



DEUTSCHE
ÄRZTE-
VERSICHERUNG



Arolt · Reimer · Dilling

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie

6. Auflage

Neu: Jetzt
mit Glossar



Springer

Volker Arolt
Christian Reimer
Horst Dilling

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie

Unter Mitarbeit von Ursula Pauli-Pott, Dörte Stolle,
Rita Klar und Michael Klar

6., aktualisierte Auflage

Mit 63 Fallbeispielen und 13 Tabellen

Professor Dr. Volker Arolt

Direktor der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster
E-Mail: Arolt@mednet.uni-muenster.de

Professor Dr. Horst Dilling

em. Direktor der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Professor Dr. Christian Reimer

Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin
Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
E-Mail: Christian.Reimer@psycho.med.uni-giessen.de

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN-10 3-540-32672-3

ISBN-13 978-3-540-32672-4

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.**Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media**

springer.com

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 1990, 1995, 1997, 2001, 2004, 2007

Printed in Germany

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Rose-Marie Doyon, Heidelberg

Umschlaggestaltung & Design: deblik Berlin

SPIN 10988848

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH, Würzburg

Druck- und Bindearbeiten: Stürtz GmbH, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem Papier. 15/2117 rd – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Das Konzept für dieses Buch ist aus Vorlesungen entstanden und aus dem Bedürfnis, den Studierenden stichwortartig das Wichtigste des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie an die Hand zu geben. Das auf diese Weise hoch konzentrierte Wissen sollte aber auch mit Hilfe von Fallgeschichten plastisch und realitätsnah illustriert werden. Das Buch war von Anfang an als Ergänzung zu einem Lehrbuchtext angelegt. Es hat sich als Lehrbuch im Kellertaschenformat bewährt, nicht nur für Studierende der Medizin und Psychologie sondern auch für bereits ausgebildete Ärzte und Psychologen verschiedener Fachrichtungen und, nicht zuletzt, für Menschen in den Pflege- und Sozialberufen.

Das bisher erfolgreiche Konzept des Buchs wurde auch in der 6. Auflage beibehalten. Es wurden eine Reihe von Aktualisierungen vorgenommen, insbesondere ist ein Kapitel zur Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter mit einem entsprechenden Fallbeispiel hinzugekommen. Wiederum wurde großer Wert darauf gelegt, die aktuellen Frageninhalte des IMPP aus den Prüfungen der letzten Jahre zu berücksichtigen.

Wir würden uns freuen, wenn dieses für das Lernen und die praktische Arbeit geschaffene Buch auch weiterhin viele Freunde in den verschiedenen Berufsgruppen findet. Unser besonderer Dank gebührt erneut dem Springer-Verlag, insbesondere Frau Renate Scheddin und Frau Rose-Marie Doyon für die stets erfreuliche und effiziente Zusammenarbeit.

Münster/Gießen/Lübeck im Sommer 2006

Volker Arolt

Christian Reimer

Horst Dilling

Biographie



Volker Arolt

1954 in Arnsherg/Westf. geboren. Studium der Medizin und Soziologie, 1982 Promotion. Psychiatrische und psychotherapeutische Ausbildung in Hamburg und Lübeck. 1994 Habilitation, seit 1998 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster.

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Neuroplastizität und Immunologie bei affektiven Erkrankungen und schizophrenen Psychosen, psychische Störungen bei körperlich Kranken.



Christian Reimer

1943 in Königsberg/Pr. geboren. Medizinstudium, 1971 Promotion. Ausbildung zum Psychiater und Psychoanalytiker in Hamburg. 1983 Habilitation, 1984 Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Universität zu Lübeck. 1989 bis 1991 Extraordinarius für Psychotherapie und Psychohygiene an der Universität Basel. Seit 1992 Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Lebensqualität und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten; Ethische Fragen der Psychotherapie; Suizidalität und Krisenintervention.



Horst Dilling

1933 in Lübeck geboren. Medizinstudium und Promotion in Tübingen und München; als wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie und an der Nervenklinik in München. Psychoanalytische Ausbildung. Habilitation. Von 1978 bis 1999 Direktor der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck.

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Psychiatrische Epidemiologie und Versorgung, Diagnostik und Klassifikation. Seit 1995 Leitung des Lübecker WHO-Zentrums für Forschung und Bildung im Bereich der psychiatrischen Diagnostik.

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie:

Das neue Layout

Inhaltliche Struktur:

klare Gliederung
durch alle Kapitel

Leitsystem: Orientierung
über die Kapitel
und Anhang

**Verweise auf Fall-
beispiele:** Störungs-
bild wird in den
Fallbeispielen aus-
führlich beschrieben

2 Kapitel 5 · Missbrauch und Abhängigkeit

5.1 Allgemeiner Teil

Zahlreiche psychotrope Substanzen werden verwendet, um in missbräuchlicher oder abhängiger Weise Effekte hervorzurufen, die die Betroffenen gefährden oder schädigen. Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit stehen in Interaktion mit Persönlichkeit (Disposition und Entwicklung), Umwelt (Sozialfeld und Gesellschaft) und Droge (Angebot, Erreichbarkeit, Wirkung).

Der Terminus »Abhängigkeit« als körperliche und/oder psychische Abhängigkeit wird synonym mit »Sucht« verwendet. Der Begriff »süchtige Fehlhaltung« beinhaltet auch süchtige Verhaltensweisen (nicht stoffgebundene Süchte) wie Spielsucht etc.

Definitionen:

■ **Missbrauch** (schädlicher Gebrauch): Körperlicher und seelischer Schaden aufgrund des Gebrauchs in übermäßiger Menge oder (bei Medikamenten) in nicht zweckentsprechender Weise.

Diagnose »Missbrauch« nur, wenn nicht bereits Abhängigkeit vorliegt: Missbrauch als Vorstufe!

■ **Abhängigkeit:** Übermächtiges Verlangen nach Einnahme von Drogen oder Alkohol, überwertig gegenüber anderen, früher höher bewerteten Verhaltensweisen.

➤ Alkoholhalluzinose (F 10.52)

Paranoid-halluzinatorische Psychose, relativ selten; Auftreten während chronischen Trinkens, öfter nach Trinkexzessen; Vorherrschen akustischer Halluzinationen; syndromatisch alle Übergänge zu Delir und Schizophrenie möglich.

Dauer: Stunden bis maximal 6 Monate (bei längerer Dauer Zweifel an der Diagnose! Schizophrenie?).

Phasen nach Jellinek

(Symptome je nach Stadium der Abhängigkeit)

Präalkoholische Phase

- Spannungsreduktion durch Alkohol
- häufiges Trinken
- leichte Toleranzerhöhung

Exkurs: Wichtige
Zusatzinformationen

Navigation: Seitenzahl
und Kapitelnummer für die
schnelle Orientierung

3

5

5.1 · Allgemeiner Teil

Tab. 5.1. Formen des Alkoholismus nach Jellinek

Art des Alkoholismus	Versuch einer Typisierung	Abhängigkeit	Suchtkennzeichen
Alphatypus	Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker	episodenweise psychisch	kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken, Fähigkeit der Abstinenz
Betatypus	Gelegenheitstrinker (übermäßig, unregelmäßig)	keine, außer sozio-kulturelle	Kein Kontrollverlust; Organschäden möglich

Tabelle: klare
Übersicht der wich-
tigsten Fakten

Symptome:

- Sedierung oder Erregungszustände
- delirante Zustandsbilder
- sonstige produktiv-psychotische Syndrome
- Anfälle
- u. U. Bewusstseinsverlust, Koma

Entzugssyndrom

Auftreten bei Abhängigkeit. Rascher Entzug anzustreben!

Symptome:

- vegetativ: Schlafstörungen, Tremor, Schwitzen
- Unruhe, Angst, Depression
- Besserung durch Zufuhr des Suchtmittels

im Rahmen des Entzugssyndroms auch:

Fallbeispiele

Fallbeispiel 5.4

Anamnese: Die 42jährige Patientin, Frau H., wird von ihrem Verlobten wegen Angst- und Unruhezuständen in die stationäre Behandlung gebracht.

Befunde: Bei der Untersuchung ist Frau H. bewussteinssklar, voll orientiert; leichte Störung der Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit, dabei erregt, ängstlich; spricht ununterbrochen über ihre Befürchtungen,

Diagnose: Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50).

Therapie und Verlauf: Unter Behandlung mit Haloperidol kam es in der Klinik rasch zu einem Rückgang der Symptomatik; psychotherapeutische

➤ **Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50)**

Fallbeispiele:
schärfen den Blick
für die Klinik

E

Eifersuchtschwahn: Der Betroffene erlebt sich als vom Partner mit einer/m anderen als partnerschaftlich/sexuell betrogen.

Verweis auf Anhang A:
Übersicht über psychische
Störungen nach ICD-10

Glossar: erklären
wichtige Fachbegriffe

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

1	Einleitung	3
2	Psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation	7
2.1	Exemplarische Untersuchungssituationen	8
2.2	Kurzcharakteristik des Patienten	11
2.3	Anamnese	11
2.4	Befund	18
2.5	Beurteilung und Diagnose	20
2.6	Dokumentation	24
3	Psychopathologie	27
3.1	Bewusstsein/Vigilanz	29
3.2	Aufmerksamkeit und Gedächtnis	32
3.3	Orientierung	36
3.4	Wahrnehmung	37
3.5	Denken	39
3.6	Affektivität	45
3.7	Antrieb	47
3.8	Ich-Erleben	48
3.9	Intelligenz	49

Krankheitslehre

4	Körperlich begründbare psychische Störungen	53
4.1	Allgemeiner Teil	54
4.1.1	Exogene Psychosen	55
4.1.2	Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome	58

4.2	Spezieller Teil.	61
4.2.1	Alzheimersche Erkrankung.	62
4.2.2	Demenz bei zerebrovaskulärer Erkrankung (vaskuläre Demenz)	64
4.2.3	Morbus Pick	65
4.2.4	Chorea Huntington.	65
4.2.5	Morbus Parkinson (Paralysis agitans).	67
4.2.6	Morbus Wilson: hepatolentikuläre Degeneration (Westphal-Strümpel-Wilson).	68
4.2.7	Morbus Creutzfeldt-Jakob	68
4.2.8	Progressive Paralyse	69
4.2.9	Enzephalitiden (Enzephalomeningitiden)	70
4.2.10	Traumatische Hirnschädigungen	71
4.2.11	Anfallsleiden.	73
5	Missbrauch und Abhängigkeit.	85
5.1	Allgemeiner Teil	86
5.2	Spezieller Teil.	88
5.2.1	Alkoholismus (F 10).	88
5.2.2	Drogenabhängigkeit.	99
6	Schizophrene Psychosen	115
6.1	Allgemeiner Teil	116
6.1.1	Definition.	116
6.1.2	Historisches	116
6.2	Epidemiologie.	116
6.3	Ätiologie	117
6.4	Symptome (Einteilung nach Eugen Bleuler 1911 ¹)	119
6.5	Diagnose	121
6.6	Unterformen schizophrener Psychosen	122
6.7	Verlauf schizophrener Psychosen	125
6.8	Prognose	126
6.9	Therapie.	127
6.9.1	Somatotherapie.	127
6.9.2	Psychotherapie	129
6.9.3	Sozialtherapie/Rehabilitation	130

7	Affektive Erkrankungen	137
7.1	Allgemeiner Teil	138
7.2	Spezieller Teil	143
7.2.1	Depressive Episode (F 32, F 33)	143
7.2.2	Anhaltende depressive Störungen	148
7.2.3	Manie (manische Episode F 30)	150
7.2.4	Bipolare Störungen	153
7.2.5	Komorbidität bei affektiven Erkrankungen	156
8	Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen	163
8.1	Schizoaffektive Psychosen (F 25)	164
8.2	Sondergruppe: Zyklode Psychosen	165
8.3	Akute vorübergehende Psychosen (F 23)	166
8.4	Wahnentwicklungen (F 22)	167
9	Neurotische Störungen	175
9.1	Allgemeiner Teil	176
9.1.1	Allgemeine Neurosenlehre	177
9.2	Spezieller Teil	181
9.2.1	Neurotische Depression (Dysthymia F 34.1) (► Fallbeispiel 9.2)	181
9.2.2	Zwangsneurose (Zwangsstörung F 42) (► Fallbeispiel 9.3)	182
9.2.3	Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F 41) (► Fallbeispiel 9.1)	183
9.2.4	Phobien (Phobische Störung F 40)	184
9.2.5	Hysterische Neurose/Konversionsreaktion (Dissoziative Störung F 44) (► Fallbeispiel 9.4)	185
9.2.6	Hypochondrische Neurose (Hypochondrische Störung F 45.2)	186
9.2.7	Charakterneurose (nicht näher bezeichnete Störung F 48.9 und: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 60)	187
9.2.8	Neurotisches Depersonalisationssyndrom (Depersonalisations-/Derealisationssyndrom F 48.1)	188
10	Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)	193
10.1	Allgemeiner Teil	194
10.2	Spezieller Teil	194
10.2.1	Akute Belastungsreaktion (F 43.0)	194

