gilt:

Zuständigkeit:

- Ordnungsamt, bzw. die vom Ordnungsamt beauftragte Stelle, in Köln die Feuerwehr – 112 (kommunal unterschiedliche Zuständigkeiten)

Voraussetzungen

- Akute Selbst- und Fremdgefährdung
- Psychisch krank
- Gefahr im Verzug
- Gefahr nicht anders abwendbar

Unterbringung in psychiatrischer Klinik:

- Gutachten von einem psychiatrisch vorgebildeten Arzt
- Mit Ablauf des Folgetages richterlicher Beschluss über eine Unterbringung nötig

Betreuungsgesetz

Bei Volljährigen mit geistiger, seelischer oder körperlicher Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, die nicht in der Lage sind, ihren täglichen Geschäften nachzugehen, kann auf Antrag vom Vormundschaftsgericht ein Betreuer für die jeweils benötigten Bereiche bestellt werden.

Der Antrag kann vom Betroffenen selbst gestellt werden oder von Amts wegen.

Jeder kann einen derartigen Antrag anregen, so auch der Heilpraktiker, wenn er feststellt, dass sein Patient nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu regeln. Es wird dann ein psychiatrisches Gutachten erstellt und vor Gericht erfolgt eine persönliche Anhörung des Betroffenen.

Das Gericht kann dann je nach Bedarf einen Betreuer bestellen für unterschiedliche Lebensbereiche, z.B.

- Gesundheitssorge, wenn der Betroffene aufgrund einer psychischen Erkrankung – trotz umfassender ärztlicher Aufklärung – nicht die Tragweite des Risikos eines operativen Eingriffs überblicken kann.
- Aufenthaltsbestimmung





- Vermögenssorge, etc.

Als gesetzlichen Betreuer können sowohl angehörige als auch fremde Menschen eingesetzt werden.

Unter Umständen wird auch ein Einwilligungsvorbehalt festgelegt, d.h. der Betroffene braucht für Willenserklärungen, den Abschluss von Verträgen, etc. die Einwilligung des Betreuers.

Liegt diese nicht vor, sind die getroffenen Vereinbarungen nichtig.

Dies erfolgt z.B. bei manischen Patienten bei Gefahr für deren Vermögen.

§174 STGB – Sexueller Missbrauch

Sexuelle Handlungen oder der entsprechende Versuch in Beratung, Behandlung oder Betreuung sind nach §174c STGB strafbar an Personen:

- Mit geistiger oder seelischer Erkrankung oder Behinderung
- Suchtkranken
- Patienten in psychotherapeutischer Behandlung