10.2.2	Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)	195
10.2.3	Anpassungsstörungen (F 43.2)	195
11	Persönlichkeitsstörungen	
	(Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)	201
11.1	Allgemeiner Teil	202
11.2	Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60, F 34).	203
12	Psychosomatische Störungen	211
12.1	Allgemeine Psychosomatik.	212
12.2	Spezielle Psychosomatik	213
12.2.1	Essstörungen (F 50)	213
12.2.2	Nicht-organische Schlafstörungen (F 51)	216
12.2.3	Somatisierungsstörung (F 45.0)	219
12.2.4	Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)	220
12.2.5	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)	220
12.3	Spezielle Aspekte	220
12.3.1	Organische Krankheiten mit möglichem psychosozialem Hintergrund	220
12.3.2	Somatopsychische Störungen.	221
12.4	Therapiemöglichkeiten in der Psychosomatik.	222
12.5	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)	223
13	Sexualstörungen	227
13.1	Allgemeiner Teil	228
13.2	Ungestörte Sexualität	228
13.3	Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)	229
13.4	Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität	231
13.4.1	Homosexualität	231
13.4.2	Heterosexualität	232
13.4.3	Transsexualismus (Transsexualität) (F 64.0)	232
13.5	Sexuelle Abweichungen/Störungen der Sexualpräferenz (Deviationen, Perversionen, Paraphilie) (F 65)	233
14	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	
	des Erwachsenenalters	239
14.1	Definition	240
14.2	Epidemiologie	240
14.3	Ätiologie	240

14.4	Symptome	241
14.5	Diagnose	242
14.6	Unterformen	242
14.7	Verlauf und Prognose	242
14.8	Therapie	242
15	Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie	247
15.1	Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F 7)	250
15.2	Organisch bedingte psychische Störungen (F 78)	253
15.3	Störungen der Motorik und Psychomotorik (F 82)	254
15.4	Störungen des Sprechens und der Sprache (F 80)	256
15.5	Teilleistungsschwächen (F 81)	259
15.6	Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule	260
15.7	Psychosen im Kindes- und Jugendalter	261
15.8	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84)	264
15.9	Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter	266
15.10	Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F 93)	268
15.11	Störungen des Sozialverhaltens (F 91)	271

Therapie, Versorgung, Prävention

16	Somatische Behandlung	281
16.1	Psychopharmaka	282
16.1.1	Neuroleptika	283
16.1.2	Antidepressiva (Thymoleptika)	288
16.1.3	Lithiumsalze, Carbamazepin und Valproinsäure/Valproat.	293
16.1.4	Antiepileptika	296
16.1.5	Tranquilizer	296
16.1.6	Hypnotika	299
16.1.7	Psychostimulanzien	301
16.1.8	Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika)	302
16.2	Elektrokrampftherapie (EKT)	302
16.2.1	Sonstige Methoden	303

17	Psychotherapie	305
17.1	Definition	306
17.2	Diagnostik	306
17.2.1	Das ärztliche Gespräch	306
17.2.2	Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung)	307
17.3	Grundlagen	309
17.4	Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren	310
17.4.1	Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren	311
17.4.2	Entspannungsverfahren	316
17.4.3	Körperorientierte Verfahren	317
17.5	Psychotherapie in der Psychiatrie	319
17.6	Weiterbildung des Arztes in Psychotherapie	322
18	Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation	329
18.1	Soziotherapie	330
18.2	Versorgung	332
18.3	Rehabilitation	337
18.4	Psychiatrische Krankenpflege	338
	Literatur	344
19	Prävention	345

Besondere Bereiche

20	Suizidalität und Krisenintervention	351
20.1	Suizidalität	352
20.1.1	Definition	352
20.1.2	Epidemiologie	352
20.1.3	Ätiologie	354
20.1.4	Diagnostik, Differentialdiagnostik	355
20.1.5	Therapie	356
20.2	Krisenintervention	356
20.2.1	Definition der »Krise«	356
20.2.2	Allgemein	357

20.2.3	Ätiologie	357
20.2.4	Phasenablauf von Krisen	357
20.2.5	Therapie der Krise	357
20.2.6	Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität	360
21	Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie	365
22	Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie	371
22.1	Strafrecht (StGB)	374
22.2	Bürgerliches Recht (Zivilrecht)	379
22.3	Betreuungsrecht	381
22.4	Unterbringungsrecht	382
22.5	Sozialrecht	383
23	Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik. . .	393
23.1	Behandlung und Versorgung	394
23.2	Forschung	397
23.3	Psychiatrie und Gesellschaft	398
24	Historisches.	401
24.1	Antike	402
24.2	Mittelalter und Renaissance	402
24.3	17. und 18. Jahrhundert	403
24.4	19. Jahrhundert	403
24.5	20. Jahrhundert	405

Anhang

Anhang A: Übersicht über das Kapitel F (V) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10): Psychische Störungen	411
Anhang B: Auswahl psychologischer Testverfahren*	420

Anhang C: Weiterführende Literatur	429
Glossar	436
Sachverzeichnis	443

Allgemeiner Teil

- 1 Einleitung – 3
- 2 Psychiatrische und psychotherapeutisch/
psychosomatische Untersuchung und Befund-
dokumentation – 7
- 3 Psychopathologie – 27

1 Einleitung

Das Fach »Psychiatrie« wird manchmal fast als Fremdkörper im Studium der Medizin erlebt: Der nicht-naturwissenschaftliche Aspekt des Faches ist ungewohnt, die Begegnung mit dem psychisch Kranken verunsichert, die Sprache der Psychopathologie fügt sich nicht in die allgemeine medizinische Terminologie ein. Die zentrale Position des Fachs zwischen Natur- und Geisteswissenschaften leitet sich aus den Beziehungen zu vielen Nachbardisziplinen wie Psychologie, Soziologie, Philologie, Rechtswissenschaft, Theologie und Philosophie einerseits, Morphologie, Biochemie, Physiologie, Pharmakologie und Genetik andererseits ab.

Mit der Abfassung dieses Compendiums verfolgen wir zwei Ziele: Einerseits sollten – in Bezug auf den Inhalt – Grundlagen des Fachs, d. h. Standardwissen vermittelt werden, das der Allgemeinarzt beherrschen sollte, wenn er mit Patienten zu tun hat, die unter psychischen Erkrankungen leiden. Vergleichbar dem in der Allgemeinpraxis erforderlichen Wissen sollten auch die Kenntnisse des Arztes im Krankenhaus sein. Andererseits sollte – im Hinblick auf die dargestellten Inhalte – das recht umfangreiche Standardwissen stark strukturiert und im Stile eines guten Exzerpts präsentiert werden.

Viele der zahlreichen dargestellten Fakten, einschließlich des naturwissenschaftlichen Hintergrundes, können helfen, einiges zu »erklären«, dem der Student begegnet. Darüber hinaus gilt es aber in der Psychiatrie, einführend Zusammenhänge zu »verstehen«, einen Versuch zu machen, das Erleben des Patienten nachzuempfinden. Den notwendigen und fruchtbaren Gegensatz zwischen naturwissenschaftlich kausalem Erklären und psychologischem Verstehen, den Karl Jaspers für die Psychiatrie in seiner »Allgemeinen Psychopathologie« (1913) zuerst dargestellt hat, sollte man sich bei der Lektüre dieses Buches immer wieder vor Augen führen.

Zu diesem Standardwissen gehören auch Basiskenntnisse im Fach Psychosomatik und Psychotherapie, einem Gebiet, das mit der Neugliederung der medizinischen Fachgebiete (Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1992) eigenständige Bedeutung erlangt hat.

Um bei aller Knappheit dennoch Typisches zu veranschaulichen und differentialdiagnostische Erwägungen anzuregen, sind die meisten der speziellen Kapitel des zweiten Teils »Krankheitslehre« sowie das Kapitel im ersten Teil »Psychiatrische und psychosomatisch/psychotherapeutische Untersuchung und Befunddokumentation« jeweils durch eine Auswahl von Kasuistiken (eigener und auch einiger historischer Krankengeschichten aus der Literatur) ergänzt.

Wir gehen davon aus, dass Leser bereits psychiatrische/psychosomatische Vorlesungen und Seminare bzw. Kasuistiken besucht haben, auch mit der Möglichkeit, Patienten selbst zu untersuchen. Parallel zu diesen praktischen Erfahrungen, dem Lernen in der Klinik und der Lektüre umfangreicherer Lehrbücher soll unser Buch, das aus langjähriger Erfahrung im Unterricht entstand, eine Hilfe zu strukturierter Wissensaneignung und Rekapitulation sein. Der einem Vorlesungsskript entsprechende Charakter stichwortartiger Übersichten blieb dabei erhalten; der Anspruch eines umfangreicheren Lehrbuchs wird von uns also nicht angestrebt. Obwohl das Buch keine Prüfungsfragen oder didaktische Wiederholungsfragen enthält, ist dennoch das Wissen, das in Klausuren und im Staatsexamen verlangt wird, auf dem aktuellen Stand berücksichtigt.

Lernziele, die am Ende von Vorlesung, Kurs und Lektüre erreicht sein sollten:

- Vertrautwerden mit dem psychiatrischen Fachgebiet in seiner Dualität, als psychologischer Seite der Medizin, aber auch als biologisch-naturwissenschaftlichem Fach mit nahen Beziehungen zu den anderen neurowissenschaftlichen Fachgebieten sowie der inneren Medizin
- Beschäftigung mit den Begriffen des »psychisch Krankseins«, der »psychischen Störung« (Nomenklatur der ICD-10) bzw. – synonym dazu – der »psychischen Erkrankung« und dem Problem der Grenze zur »Normalität«
- Erlernen der psychiatrischen Terminologie, insbesondere der Psychopathologie, sowie der Beschreibung krankhafter seelischer Phänomene
- Einblick in die neurobiologischen Grundlagen psychischer Erkrankungen
- Erlernen und erste Erfahrungen mit der psychodynamischen und der lerntheoretischen Betrachtungsweise der Genese psychischer und psychosomatischer Störungen
- Kenntnis der wichtigsten Krankheitsbilder, auch in Bezug auf die verschiedenen Lebensalter
- Erkennen psychischer Störungen/Erkrankungen:
- diagnostisches Gespräch



- Niederlegung der Anamnese und des psychischen Befundes in der Krankengeschichte
- syndromatische Einordnung
- Versuch einer Diagnose, Gesamtbewertung der Befunde
- Aufstellen eines Therapieplans:
- Kenntnisse über Psychopharmakotherapie
- Indikation zur Psychotherapie und Grundkenntnisse der wichtigsten Formen der Psychotherapie
- Kenntnisse über die typischen Verlaufsformen und sozialen Konsequenzen psychischer Krankheit
- Kenntnisse über institutionelle Behandlungsmöglichkeiten, gegenwärtiges Versorgungssystem, sozialgesetzliche Zusammenhänge, Möglichkeiten der Rehabilitation
- Kenntnisse über die forensische Psychiatrie, einschließlich der Maßnahmen bei nichtfreiwilliger Behandlung
- Grundkenntnisse über die historische Entwicklung der Psychiatrie

2 Psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation

- 2.1 Exemplarische Untersuchungssituationen – 8**
- 2.2 Kurzcharakteristik des Patienten – 11**
- 2.3 Anamnese – 11**
- 2.4 Befund – 18**
- 2.5 Beurteilung und Diagnose – 20**
- 2.6 Dokumentation – 24**

2.1 Exemplarische Untersuchungssituationen

Zur Veranschaulichung unterschiedlicher Untersuchungssituationen werden zunächst modellhaft 3 Patienten vorgestellt:

Der motivierte Patient

Besuch in der Praxis des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten bzw. Aufnahme ins Krankenhaus, meist nach Voranmeldung und Terminvereinbarung für ein Gespräch.

Beispiel: 53jährige Patientin, vom Allgemeinarzt überwiesen; leidet seit 2 Jahren unter Kopfschmerzen und Schlafstörungen; in den letzten Monaten zunehmende Verstimmungen, Selbstunsicherheit, Versagensgefühle, Antriebslosigkeit. Aufgrund des hohen Leidensdrucks zur Behandlung motivierte Patientin.

Hinweise für die Untersuchung:

- günstige Ausgangssituation schaffen: dem Patienten bei der Begrüßung entgegengehen, Sitz anbieten; auf die richtige Distanz achten (günstig: über Eck zu sitzen, mit der Möglichkeit, sich anzusehen, ohne sich zu konfrontieren; kein großer, trennender Schreibtisch)
- für Ruhe während des Gesprächs sorgen: keine Telefonate, nicht sofort mit Notizen beginnen (besser vom Patienten hierfür Einverständnis einholen), Patienten wissen lassen, wieviel Zeit zur Verfügung steht (bei Erstinterview möglichst mindestens 30 min bis etwa 1 h)
- Ablauf des Interviews: nicht schematisch, aber gegliedert; Versuch, dem Patienten während der ersten Hälfte der Untersuchung die Auswahl und Reihenfolge des Gesprächsinhalts zu überlassen; meist Beginn mit gegenwärtigen Beschwerden. Im weiteren Gespräch ergänzende Fragen und Ansprechen bisher nicht erwähnter Bereiche
- Aufbau einer Gefühlsbeziehung zwischen Patient und Arzt: Verwenden von Umgangssprache, kein Fachjargon; Berücksichtigung der Verständnissfähigkeit und Bildungsstufe des Patienten; behutsame Steuerung bei weit-schweifig-umständlichen Patienten, verstärktes Fragen bei ruhigen und verschlossenen Patienten
- Abschluss des Gesprächs: keinesfalls abrupt; Zusammenfassung des Gesprächs (gewonnener Eindruck des Untersuchers vom Krankheitsbild des Patienten); keinesfalls schockierende Eröffnungen zum Ende des Ge-

sprächs ohne die Möglichkeit einer Besprechung; Andeutung weiterer Untersuchungsschritte (ggf. neue Terminabsprache) oder Schilderung eines möglichen Therapieplans; Empfehlungen zur Psychotherapie bzw. Verschreibung der Medikation

Der überwiegend abwehrende Patient

Kommt i. d. R. auf Fremdveranlassung hin (Angehörige, Freunde, Arbeitgeber) zur Untersuchung; Gespräch mit dem Patienten ist möglich, jedoch besteht keine Motivation, Hilfe anzunehmen.

Beispiel: 45jährige Patientin, psychiatrisches Konsil auf Veranlassung der Abteilung für Onkologie; Behandlung wegen Metastasen eines Mammakarzinoms; Lebermetastasen, Aszites; wiederholte Suizidäußerungen im Falle der Entlassung (»niemand kann mir helfen«). – Patientin im Gespräch gedrückter Stimmung, resigniert, leugnet Suizidabsichten.

Hinweise für die Untersuchung:

- Versuch, dem Patienten in wenigen Sätzen den Sinn der psychiatrischen Untersuchung zu vermitteln (keine Verschleierung der Identität des Untersuchers)
- kein abruptes Konfrontieren mit der psychiatrischen Symptomatik
- Versuch, den Leidensdruck des Patienten zu erfassen (alles aufnehmen, was vom Patienten kommt, Beachtung spontaner Äußerungen, Wahrnehmung von Fehlleistungen)
- ansonsten inhaltlich in vieler Hinsicht ähnlich dem Gespräch mit motivierten Patienten

Der psychisch schwerkranke Patient

Häufig Notfallaufnahmen von erregten, stuporösen, agitiert depressiven oder deliranten Patienten; Beobachtung und Untersuchung ohne Kooperation des Patienten; erste Informationen über Fremdanamnese.

Beispiel: 24jähriger Patient, Student der Philologie, wird von den Eltern mit Krankenwagen gebracht; Aufnahme in der Notfallambulanz. Nach Angaben der Eltern zunehmender Rückzug seit einigen Monaten; Verweigerung von Nahrung; sprach nicht mehr mit seiner Umgebung (bei Drängen der Eltern Auftreten von Aggressivität). Jetzt starr, reaktionslos, mutistisch; kein Gespräch möglich.

Hinweise für die Untersuchung:

- Verhalten des Untersuchers: ruhig, sicheres Auftreten; ausreichende räumliche Distanz zum Patienten
- Vorsicht vor unerwarteten aggressiven Reaktionen: Untersuchung evtl. in Gegenwart Dritter, potentielle Wurfgeschosse außer Reichweite, keine Papierscheren und Brieföffner auf dem Schreibtisch
- einfache Fragen, die den Patienten nicht bedrängen. Da von den Patienten i. d. R. wenig Informationen zu erhalten sind, gewinnen hier Fremdanamnese, Beobachtung und Prüfung der psychischen Elementarfunktionen (► Kap. 3: »Psychopathologie«) stärkere Bedeutung.

Die weitere Gliederung dieses Kapitels folgt der für die *Abfassung der Krankengeschichte* zu empfehlenden *Reihenfolge*:

Kurzcharakteristik des Patienten**Anamnese**

- Familienanamnese
- Lebensgeschichte des Patienten
- Primärpersönlichkeit
- somatische Anamnese
- psychiatrische Anamnese

Befund

- psychischer Befund
- somatischer Befund
- weitere Befunde

Beurteilung und Diagnose**Dokumentation**

- Krankengeschichte
- Arztbrief
- Basisdokumentation

2.2 Kurzcharakteristik des Patienten

Soziodemographische Kerndaten und Anlass der Behandlung

Beispiel: Der 43jährige, verheiratete Schreinermeister, Herr S., wird von seiner Hausärztin, Frau Dr. E., wegen seit 3 Monaten bestehender Depressionen und Suizidalität stationär eingewiesen.

2.3 Anamnese

Zur Erleichterung der Anamnesenerhebung bieten sich eine Reihe *praktischer Hilfsmittel* an.

Bei Anwendung des sog. *Anamnesenmosaiks* (■ Tab. 2.1) werden Daten und Fakten nicht fortlaufend mitgeschrieben, sondern stichpunktartig an bestimmten Stellen eines DIN-A4-Schreibbogens eingetragen.

Aus der Lokalisation der Notizen geht hervor, um welchen inhaltlichen Bereich es sich handelt. (Das Niederschreiben oder Diktat von Krankengeschichte oder Arztbrief sollte relativ bald nach Ausfüllen des Anamnesemosaiks erfolgen!).

Vorteile des Verfahrens: Visualisieren (»weiße Flecken« fallen auf); leichtere mnemotechnische Verankerung von Befunden im Gedächtnis; systematische Ordnung des Gehörten: stärkere Zuwendung zum Patienten während des Gesprächs.

Nachteile des Verfahrens: keine Dokumentation der Reihenfolge der Äußerungen; beschränkter Platz für Notizen; Verwendung von Kürzeln.

Ein weiteres Hilfsmittel bei der Anamnesenerhebung ist die sog. *Biographische Leiter* (■ Tab. 2.2), aus der die zeitliche Beziehung zwischen Lebensereignissen und dem Auftreten von körperlichen und psychischen Krankheiten hervorgeht.

Vorteile dieses Verfahrens: die gemeinsame Erarbeitung mit dem Patienten von vorher nicht bewusst gesehenen Zusammenhängen.

Hilfreich und sehr aufschlussreich können auch handgeschriebene »Notizen« des Patienten zur Biographie unter Einbeziehung von Erlebnissen und eindrucksvollen, u. U. sich wiederholenden Träumen sein. Ein rein formaler Lebenslauf sagt oft wenig aus. (Auch aufschlussreich: Aufbau, Gliederung, Handschrift, Schriftstil, Orthographie.)

Tab. 2.1. Anamnesenmosaik (aus: Dilling H, 1986, Nervenarzt 57, 374–377)

Datum der Untersuchung	Untersucher	Familienanamnese (psychiatrische Erkrankungen, Erbkrankheiten, Suizide, Sucht, psychische Belastungen, Kriminalität) Vater (Alter, Beruf) Mutter (Alter, Beruf) Elternehe (Dominanz, Rollenverhalten) Patient..... Geschwisterstelle von..... Kindern (als »Bruch«, z. B. 3/4) (Halb-, Stief-)Geschwister (Alter, Beruf, Familienstand, Kinder)
Name (Geburtsname), Vorname (Geschlecht)		
Geburtstag (Alter)	Geburtsort	
Wohnung (Telefon)	Zwilling	
Überwiesen von:	wegen:	
gegebenenfalls Bezugspersonen (Telefon, etc.)		Sexuelle Entwicklung (Stellenwert der Sexualität, Aufklärung, Pubertät, Onanie, Menarche, erster Geschlechtsverkehr, Gravidität, Konzeptionsverhütung, Interruptio, Menopause, sexuelle Befriedigung, Dysfunktion, Perversion, Inzest) Ehe , Partnerschaft (Alter, Beruf, Beginn der Bekanntschaft, Jahr der Heirat, Qualität der Ehe) Kinder /Stiefkinder/Adoptivkinder (Vorname, Alter, Ausbildung, Beruf, Legitimität) Sozialkontakte (Nachbarn, Freunde) Wohnen mit wem? wie? Wirtschaftliche Verhältnisse (Schulden) Kriminalität (Gefängnis, Bewährung)
Biographie		
Äußere	Innere	
Schwangerschaft	Erwünschtheit	
Geburt	frühkindliche Entwicklung	
Kindergarten	Primordialsymptome, Neurotizismen	
Schulen	Bezugspersonen, Erziehungsstil	
Studium/Lehre	Erleben von Zärtlichkeit	
Militär/Zivildienst	Pubertät, Geschlechtsrolle	
Berufswahl	Freunde, sekundäre Gruppen	
Beruf/Arbeit	Reaktionen auf Verluste/Kränkungen	
Arbeitslosigkeit	Umgang mit Besitz, Ehrgeiz, Ordnung Allgemeines Lebensgefühl Religiöse Bindung Hobbys, Interessen	
Prämorbidie Persönlichkeitseigenschaften		

■ **Tab. 2.1** (Fortsetzung)

Frühere somatische Erkrankungen (Krankenhaus, Unfälle, venerische Erkrankungen, Name des Hausarztes)	Jetzige Erkrankung , Beschwerden Beginn, Auslöser, Konflikte, Belastungen, (Medikamente)
Spezielle Vorgeschichte (Auslöser) Beginn (psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung, wo? wann? bei wem?)	Psychisch (Äußeres, Eindruck auf den Untersucher, psychopathologischer Befund, Abwehrmechanismen, Übertragung, Gegenübertragung)
Suizid versuche (-gedanken)	
Sucht /Missbrauch (Tabletten, Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen etc., Spiel)	
Diagnosen (Persönlichkeitsstruktur, psychiatrische Diagnosen evtl. mehrere Achsen, Suizidalität, somatische Diagnosen): Versuch der psychodynamischen Interpretation mit Darstellung des Zusammenhangs zwischen Biographie und Erkrankung und Einbeziehung von familiendynamischen Aspekten.	
Therapieplan	

Die Anamnesenerhebung sollte folgende Bereiche umfassen:

Familienanamnese

Zu erfragen sind:

- soziale und berufliche Situation
- Charakterisierung der Eltern und Geschwister, evtl. sonstiger Angehöriger, v. a. der Großeltern
- Familienklima
- Erbkrankheiten, psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen, Suizide, Suchtkrankheiten, Kriminalität, sonstige Besonderheiten

Bei Erhebung der Familienanamnese erweist sich der **Stammbaum** (■ Tab. 2.3) als hilfreich. Er vermittelt eine Übersicht über mehrere Generationen, insb. die Sozialgeschichte und u. U. auch Dynamik der Familie. Die Tabelle zeigt ein Beispiel für eine konfliktträchtige Familienkonstellation bei sehr unterschiedlichen Herkunftsfamilien.

Tab. 2.2. Biographische Leiter (nach Goldberg et al. 1987)

Alter	Jahr	Lebensereignis	Körperliche Krankheit	Psychische Krankheit
	1940	Geburt 10.9.40		
1	1			
2	2			
3	3			
4	4			
5	5	Schulbeginn		
6	6			
7	7			
8	8	Vater gestorben Mutter hat Freund	Abdominelle Schmerzen	
9	9			
10	1950		Appendektomie	
11	1			
12	2			
13	3			
14	4			
15	5	Schulabgang		
16	6			
17	7			
18	8			
19	9			
20	1960	erste Verlobung		
21	1	Trennung		Angstzustände
22	2	zweite Verlobung		(Medikamente)
23	3	Heirat		
24				

■ **Tab. 2.2.** (Fortsetzung)

Alter	Jahr	Lebensereignis	Körperliche Krankheit	Psychische Krankheit
25	5	Arbeit aufgegeben Tochter geboren		
26	6			
27	7		Hysterektomie	
28	8		(Menorrhagien)	
29	9			
30	1970			
31	1			
32	2			
33	3			
34	4			
35	5			
36	6			
37	7			
38	8			
39	9			
40	1980			
41	1			
42	2			
43	3	Tochter zur Universität		depressiv (Antidepressiva, vom Allgemeinarzt verordnet)
44	4			
45	5	Krankheit der Mutter		
46	6	Tod der Mutter 18.2.86		Beginn der jetzigen Erkrankung

■ Tab. 2.3. Stammbaum (nach Dührssen 1981)

Vater	Mutter	Vater	Mutter
75 Jahre	70 Jahre	67 Jahre	67 Jahre
pens. Offizier	Hausfrau	Schauspieler	Schauspielerin
Vater		Mutter	
50 Jahre		45 Jahre	
Arzt		ohne Beruf früher Tänzerinnenausbildung	
Patient			
25 Jahre			
Student, Kopfschmerzen			

Wichtig: Unterscheidung zwischen mütterlicher und väterlicher Familie, d. h. bei Erhebung der Familienanamnese nicht Großmutter, sondern Vatersmutter; nicht Großvater, sondern Vatersvater; nicht Onkel, sondern Vatersbruder usw.

Lebensgeschichte des Patienten

Hilfreich ist die Unterscheidung in äußere und innere Lebensgeschichte:

- Zur **äußeren Lebensgeschichte** sind, soweit möglich, konkrete Daten zu den folgenden Bereichen zu erfragen:
 - Geburtsort
 - Lebensraum in Kindheit und Jugend
 - Geschwisterstellung
 - Schwangerschafts- und Geburtsbesonderheiten
 - Kindergarten
 - Schulbesuch
 - Studium/Lehre
 - berufliche Entwicklung
 - Partnerschaft
 - Heirat
 - Kinder
 - wirtschaftliche Situation
 - Wohnverhältnisse

- Bei der **inneren Lebensgeschichte** stehen dagegen weniger die konkreten Daten im Vordergrund als mehr die beschreibende Schilderung folgender Bereiche:
 - frühkindliche Entwicklung, erste Erinnerungen, Neurotizismen in der Kindheit (Primordialsymptome), Bezugspersonen, Erziehungsstil der Eltern, Geschlechtsrolle etc., sexuelle Entwicklung
 - Ehe und Partnerschaften, Erleben der Sexualität, Kinder und deren Entwicklung, Sozialkontakte, Freunde
 - Religion und Weltanschauung
 - Freizeitaktivitäten, Hobbys, Steckenpferde, individuelle Interessen

Primärpersönlichkeit

Versuch, die prämorbid **Persönlichkeitseigenschaften** (himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt; pedantisch, niedergestimmt; hypochondrisch etc.), möglicherweise auch die **Persönlichkeitsstruktur** (schizoid, zwanghaft, depressiv, hysterisch sive histrionisch) aus den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen zu erschließen.

Somatische Anamnese

Erhebung früherer und gegenwärtiger Erkrankungen und Behandlungen, Abgrenzung funktioneller Störungen.

Psychiatrische/psychotherapeutisch psychosomatische Anamnese

Die spezifische Anamnese sollte mit folgenden Fragen die Vorgeschichte der gegenwärtigen Beschwerden (evtl. auch frühere psychiatrische/psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen) klären:

- Weshalb hier?
- Seit wann bestehen die Probleme oder Beschwerden?
- Klärung der Auslösesituation?
- Ist der Patient von sich aus gekommen oder auf ärztliche Überweisung hin (Empfehlung durch wen)?
- Gegenwärtige Behandlung mit vollständigen Angaben zur Medikation?
- Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung?
- Erleben der gegenwärtigen Krankheit?
- Einstellung zur Krankheit?
- Erwartungen an die Behandlung?

Nach dem Untersuchungsgespräch sollte der Untersucher viele inhaltliche Details kennen, er sollte aber auch als »diagnostischer Seismograph« aus seinen eigenen emotionalen Reaktionen im Gesprächsverlauf einen Einblick in das Beziehungsverhalten des Patienten gewonnen haben. Die »empathische Einfühlung« in den Patienten ermöglicht oft auch schon im diagnostischen Erstinterview (Argelander 1983) die Wahrnehmung der Übertragung beim Patienten und der Gegenübertragung beim Untersucher. Eine Möglichkeit, diesen wichtigen Aspekt der Arzt/Patientenbeziehung im Studium kennenzulernen, bieten die Anamnesengruppen, in denen die Studierenden gemeinsam mit erfahreneren Tutoren (älteren Studenten) unter ärztlicher Supervision Patienten »kennenlernen«.

2.4 Befund

Psychischer Befund

■ **Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache:**

- Kleidung und Schmuck, Frisur, Körperpflege (gepflegt/ungepflegt, verwahrlost, modisch/konventionell, ärmlich/protzig)
- Körpergeruch (oft spezifisch; Alkoholfahne?)
- Physiognomie, Hände und Fingernägel (abgekaute Nägel?)
- Zähne (bei vielen Suchtkranken ungepflegtes Gebiss)
- Gang (behindert oder frei?), Atmung
- besondere Eigentümlichkeiten?
- Gestik und Mimik (Tics, Dyskinesien, Verlegenheitsgesten?)
- Sprechverhalten (Stimmklang, fehlende oder übertriebene Modulation der Stimme, manierierte, kindliche Sprechweise, natürliche Stimmhöhe, gepresste Sprache etc.?)
- Sprechstörungen wie Stottern, Stammelnen, Poltern, nichtartikulierte Laute?
- Sprache (Niveau des Sprachverständnisses und Ausdrucksvermögens, Verbalisierung dem Bildungsstand entsprechend?), Sprachschwierigkeiten bei Ausländern berücksichtigen

■ **Bewusstsein und Vigilanz (► Kap. 3.1):**

Voraussetzung für

- Aufmerksamkeit
- Konzentration

- Merkfähigkeit
- Gedächtnis und Orientierung
- **Empfindung und Wahrnehmung** (► Kap. 3.4):
 - Missempfindungen
 - Illusionen
 - Halluzinationen etc.
- **Denken und Vorstellen** (► Kap. 3.5):
 - formale Denkstörungen
 - inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- und Zwangsvorstellungen
- **Affektivität** (► Kap. 3.6):
 - Depression
 - Euphorie etc.
- **Antrieb** (► Kap. 3.7):
 - Antriebsstörungen
 - psychomotorische Störungen etc.
- **Ich-Erleben** (► Kap. 3.8):
 - Ich-Störungen wie Entfremdungserlebnisse
 - Gedankenausbreitung, Gedankenentzug etc.
 - Autismus
- **Intelligenz** (► Kap. 3.9):
 - angeborene Intelligenzminderung
 - erworbene Intelligenzminderung
- **Sonstige Merkmale:**
 - Krankheitsgefühl (Empfindung des Schweregrades der Erkrankung)
 - Krankheitseinsicht (Akzeptanz der Krankheit und ihrer Behandlung, Bereitschaft zu Compliance, Arbeitsbündnis)
 - Leidensdruck (subjektives Erleben der Beeinträchtigung durch die Krankheit)
 - Krankheitsgewinn: primärer (z. B. trotz unangenehmer psychosomatischer Symptome Konfliktvermeidung) und sekundärer (z. B. äußere Zuwendung durch Angehörige, Rente etc.)
 - Simulation (Vortäuschung einer Krankheit)
 - Dissimulation (Vortäuschung von Gesundheit und Leugnung der Krankheit)
 - Selbstbeschädigung und Suizidalität

— Verhalten in der Untersuchungssituation:

- Kontaktaufnahme (freiwillig oder erzwungen; zuhause, in der Arztpraxis oder auf der Intensivstation; Hilfesuchverhalten oder Ablehnung)
- Reaktionsfähigkeit
- Wechselbeziehung zwischen Patient und Untersucher

Somatischer Befund

- körperliche, insb. internistische, neurologische, klinische Untersuchungsbefunde
- Laborergebnisse, Röntgen, EKG, EEG, CCT, Kernspintomographie, PET usw.

Weitere Befunde

Neben den klinisch-psychologischen Testfragen kann der psychopathologische Befund z. B. durch Einsatz bzw. Ergebnisse *psychologischer Testverfahren* untermauert werden (► Anhang B).

2.5 Beurteilung und Diagnose

Nicht sofort auf eine Diagnose zusteuern! Bei Beurteilung und Diagnose eines Falles sollte in folgender Reihenfolge vorgegangen werden:

- Feststellung des psychopathologischen Befundes (Querschnitt)
- Bildung von ätiologisch zunächst unspezifischen Symptomenkomplexen (psychiatrische Syndrome)
- Beschreibung der Syndrome nach psychopathologischen Kriterien wie Bewusstsein, Gedächtnis, Orientierung, Wahrnehmung, Denken, Stimmung
- Benennung der Syndrome nach meist kennzeichnenden und hervorstechenden Symptomen (■ Tab. 2.4)
- nach der Syndrombestimmung Versuch, die prämorbidie Persönlichkeit, den Krankheitsverlauf und ätiologisch relevante Befunde einzuschließen, d. h. Interpretation mit ätiologischen Vermutungen
- erst jetzt Versuch einer diagnostischen Beurteilung

Es ist zu differenzieren zwischen der umfangreichen diagnostischen Beurteilung im Sinne einer individuell vorgehenden, umfänglichen nosologischen Beschreibung unter Verwendung diagnostischer Termini einerseits und ande-

2.5 · Beurteilung und Diagnose

rerseits der Diagnosenstellung im Sinne einer oder mehrerer Störungen, die sich in einer Klassifikation finden.

Als Orientierungshilfe gilt die **klassische Einteilung** der psychiatrischen Diagnosen nach dem triadischen System:

- körperlich begründbare psychische Störungen (exogene Psychosen/organische Psychosyndrome)
 - endogene Psychosen (Schizophrenie und affektive Psychosen)
 - psychogene Störungen
- Hinzu kommen als viertes (tetradisches System):
- sog. »Spielarten des Normalen«: Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung (Kurt Schneider)¹

Zwischen diesen Gruppen sind viele Überschneidungen möglich (z. B. bei den Abhängigkeitserkrankungen).

Bei Vorliegen mehrerer Störungen (Mehrfachdiagnosen, Komorbidität) kann man nach der sog. **Schichtenregel** nach Jaspers vorgehen: Die schwerwiegendere Erkrankung bzw. die körperlich begründbare Störung hat Vorrang. Neuerdings bürgert sich ein, die aktuell im Vordergrund stehende Störung als Hauptdiagnose an den Anfang zu stellen.

Beispiel für **Komorbidität**: Die Hauptdiagnose besteht aus der Aktualdiagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom und der Basisdiagnose Schizophrenie. Bei dem Patienten kann ferner bspw. eine nicht direkt damit zusammenhängende psychiatrische Ergänzungsdiagnose (z. B. Persönlichkeitsstörung) gestellt werden sowie Zusatzdiagnosen (z. B. Ulcus duodeni; Selbstintoxikation mit Diazepam).

Aus wissenschaftlichen Gründen (Vergleichbarkeit) aber auch unter praktischen Gesichtspunkten, wurden **Klassifikations- bzw. Diagnosesysteme** entwickelt:

- die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte International Classification of Diseases (ICD); derzeit ist in Deutschland seit dem 1.1.2000 die 10. Revision (ICD-10) offiziell gültig. Diese 10. Revision ist international und national für alle Krankheiten verbindlich; das Kapitel F (V) psychische Störungen; neu gegenüber der ICD-9 die Einführung der operationalisierten, d. h. auf Kriterien basierenden Diagnostik; neben Symptomen (Merkmalen) auch Zeit- und Verlaufskriterien, Ein- und Ausschlussdiagnosen. Eine Übersicht des Kapitels »Psychische Störungen« ist zu finden unter ► Anhang C

¹ Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie, 14. Aufl. Thieme, Stuttgart

Tab. 2.4. Beispiele für psychiatrische Syndrome (Symptomenkomplexe)
nach D. von Zerssen

	Bewusst- sein	Gedächtnis	Orientierung	Wahrnehmung
Manisches Syndrom	klar	erhalten	erhalten	normal
Depressives Syndrom	klar	erhalten	erhalten	normal
Angstsyndrom	mitunter getrückt	erhalten	mitunter gestört	illusionäre Ver- kennungen
Paranoid- halluzinatorisches Syndrom	klar	erhalten	erhalten	akustische Hallu- zinationen
Hyperkinetisches Syndrom (Erregungs- zustand)	oft getrübt	oft Erinnerungs- lücke	oft gestört	Sinnestäu- schungen
Akinetisches Syndrom (Stupor)	klar	erhalten	erhalten	normal
Dämmerzustand	getrübt oder eingeengt	Erinnerungs- lücke	meist gestört	Sinnestäu- schungen
Delirantes Syndrom	getrübt	Erinnerungs- lücke	meist gestört	optische Halluzi- nationen
Amnestisches Syndrom (Korsakow)	(klar)	Merkschwäche, Erinnerungs- lücken, Konfa- bulationen	meist gestört	normal

Denken	Stimmung	Antriebslage	Vorkommen
Ideenflucht (Größenideen)	gehoben (heiter)	Erregung	Manie, organische Hirnerkrankungen (z. B. Paralyse), Vergiftungen, Schizophrenie
Denkhemmung, depressive Ideen	gedrückt	Hemmung	Depression, Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen
Verfolgungs-ideen	ängstlich	Erregung	Depression, Schizophrenie, symptomatische und senile Psychosen
Beeinträchtigungsideen	Misstrauisch, ängstlich, gespannt	oft Erregung	Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen, symptomatische und toxische Psychosen
oft gestört (Zerfahrenheit, Inkohärenz), gehoben	gehoben, ängstlich oder zornig	Erregung	Schizophrenie, symptomatische Psychosen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen
oft gehemmt	gleichgültig, gedrückt oder gespannt	Sperrung	Schizophrenie, Depression, psychogene Haftreaktion (Haftstupor)
Wahnideen	Gespannt, ängstlich, zornig	Erregung	Epilepsie, Hirnverletzungen, pathologischer Rausch, psychogene Reaktion
Wahnideen	meist ängstlich	Erregung	symptomatische Psychosen, Hirnverletzungen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen, Alkoholismus
normal	verschieden	oft Antriebsmangel	Alkoholismus, CO-Vergiftungen, organische Hirnerkrankungen, symptomatische Psychosen

- das von der American Psychiatric Association (APA) entwickelte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); derzeit gültig ist die 4. Fassung (DSM-IV); sie ist auf psychische Störungen begrenzt

Zu diesen Systemen gibt es eine Reihe von strukturierten oder standardisierten Interviews, sog. diagnostische Instrumente: Z. B. Composite International Diagnostic Interview – CIDI, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN, International Personality Disorder Examination – IPDE.

Vorteile: gleichmäßige Erfragung des gesamten Befundes, vollständige Befunddokumentation, da keine Frage vergessen wird.

Nachteile: wenig individualisiertes Vorgehen des Interviewers, auf das der Patient evtl. mit latenter Ablehnung reagiert; großer Zeitaufwand; Übersehen von ungewöhnlichen Befunden.

2.6 Dokumentation

Krankengeschichte

Die Krankengeschichte sollte entsprechend dem diesem Kapitel vorangestellten Überblick (► Box Kap. 2.1: »Kurzcharakteristik des Patienten«) gegliedert und durch Überschriften und Unterstreichungen auch optisch strukturiert sein.

Die Krankengeschichte ist der Versuch eines objektiven Berichts unter Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmungen des Untersuchers: anschaulich konkrete Darstellung, möglichst auch mit charakteristischen wörtlichen Zitaten, große Bedeutung auch von Details!

Die *Fremdanamnese* ist stets getrennt von den Angaben des Patienten zu dokumentieren! Wird im Rahmen der Anamnese auf Fremdanamnese Bezug genommen, so sollten neben dem Zeitpunkt des Gesprächs der Name des Referenten, möglichst mit Personalien (Adresse, Alter, Telefonnummer!), sowie die Dauer der Bekanntschaft des Referenten mit dem Patienten notiert werden.

Die Krankengeschichte schließt mit dem Behandlungsplan und evtl. den Rehabilitationsmaßnahmen. – Namen des Untersuchers nicht vergessen!

Psychiatrischer Arztbrief

Der weiterbehandelnde Arzt sollte den Arztbrief *vor* dem ersten Termin mit dem Patienten erhalten (nach Wochen oder Monaten eintreffende Arztbriefe haben nur noch für den Absender dokumentarische Bedeutung)!

Formal sollte der Arztbrief folgende Kriterien erfüllen:

- klare Gliederung
- weniger ausführlich als die Krankengeschichte: maximal ein Briefbogen
- der Inhalt dient dem Verständnis des Falles für die Weiterbehandlung, daher: möglichst keine Normalbefunde, eindeutige Diagnosen (ICD-Nummer), letzte bzw. empfohlene Medikation (Handelsnamen und Generika) und sonstige Behandlungsmaßnahmen
- vor Entlassung: Einverständnis des Patienten bezüglich Übersendung der Arztbriefe einholen und mit Namen der Ärzte dokumentieren!
- möglichst keine Mitteilung von intimen, vertraulichen Inhalten, vor allem keine Fakten über namentlich genannte Dritte (In der Praxis liest meist nicht nur der Arzt die Berichte! Trotz »Vertraulich«-Stempel werden Berichte oft weitergegeben: an Krankenkassen und Sozialämter etc., die zwar den Krankheitsbefund, nicht aber biographische, oft sehr persönliche Details benötigen, oder an die Patienten selbst, die die Berichte dann u. U. ohne Erklärung erhalten und missverstehen können.)

Basisdokumentation

Systematische Kurzdokumentation auf Vordrucken, enthält soziodemographische und diagnostische Charakterisierung von Patienten bei Behandlung in stationären oder ambulanten Institutionen: ICD-Diagnose, Überweisungsquelle, Weiterbehandlung, Suizidversuch vor oder während der Behandlung, berufliche Stellung, Wohnsituation u. a. (von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN empfohlene Merkmale).

Sinn der Basisdokumentation: Dokumentation der Versorgungsleistung der jeweiligen Einrichtungen und soziodemographische Charakterisierung der Patienten einer Institution; dient als Planungsgrundlage.

Man beachte die Auflagen des Datenschutzes: nur Weitergabe von aggregierten Daten!

3 Psychopathologie

3.1 Bewusstsein/Vigilanz – 29

- 3.1.1 Definition der Elementarfunktion – 29
- 3.1.2 Störungen der Elementarfunktion – 30

3.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis – 32

- 3.2.1 Definition der Elementarfunktion – 32
- 3.2.2 Störungen der Elementarfunktion – 33

3.3 Orientierung – 36

- 3.3.1 Definition der Elementarfunktion – 36
- 3.3.2 Störungen der Elementarfunktion – 36

3.4 Wahrnehmung – 37

- 3.4.1 Definition der Elementarfunktion – 37
- 3.4.2 Störungen der Elementarfunktion – 37

3.5 Denken – 40

- 3.5.1 Definition der Elementarfunktion – 40
- 3.5.2 Störungen der Elementarfunktion – 40

3.6 Affektivität – 45

- 3.6.1 Definition der Elementarfunktion – 45
- 3.6.2 Störungen der Elementarfunktion – 46

3.7 Antrieb – 47

- 3.7.1 Definition der Elementarfunktion – 47
- 3.7.2 Störungen der Elementarfunktion – 48

3.8 Ich-Erleben – 49

- 3.8.1 Definition der Elementarfunktion – 49
- 3.8.2 Störungen der Elementarfunktion – 49

3.9 Intelligenz – 50

- 3.9.1 Definition der Elementarfunktion – 50
- 3.9.2 Störungen der Elementarfunktion – 50

Die Psychopathologie ist die Lehre von den psychischen Phänomenen als Symptomen psychiatrischer Erkrankungen. – Psychopathologische Phänomene bestimmen also das klinische Erscheinungsbild psychischer Erkrankungen; es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass eine Gruppe von Symptomen zwar typisch für das Vorliegen einer Erkrankung sein mag, jedoch nicht spezifisch für die jeweilige Erkrankung ist. Ebenfalls muss in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden, dass die Ätiologie und Pathogenese vieler psychischer Erkrankungen (wie auch anderer Erkrankungen in der Medizin!) noch nicht aufgeklärt ist. Die geschulte klinische Beobachtung und die sorgfältige Anamneseerhebung sind, wie generell in der klinischen Medizin, von größter Bedeutung und können durch apparative Untersuchungen oder Laboranalysen ergänzt, aber nicht ersetzt werden.

Aufgabe der klinischen Psychopathologie ist die systematische Analyse und Dokumentation der beobachteten Symptome und Verhaltensweisen, primär im zeitlichen Querschnitt, aber auch im Verlauf.

Das Kapitel »Psychopathologie« ist nach Elementarfunktionen gegliedert: Den Beschreibungen dieser (ungestörten) Elementarfunktionen folgen jeweils die möglichen Störungen.

Elementarfunktionen und ihre Störungen:

Bewusstsein/Vigilanz

- Quantitative Bewusstseinsstörung
- Qualitative Bewusstseinsstörung

Aufmerksamkeit/Gedächtnis

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

Orientierung

- Orientierungsstörungen



Wahrnehmung

- Quantitative Wahrnehmungsstörungen
- Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Denken

- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen

Affektivität

- Affektive Störungen

Antrieb

- Antriebsstörungen
- Psychomotorische Störungen

Ich-Erleben

- Ich-Störungen

Intelligenz

- Angeborene Intelligenzminderung
- Erworbene Intelligenzminderung

3.1 Bewusstsein/Vigilanz

3.1.1 Definition der Elementarfunktion

Bewusstsein ist durch zwei unterschiedliche Aspekte gekennzeichnet:

- Bewusstsein als Vigilanz im Sinne der **Schlaf-Wach-Schaltung**, auch bei Tieren vorhanden
- **Reflektierendes Bewusstsein** als das unmittelbar auf die Person selbst bezogenes Wissen um geistige und seelische Zustände, d. h. Wissen um die Beziehung zwischen Bewusstseinsinhalt (Erleben, Erinnerung, Vorstellung, Denken) und dem Ich, dem etwas bewusst ist

Voraussetzung reflektierenden Bewusstseins ist **Vigilanz (Wachheit)**; nur dadurch sind Auffassen und Erkennen (in Verbindung mit dem persönlich-lebensgeschichtlichen Kontext) möglich; die Prüfung des reflektierenden Bewusstseins ist nur indirekt über Beobachtung der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merk- und Gedächtnisfähigkeit möglich

3.1.2 Störungen der Elementarfunktion

Störungen des Bewusstseins können quantitativer oder qualitativer Art sein – häufig sind sie eine Kombination beider.

Quantitative Bewusstseinsstörung/Vigilanzstörung, Bewusstseinsminderung

Definition: Durch Verminderung der Vigilanz bedingte Bewusstseinsstörung.

Vorkommen: Bei hirnorganischen Störungen, Intoxikationen, schweren Allgemeinerkrankungen. Leichtere Formen auch bei körperlicher Erschöpfung, schwerere Formen nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Stoffwechselstörung sowie während des Sterbens. Vigilanzstörungen sind immer Hinweis auf organische Ätiologie!

Formen:

■ **Benommenheit**

Definition: leichtester Grad von Vigilanzstörung

Erscheinungsbild: Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, Verlangsamung des Denkens

■ **Somnolenz**

Definition: abnorme (krankhafte) Schläfrigkeit

Erscheinungsbild: schläfrig-benommen, deutliche psychomotorische Verlangsamung, deutliche Störung der Aufmerksamkeit und Auffassung, fehlende Spontanäußerungen, aber weckbar! Oft anschließend weitgehende Amnesie!

■ **Sopor**

Definition: ausgeprägter Grad von Vigilanzstörung, Betäubung; Ausdruck wenig gebräuchlich.

Erscheinungsbild: Nur stärkere Reize lösen noch Reaktionen aus: bei Schmerzreizen geordnete Abwehrbewegungen. Für kurze Zeit weckbar!

■ **Koma**

Definition: Bewusstlosigkeit

Erscheinungsbild: Zustand tiefster, nicht zu unterbrechender Bewusstseinsstörung, d. h. nicht weckbar! Keine Reaktion auf Anrufen. Auf Schmerzreize evtl. unkoordinierte Abwehrbewegungen (Reflexverhalten je nach Tiefe des Komas unterschiedlich), u. U. fehlende Sehnen- und Hautreflexe

Qualitative Bewusstseinsstörung

Definition: Veränderung des Bewusstseins.

Formen:

■ **Bewusstseinstrübung**

Definition: Verwirrtheit von Denken und Handeln

Der Begriff »Bewusstseinstrübung« wird in der klinischen Medizin häufig weit gefasst und auf fast alle Störungen des Bewusstseins (mit Ausnahme vom Koma auch auf die quantitativen Störungen) angewandt. Auch wenn die Unterscheidung zwischen Bewusstseinstrübung und Benommenheit gelegentlich problematisch ist, sollte sie prinzipiell jedoch aufrechterhalten werden!

Erscheinungsbild:

- mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens in Bezug auf Ich und Umwelt
- Fehlen von Zusammenhängen zwischen einzelnen Vorgängen (zerstückeltes Bewusstsein)
- Verlangsamung sowie Inkohärenz und Verworrenheit des Denkens
- Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeitsstörung, oft gepaart mit Desorientierung

Vorkommen: delirantes Syndrom, amentielles Syndrom; z. B. bei zerebrovaskulären Erkrankungen, Hirntumoren, Intoxikationen

■ **Bewusstseineinengung**

Definition: (traumhafte) Veränderung des Bewusstseins im Sinne einer Verkleinerung des Bewusstseinsfeldes

Erscheinungsbild:

- Einengung von Denkinhalten und Vorstellungen, Erlebnissen und Handlungsweisen
- verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize: Aufmerksamkeit erscheint nach innen gerichtet

- Handlungsfähigkeit bleibt im Großen und Ganzen erhalten, es können sogar komplizierte Handlungen möglich sein
- gelegentlich mit illusionärer Verknennung oder Halluzinationen gepaart
- für den Zustand der Bewusstseins-einengung besteht anschließend in der Regel Amnesie

Vorkommen: Dämmerzustand bei Epilepsie, bei pathologischem Rausch, Hirntraumen, Intoxikation, Enzephalitis; gelegentlich unter hohem Affektdruck (z. B. Panik, Schock) bei sog. hysterischem Dämmerzustand; bei Somnambulismus im sog. besonnenen (geordneten, orientierten) Dämmerzustand zwar Einengung des Bewusstseins, aber äußerlich geordnetes Handeln, später Amnesie

Differentialdiagnose: **Oneiroid** (= traumhafte Verworrenheit; oneiros gr. Traum), Patient wirkt wie im Trancezustand. In der Regel zusätzlich illusionäre Verknennung und andere Sinnestäuschungen, evtl. auch wahnhafte Erlebnisse. Hier u. U. auch getrübtetes Bewusstsein. Literarisches Beispiel: Käthchen von Heilbronn (Heinrich v. Kleist)

■ **Bewusstseinsverschiebung/-erweiterung**

Definition: abnorme Helligkeit des Bewusstseinsfeldes

Erscheinungsbild: Veränderung gegenüber durchschnittlichem Tagesbewusstsein, Gefühl der Intensitäts- und Helligkeitssteigerung, Vergrößerung des Bewusstseinsraums, ungewöhnliche Wachheit. Diese Zustände können mit verkürzter Reaktionszeit, aber auch mit Einschränkung der Wahrnehmungs- und Koordinationsfähigkeit und Unruhe einhergehen.

Vorkommen:

- Intoxikation (insb. durch Psychostimulantien oder Halluzinogene)
- beginnende endogene Psychose, Manie
- Meditation, Ekstase

3.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis

3.2.1 Definition der Elementarfunktion

Die Aufmerksamkeit (das Ausrichten des Wahrnehmens, Vorstellens und Denkens auf bestimmte gegenwärtige oder erwartete Erlebnis-inhalte), Konzentration und Auffassung sind eng mit Merkfähigkeit und Gedächtnis verknüpft.

Diese Funktionen sind schwer isoliert zu prüfen! – Beachte die Bedeutung von Motivation und affektiver Beteiligung!

3.2.2 Störungen der Elementarfunktion

Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen

Definition: Unfähigkeit zur Ausrichtung, Sammlung und Hinordnung auf einen Gegenstand.

Erscheinungsbild: Störung der Fähigkeit, »bei der Sache« zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einem bestimmten Gegenstand zuzuwenden (dauerhaft fokussierte Aufmerksamkeit = Konzentration).

Vorkommen: Physiologische Müdigkeit, organisches Psychosyndrom.

Prüfung:

- *Aufmerksamkeit:* im klinischen Gespräch
- *Konzentration:* im klinischen Gespräch; besser: einfache Tests, z. B. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 (► Anhang B) oder den Patienten von der Zahl 100 immer jeweils 7 subtrahieren lassen (Merkfähigkeit und Rechenfähigkeit gehen mit ins Ergebnis ein)

Auffassungsstörungen

Definition: Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Auffassung kann falsch oder verlangsamt sein oder fehlen.

Erscheinungsbild: (Nicht wahnhafte) Fehldeutung von Wahrgenommenem, Schwerbesinnlichkeit (bei organisch Verlangsamten).

Vorkommen: Aphasie, exogene Psychosen.

Prüfung: Patient Fabeln oder kleine Geschichten nacherzählen lassen (Merkfähigkeit geht mit ein).

Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen

Definitionen:

- **Merkfähigkeitsstörungen:** Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 min zu merken und ins Gedächtnis einzuprägen. (Merkfähigkeit ist Voraussetzung für Gedächtnisfunktionen. Ein Teil des Gelernten wird in Minuten wieder gelöscht, ein Teil wandert in den Gedächtnisspeicher.) Prüfung der Merkfähigkeit durch Reproduktion aus dem Immediat- und dem Kurzzeitgedächtnis (Erklärung ► Box)
- **Gedächtnisstörungen:** Störung der Erinnerungsfähigkeit, Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, länger als ca. 10 min zurückliegende Eindrücke im Gedächtnis zu behalten bzw. abzurufen

Erscheinungsbild:

- **Amnesie:** (Erinnerungslosigkeit)
 - *total; lakunär:* bezogen auf Episoden körperlicher oder seelischer Störungen
 - *retrograd:* Erinnerungslosigkeit für die *vor* einem bestimmten Ereignis mit Bewusstlosigkeit liegende Zeit (z. B. Verkehrsunfall)
 - *anterograd:* Erinnerungslosigkeit für die *nach* einem Ereignis mit Bewusstlosigkeit liegende Zeit
- **Hypomnesie:** unterdurchschnittliches Gedächtnis
- **Hypermnésie:** übermäßiges Gedächtnis (z. B. auch manche Autisten)
- **Zeitgitterstörung:** mangelnde Zuordnung biographischer Ereignisse bei mnestisch gestörten Kranken
- **Konfabulation:** Erinnerungslücken werden mit Einfällen und Phantasien des Patienten aufgefüllt, die dieser für Erinnerungen hält (Patient ist von der Realität der Konfabulationen überzeugt)
- **Paramnesien:** Erinnerungstäuschungen bis Gedächtnisillusionen und -halluzinationen (Trugerinnerungen)
- **Deja-vu:** meist kurzdauerndes Gefühl der Bekanntheit, des bereits einmal Erlebten ohne Gedächtnisbelege hierfür (bei Psychosebeginn, bei Intoxikationen, in der epileptischen Aura, zu Beginn einer Dämmerattacke, bei Erschöpfung, im Traum; häufig auch bei Nichterkrankten als flüchtiges Erleben)
- **Jamais-vu:** Gefühl der Fremdheit in einer bestimmten Situation
- **Ekmnesie:** Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt; Störung von Zeiterleben und Zeitgitter (z. B. bei Demenz)

- *Transitorische globale Amnesie*: einige Stunden dauernde, meist einmalige, ätiologisch wohl vaskulär bedingte Episode von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, ferner von Unruhe und manchmal leichter Verwirrtheit. Häufiger Personen über 50 Jahre. Nach Remission bleibende Amnesie für diesen Zeitraum

Prüfung:

In Bezug auf die Funktionsprüfung sind zu unterscheiden:

- *Immediatgedächtnis (Ultrakurzzeit-, Arbeitsgedächtnis) (sec)*: Rezeption und sofortige Wiedergabe von z. B. 6 vorgesprochenen Zahlen (1 Zahl/sec) vorwärts/-4 Zahlen rückwärts (z. B. dem Patienten unbekannte, dem Interviewer dagegen vertraute Telefonnummern); Addition von 2stelligen Zahlen mit Zwischenergebnis
- *Kurzzeitgedächtnis (min)*: Prüfung der Behaltensleistung von Testwörtern (Segelschiff, Sonnenblume, Zimmermann, Kleiderschrank usw.), neugelernten Namen, zuvor gehörten Fabeln (► Beispiel unten) nach ca. 10 min
- *Langzeitgedächtnis*: hierzu zählen Erinnerung von früher Gelerntem (Schulwissen), biographischen Inhalten (Altgedächtnis) und von in den letzten Tagen/Wochen neu Gelerntem wie aktuelle Tagesereignisse, Mahlzeiten vom Vortag usw. (Neugedächtnis). Prüfung durch Abfragen entsprechender Gedächtnisinhalte

Beispiel einer Fabel zur Prüfung des Kurzzeitgedächtnisses:

- *Biene und Taube* (nach Kloos¹): Eine durstige Biene flog an einen Bach, um zu trinken; hierbei fiel sie ins Wasser. Das sah eine Taube, die am Ufer auf einem Baume saß. Sie brach mit dem Schnabel ein Blatt ab und warf es der Biene zu. Diese kletterte auf das schwimmende Blatt, trocknete an der Sonne ihre Flügel und flog davon. – Bald darauf sah die Biene, wie



¹ Kloos G (1965) Anleitung zur Intelligenzprüfung in der psychiatrischen Diagnostik. Gustav Fischer, Stuttgart

ein Jäger aus dem Hinterhalt seine Flinte auf die Taube anlegte. Da flog sie hinzu und stach den Jäger in die Hand, als er den Schuss auf die Taube abdrücken wollte. Der Jäger zuckte vor Schmerz, und der Schuss ging daneben. (Welche Eigenschaft hatte die Taube – die Biene? Lehre?)

3.3 Orientierung

3.3.1 Definition der Elementarfunktion

Fähigkeit, sich zu Zeit, Ort, Situation und auch bzgl. der eigenen Person zu rechtzufinden und die entsprechenden Angaben zu machen.

Voraussetzung: Keine beträchtliche Störung der Vigilanz, keine ausgeprägte Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörung!

3.3.2 Störungen der Elementarfunktion

Orientierungsstörung

Definition: Fehlende oder unzureichende Fähigkeit, sich aktuell zu Raum und Zeit und der eigenen Person zu äußern. Der Betroffene wirkt unsicher bis desorientiert.

Formen:

- *Zeitliche Orientierungsstörung:* Prüfung auf Tageszeit, Wochentag, Jahreszeit, Monat, Jahr und Datum (Datum wird oft auch von zeitlich Orientierten nicht genau gewusst!)
- *Örtliche Orientierungsstörung:* Patient weiß nicht, wo er ist. Voraussetzung für die Prüfung ist, dass der Patient die Möglichkeit zur Orientierung hatte (evtl. fehlend bei Krankenhausaufnahme auf unbekannte Station)
- *Situative Orientierungsstörung:* Patient hat keinen Überblick über die Situation, in der er sich befindet (z. B. Untersuchung). *Vorkommen:* bei Demenz; wahnhafte Fehlorientierung z. B. beim Delir
- *Orientierungsstörung zur Person:* Wissen um die eigene Person und persönliche lebensgeschichtliche Gegebenheiten sind gestört. Prüfung über Fragen nach Namen, Geburtstag, Beruf, Familienstand usw. *Divide* dementi-

3.4 · Wahrnehmung

elle vs. wahnhafte Störung: bei wahnhafter Störung u. U. doppelte Orientierung (Wahnwelt und Realwelt!). Extrem: das eigene Spiegelbild wird als fremder Mensch erlebt

Vorkommen: V. a. bei körperlich bedingten psychischen Störungen.

Merke: Störungsanfälligkeit der Orientierung in absteigender Reihenfolge: Zeit, Ort, Situation, Person. Orientierung zur Person also am robustesten. Bei z. B. situativer Desorientiertheit nahezu immer auch örtliche und zeitliche Desorientiertheit, jedoch nicht unbedingt zur Person.

3.4 Wahrnehmung

3.4.1 Definition der Elementarfunktion

Sinnliche Wahrnehmung von Objekten aufgrund von Erinnerungsbildern als Gestalt (Ganzheiten); zentripetaler oder rezeptorischer Bereich.

Voraussetzung: Ausreichende Funktion der Sinnesorgane.

3.4.2 Störungen der Elementarfunktion

Quantitative Wahrnehmungsstörungen

Definition: Falsche Wahrnehmungen meist im Sinne von lückenhafter oder verminderter Wahrnehmung.

Erscheinungsbild: Ausweitung und Beschleunigung, Fragmentierung oder Einengung sowie Fehlen der Wahrnehmung aufgrund von Aufmerksamkeits-, Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen.

Vorkommen: Körperlich bedingte psychische Störungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, visueller Hemineglect (optischer Ausfall einer Seite).

Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Definition: Veränderte Wahrnehmungen bei verändertem Realitätserleben oder Wahrnehmungserleben ohne entsprechende Sinnesreize.

Formen:**■ Illusionen**

Definition: verfälschte wirkliche Wahrnehmungen; etwas wirklich gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten, als es tatsächlich ist. Z. B. psychotische Personenverkennung (Capgras Syndrom: eine dem Patienten bekannte Person wird für deren Doppelgänger gehalten)

Affektillusion: Verkennung in Folge des vorherrschenden Affektes (z. B. Angst). Literarisches Beispiel: Goethes Ballade vom Erlkönig

Differentialdiagnose: im Gegensatz zur Halluzination ist bei der illusionären Verkennung der Wahrnehmungsgegenstand tatsächlich vorhanden. Im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung, wo der Gegenstand richtig erkannt, ihm jedoch eine abnorme Bedeutung beigemessen wird, hier Verkennung des Gegenstandes

■ Halluzinationen

Definition: Trugwahrnehmungen, d. h. Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Sinnesreiz, die für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. Realitätsgewissheit (Störung bzw. Aufhebung des Realitätsurteils!). Erklärungswahn im Zusammenhang mit Halluzinationen. – Halluzinationen sind auf sämtlichen Sinnesgebieten möglich, so im Bereich des Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, des Tastsinns, aber auch im Bereich von Temperatursinn und Schmerz sowie des Bewegungsgefühls (kinästhetische Halluzinationen):

- *Akustische Halluzinationen:* Stimmenhören (grenzwertig als Gedankenlautwerden); sonstige elementare, unausgeformte (nonverbale) halluzinierte Geräusche (Akoasmen). Wichtig zu unterscheiden, ob Stimmen den Patienten direkt ansprechen (z. B. imperativ) oder (kommentierend) die Handlungen des Patienten begleiten, oder ob sie als Rede und Gegenrede von Drittpersonen empfunden werden (dialogische Stimmen). Halluzinationen sind manchmal aus der Mimik des Kranken zu vermuten (Blick in Richtung der Stimmen!). Zwischen Stimmenhören, Gedankenlautwerden und Gedankeneingebung (siehe Ich-Störungen!) ist gelegentlich schwer zu unterscheiden. Vorkommen: Schizophrenie, Alkoholhalluzinose
- *Optische Halluzinationen:* szenische Halluzinationen oder Wahrnehmung kleiner Gegenstände, Figuren, Tiere (»weiße Mäuse«). (Divide hypnagoge Halluzinationen: optische Sensationen beim Aufwachen oder Einschlafen.) Vorkommen: Alkoholdelir

- *Olfaktorische und Geschmackshalluzinationen*: treten häufig gemeinsam auf oder gehen phänomenologisch ineinander über. Vorkommen: häufig während der epileptischen Aura; zuweilen auch Initialsymptom einer Schizophrenie
- *Haptische (taktile) Halluzinationen*: Wahrnehmung im Bereich der Haut oder Schleimhaut. Vorkommen: Dermatozoenwahn, Delir, Koka-inpsychose
- *Leibhalluzinationen*: leibliche Beeinflussungserlebnisse von außen durch Hypnose, Apparate oder Strahlung; Charakter des »Gemachten«, z. B. Veränderungen an den Sexualorganen, elektrisches Ziehen, Druckgefühle etc. Dazugehörig auch taktile (des Tastsinns) und haptische (der Körperoberfläche) Halluzinationen, sofern sie von außen »gemacht« sind. Vorkommen: Schizophrenie
- *Zönästhesien*: abstruse leibliche Empfindungen eigenartige Körpergefühlstörungen unterschiedlichster Qualität ohne den Charakter des Gemachten, z. B. Ringgefühle, Brennen, Bohren, Verfaulen, Levitation etc. Vorkommen: zönästhetische Schizophrenie, auch gelegentlich bei Depressionen
- *Pseudohalluzinationen* entsprechen Halluzinationen mit dem Unterschied, dass das Realitätsurteil erhalten ist, Auftreten unabhängig vom Willen
- **Sonstige Wahrnehmungsstörungen**
 - (nicht halluzinatorische) Leibgefühlsstörungen
 - Dysästhesien: veränderte unangenehme Wahrnehmungen auf der Körperoberfläche, etwa bei Berührung
 - pareidolie: ähnlich der Illusion, jedoch nicht vom Affekt getragen
 - Makropsie, Mikropsie, Metamorphopsie; auch u. U. Hypakusis und Verschwommensehen als einfache Wahrnehmungsveränderungen (z. B. bei neurotischen Störungen, aber auch bei Überforderung)

3.5 Denken

3.5.1 Definition der Elementarfunktion

Zentrale Ich-Funktion im Zusammenhang mit Vorstellen und Urteilen. Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrneh-

mungen, Assoziationen und Denkzielen und setzt die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraus.

3

3.5.2 Störungen der Elementarfunktion

Störungen des Denkens sind in Bezug auf formalen Denkvorgang (formale Denkstörung) und auf Gedankeninhalt (Wahn, Zwang) möglich.

Formale Denkstörungen

Definition: Es handelt sich um subjektive und objektive Veränderungen und Abwandlungen des normalen Denkvorgangs. Bedeutungsveränderungen und unlogisches Denken werden als vorwiegend formal gestört angesehen, obwohl hier auch eine Störung des Denkinhalts vorliegt.

Formen:

- *Hemmung des Denkens:* subjektiv empfundene Erschwerung des Denkablaufs hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung, die auch bei offensichtlichem Bemühen des Patienten nicht behoben werden kann; Einengung, Mangel an Einfällen
- *Verlangsamung:* objektiv wahrgenommene Verzögerung des Denkablaufs; Gedankengang ist mühsam und schleppend. (Gegenteil: Beschleunigung)
- *Perseveration*
 - *inhaltlich:* Haften, an einem Thema »kleben«. Eingengter Gedankengang, da Umstellung auf neue Denkziele kaum möglich
 - *verbal:* Verbigeration
- *Umständlichkeit:* mangelnde Abstraktionsfähigkeit; keine Trennung von Wesentlichem und Nebensächlichem. Der Patient verliert sich in Einzelheiten, ohne jedoch vom Ziel gänzlich abzukommen (weitschweifig!)
- *Vorbeireden (Danebenreden):* trotz Verständnis der Frage (aus Antwort und/oder Situation ersichtlich) nicht beabsichtigtes (!) an der gestellten Frage »Vorbeantworten«
- *Sperrung des Denkens/Gedankenabreißen:* plötzlicher Abbruch eines zunächst flüssigen Gedankenganges, zuweilen mitten im Satz, ohne erkennbaren Grund; u. U. Themawechsel; Sperrung »subjektiv« erlebt – Gedankenabreißen »objektiv« beobachtet

- **Begriffsverschiebung**
 - **Konkretismus:** Begriffe können nur noch wörtlich, nicht im übertragenen Sinne verstanden und eingesetzt werden (Prüfung z. B. durch Sprichwörter: »Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.«)
 - **Symboldenken:** Begriffe werden nur im übertragenen (metaphorischen) Sinne verstanden; Denken in Symbolen, die für Erlebniskomplexe stehen, nicht in abstrakten Begriffen
- **Begriffszerfall:** Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen
- **Kontamination:** Unterschiedliche, z. T. logisch unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt. Das äußert sich sprachlich u. a. in Wortneubildungen
- **Neologismus/Wortneubildung:** Vorkommen: z. B. im Traum, oft bei Schizophrenie (Sonderform Schizophrenie; auch im Residuum) Beispiel: Angst steigt dem Kranken »wie eine Wolke in die Stirn. Sie auffümt zur Bastur.«
- **Zerfahrenheit:** zusammenhangsloses und alogisches Denken; dissoziierter Gedankengang. Bei guter Kenntnis des Patienten ist der »tiefere Sinn« zerfahrener Äußerungen oft verstehbar (Ähnlichkeit mit primär-prozesshaftem Denken im Traum). Im Extremfall bruchstückhafte, beziehungslose Sprache, unzusammenhängende Wörter oder Wortreste (»Wortsalat«)
- **Inkohärenz:** zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger qualitativer Bewusstseinsstörung (exogene Psychosen vom amentuellen Typ). Das Denken absolut zusammenhangslos, d. h. die einzelnen Bruchstücke ohne Beziehung zueinander
- **Ideenflüchtiges/sprunghaftes Denken:** Unmöglichkeit, etwas längeren Gedankengang zu Ende zu führen, da ständig neue Assoziationen und Einfälle auftauchen. Das Denken wird nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt. Patient gerät »vom Hundertsten ins Tausendste«. Gesamtzusammenhang gelockert, bleibt jedoch verständlich; leichte Ablenkbarkeit durch Außenreize
- **Logorrhoe:** unkontrollierter Redefluss (Cave: abwertende Verwendung dieses Begriffs!)
- **Gedankendrängen:** übermäßiger Druck vieler Einfälle oder auch ständig wiederkehrender Gedanken

Inhaltliche Denkstörung

Definition: Störung der Inhalte des Denkens, stets im Zusammenhang mit Störung des Realitätsurteils: Der Sinn für die unmittelbar gegebene Wirklich-

keit (Realitätssinn) ist beeinträchtigt, wenn auch nicht unbedingt aufgehoben; Merkmal des Wahns ist darüber hinaus jedoch auch die aufgehobene Fähigkeit zur Realitätskontrolle!

3

Formen:**■ Wahn**

Definition: aus krankhafter Ursache entstehende, (im Sinne der Umwelt) irri- ge, gegenwärtig nicht korrigierbare Überzeugung von unmittelbarer Gewissheit, meist im Sinne der Eigenbeziehung. Obwohl Widerspruch zur Realität, dennoch unmittelbare persönliche Evidenz (Wahngewissheit); kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung (aufgehobener Realitätssinn, aufgehobene Realitätsprüfung!)

- *Wahngedanken, -ideen und -vorstellungen* (synonym verwendet) gehören der Vorstellungswelt des Kranken an
- *Bei der Wahnwahrnehmung* wird einer realen Sinneswahrnehmung abnorme Bedeutung beigemessen (zweigliedrig). Beispiel: »Ein Hund erhob die linke Pfote, als ich mein Haus betrat. Damit warnte er mich vor der im Aufzug drohenden Gefahr.«
- *Wahneinfall:* plötzliche intuitive Gewissheit im Sinne eines Wahngedanken ohne äußeren Anlass (eingliedrig). Beispiel: einer Kranken fällt ein, dass sie die wiedererstandene heilige Jungfrau von Orleans sei

Der Wahn im zeitlichen Verlauf:

- *Wahnstimmung:* einleitende, unbestimmte Wahnstimmung mit Unheimlichkeit, Ratlosigkeit, Misstrauen. Wahnwahrnehmungen oder -vorstellungen sind noch unbestimmt
- *Manifester Wahn/Wahngewissheit:* entwickelt sich aus der Wahnspannung. Über sog. *Wahnarbeit* Ausgestaltung einzelner Wahnerlebnisse zu einem zusammenhängenden *Wahnsystem* möglich
- *Residualwahn:* nach Abklingen einer akuten Manifestation weiter bestehender Wahn im Sinne eines Restwahns

Wahn entsteht häufig in Verbindung mit Störungen der Affektivität als *synthemer* (kongruenter) Wahn z. B. als Verarmungs- oder Schuldwahn bei Depressionen. Tritt statt des zur Stimmung passenden Inhalts ein inadäquater, womöglich entgegengesetzter, so spricht man von *parathymem* (inkongruentem) Wahn.

Durch eine intensive *Wahndynamik* (Beteiligung der Affekte, des Antriebs, des inneren Interesses am Wahn) kann es zu Suizid(-versuch)

oder auffälligen Verhaltensweisen (evtl. Schutz- und Hilfesuche bei der Polizei) kommen, um dem wahnhaft befürchteten Schicksal zu entgehen
Wahnthemen/-inhalte:

- *Beziehungswahn*: abnormes Bedeutungsbewusstsein, wahnhafte Eigenbeziehung. Patient ist davon überzeugt, dass bestimmte Ereignisse in seiner Umgebung nur seinetwegen geschehen bzw. dass ihm damit etwas bedeutet werden soll
- *Beeinträchtigungswahn*: Patient sieht Ereignisse nicht nur auf sich bezogen, sondern auch gegen sich gerichtet
- *Kontrollwahn*: Gefühl von Überwachung und allgegenwärtiger Kontrolle durch bestimmte Menschen, Institutionen, Organisationen (wie Beeinträchtigungswahn nach ICD-10, typisch für Schizophrenie)
- *Verfolgungswahn*: Steigerung des Beeinträchtigungswahns. Harmlose Ereignisse in der Umgebung werden als Anzeichen der Bedrohung und Verfolgung empfunden. Häufigster Wahn!
- *Querulantenwahn*: Aus einer oft tatsächlich erfolgten Kränkung und der zunächst überwertigen Idee, dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen zu können, entwickelt sich der Querulantenwahn. Er ist gekennzeichnet durch einen absolut uneinsichtigen, selbstgerechten Kampf ums Recht, der sich allmählich vom ursprünglichen Gegner auf die ganze Gesellschaft ausweitet (klassisches Literaturbeispiel eines Rechtsparanoikers: »Michael Kohlhaas« von Heinrich v. Kleist)
- *Eifersuchtswahn*: Wahn, vom Liebespartner hintergangen zu werden. Mögliche Aggressionen richten sich oft vornehmlich auf den Partner, weniger auf den Nebenbuhler
- *Größenwahn*: expansives Erleben mit wahnhafter Selbstüberschätzung bis zu enormer Selbsterhöhung; Vorstellungen von ungeheurer Macht, revolutionärer Weltverbesserung und umwälzenden Erfindungen. Zum Größenwahn zählen der »Wahn hoher Abstammung«, »Erfinderwahn«, »religiöser Wahn« (z. B. der auferstandene Christus zu sein)
- *Schuldwahn*: Patient wähnt, gegen Gott, höhere sittliche Instanzen oder Gesetze verstoßen bzw. Vertrauen missbraucht zu haben
- *Verarmungswahn*: Wahn, über die zur Lebensführung notwendigen finanziellen Mittel nicht mehr zu verfügen
- *nihilistischer Wahn* (*Cotard-Syndrom* »*délire des négations*«, ins Wahnhafte gesteigerter Nihilismus): Überzeugtheit von der Nichtexistenz oder Verneinung der Existenz, des Körpers, der Welt

- *körperdysmorpher Wahn*: unkorrigierbare, falsche Überzeugung katastrophaler körperlicher Fehlgestaltung, oft bezüglich Bagatellauffälligkeiten: z. B. schiefe oder krumme Nase, zu kleiner oder zu großer Kopf
- *Symbiontischer Wahn/Folie-à-deux*: Ein dem primär Erkrankten Nahestehender partizipiert an dessen Wahnerleben: Induzent und Induzierter entwickeln einen gemeinsamen Wahn (häufige Thematik: Verfolgungswahn)

■ Überwertige Ideen

Definition: Nichtwahnhafte, realitätsbezogenere, aber inhaltlich als Komplex fest miteinander verbundene Gedanken, die in unangemessener Weise die Person beherrschen; der Realitätssinn ist bezüglich der Thematik aufgehoben, die Möglichkeit und vor allem Bereitschaft zur Realitätsprüfung erheblich gemindert. Kernmerkmal des Fanatismus.

Bei den folgenden Denkstörungen ist der Realitätssinn umschrieben gemindert, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung jedoch generell erhalten; letztere kann in besonders schwerwiegenden Krankheitszuständen jedoch gemindert sein, wodurch die entsprechenden Denkinhalte grenzwertig wahnhaften Charakter annehmen können:

■ Zwang

Definition: Auftreten von Vorstellungen und Handlungsimpulsen, die als der Person zugehörig, aber ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind (trotz ihres als unsinnig erkannten Charakters). Keine willentliche Beeinflussung möglich. Quälendes Erleben, bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. Wird wegen des Persistierens bestimmter Denkinhalte bzw. des Beharrens von Vorstellungen als »inhaltliche Denkstörung« angesehen. – Auftreten ubiquitär.

- *Zwangsgedanken*: zwanghaft persistierende Denkinhalte, die per se nicht unsinnig sein müssen, deren Persistenz jedoch als unsinnig oder ungerechtfertigt empfunden wird. Charakteristisch ist das Sich-aufdrängen von abgelehnten Vorstellungen und Angst vor abgewehrten Fehlhandlungen. Zu Zwangsgedanken werden gerechnet: Zwangsgrübeln, Zwangsvorstellungen, Zwangerinnerungen, Zwangsbefürchtungen usw. m Zusammenhang hiermit *Zwangshandlungen*: meist aufgrund von Zwangsgedanken oder -befürchtungen stereotyp wiederholte Handlungen (Zwangsrituale; Beispiele: Kontrollzwang, Waschzwang usw.). *Zwangsimpulse*: sich zwanghaft aufdrängende innere Antriebe, als sinnlos oder gefährlich empfundene (Realitätsprüfung erhalten!)

Handlungen durchzuführen: jemanden umbringen, selbst aus dem Fenster springen, während eines Konzerts obszöne Worte rufen etc. Zwangsimpulse werden glücklicherweise fast nie realisiert!

- **Körperbezogene Denkstörungen** (z. B. *Hypochondrie*, *Somatisierungsstörung*, ► Kap. 9.2.6 und ► Kap. 9.2.3)
- **Phobien** (► Kap. 9.2.4)

3.6 Affektivität

3.6.1 Definition der Elementarfunktion

Zusammenfassende Bezeichnung für Stimmungen, Gefühle, und Affekte. Die *Affektivität* («Gefühlsleben», «Emotionalität», «Gemüt») ist persönlichkeitsbestimmend. Spezielle Leibwahrnehmungen wie Hunger, Schmerz, sexuelle Erregung (lokal und auch ganzheitlich empfunden) sowie allgemeinere Leibwahrnehmungen (Gemeingefühle, Vitalgefühle) bestimmen die Befindlichkeit und tragen die Stimmung. Begriffsbestimmung:

- **Stimmung:** Gesamtlage des Gefühlszustandes über längere Zeitstrecken, welche Empfindungen, Denken und Handeln bestimmt, also langfristiger Gefühlszustand
- **Gefühle (Emotionen):** zahlreiche einzelne Gefühle elementarer und höherer Art wie Liebe, Freude, Trauer, Zuneigung, religiöse Verehrung, aber auch Vitalgefühle wie Spannkraft, Wohlbehagen, Abgespanntheit und Erschöpfungsgefühl
- **Affekte:** kurzdauernde, umschriebene Gefühlsabläufe; Gefühlswallungen wie Wut, Ärger, Angst, Verzweiflung, Freude

3.6.2 Störungen der Elementarfunktion

Affektivitätsstörungen

Definition: Störungen von Stimmung und Gefühlen (Emotionalität), einschließlich abnormer Affekte. In Verbindung mit Störungen der Affektivität treten z. B. Gefühle eigener Insuffizienz oder auch ausgeprägter Überlegenheit auf, bei schweren Erkrankungen z. B. *synthyme* (zur Stimmung passende, stimmungskongruente) Wahninhalte wie Verarmungswahn, Schuldwahn, nihilistischer Wahn oder Größenwahn.

Formen:

- *Affektlabilität*: rascher Wechsel von Affekten, die meist von kurzer Dauer sind und vielfachen Schwankungen unterliegen
- *Affektinkontinenz*: fehlende Beherrschung von Affektäußerungen (bei zerebralen Abbauprozessen)
- *Stimmungs labilität*: Beeinflussbarkeit, Wechsel der Stimmung je nach Denkinhalt
- *Depressivität*: niedergeschlagene Stimmung
- *Euphorie, Hypomanie, Manie*: unterschiedliche Grade gehobener Stimmung, am stärksten ausgeprägt bei manischer Stimmung
- *Dysphorie*: gereizte Verstimtheit
- *Affektverflachung*: mangelnde Ansprechbarkeit des Gefühls, fehlende Schwingungsfähigkeit, oft »läppisches« Verhalten; (häufig bei Hebephrenie)
- *Apathie*: Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit
- *Torpidität*: Stumpfheit, Unansprechbarkeit bei Schwachsinnigen (bei Personen mit Intelligenzminderung)
- *Ambivalenz*: Koexistenz gegensätzlicher Gefühle, meist als quälend empfunden
- *Parathymie*: Gefühlsverkehrung, paradoxer Affekt, Gefühlsausdruck und Erlebnis- bzw. Gedankeninhalt stimmen nicht überein (affektiv inadäquat)
- *Gefühl der Gefühllosigkeit*: Verlust von affektiver Schwingungsfähigkeit; stattdessen Gemütsleere und -öde; Gefühle wie abgestorben; qualvolles Erleben
- *Störung der Vitalgefühle (Vitalstörungen)*: Daniederliegen der allgemeinen Leibgefühle (Gemeingefühle), fehlende körperlich-seelische Frische und Spannkraft; Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, körperliches Unbehagen; oft begleitet von Druck auf der Brust etc.
- *Angst*: als frei flottierende, unbestimmte Angst und als anfallsartig auftretende Panik; verbunden mit vegetativen Symptomen
- *Phobie*: »unangemessene« Angst vor bestimmten Personen, Tieren, Gegenständen oder Situationen; aus Angst Vermeidungsreaktionen; Erythrophobie (Errötungsfurcht), Aichmophobie (aichmā gr. scharfe Spitze, Lanze), Zoophobie (bezogen auf zahlreiche Tierarten), Akrophobie (Höhenangst; akron gr. Spitze, Gipfel), Agoraphobie (agora gr. Marktplatz), Klaustrophobie (claustrum lat. verschlossener Raum), Karzinophobie, Nosophobie (Krankheitsfurcht), Aidsphobie, Algophobie (algos gr. Schmerz), Phobophobie (Furcht vor Angstanfällen) etc.

3.7 Antrieb

3.7.1 Definition der Elementarfunktion

Im effektorischen oder zentrifugalen Funktionsbereich vom Willen weitgehend unabhängig wirkende Kraft, verantwortlich für die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer. Der Antrieb unterhält Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft. Vor allem am Ausdrucksverhalten und an der Psychomotorik zu erkennen.

Weitere **Definitionen** aus diesem Bereich:

- **Trieb:** vitale Lebensbedürfnisse wie Nahrungstrieb, Sexualtrieb etc. Kann nur indirekt aus Handlungen und Äußerungen erschlossen werden (»Triebhandlung« ist die auf Erreichen eines bestimmten Triebziels gerichtete Handlung)
- **Drang:** unbestimmtes, ungerichtetes, nach Entladung drängendes Gefühl innerer Unruhe (»blinde Dranghandlung«, Impulshandlung: oft planlos aus dem Drang entstehende Handlungen wie Poriomanie (Fugue, Weglaufen), Pyromanie, Kleptomanie etc.; oft auch bei zerebral Geschädigten, z. B. Anfallskranken)

3.7.2 Störungen der Elementarfunktion

Antriebsstörungen

Definition: Steigerung oder Verminderung oder Veränderung der wirkenden Persönlichkeitskraft. Eine Veränderung, die vom Willen nicht zu steuern ist.

Formen:

- **Antriebsschwäche/-mangel:** Fehlen von Spontanantrieb mit Trägheit, Mangel an Leistungen, oft auch Gleichgültigkeit bis hin zur Stumpfheit
- **Antriebshemmung:** Verringerung des vorbestehenden Antriebs, besonders bei Depressionen
- **Antriebssteigerung:** erhöhte Aktivität, starker Bewegungsdrang, unermüdliche Betriebsamkeit (z. B. Manie)
- **Beschäftigungsdrang:** motorische Unruhe mit scheinbar gerichteten, oft aber sinnlosen Tätigkeiten, z. B. im »Beschäftigungsdelir« Geld sammeln, Flocken wegwischen etc.

- **Mutismus:** Nichtsprechen über längere Zeit, bei intakten Sprechorganen und Sprachfähigkeit

Psychomotorische Störungen

Definition: Störung der durch psychische Vorgänge gesteuerten Bewegungen, Desintegration von psychischen und motorischen Funktionen.

Unterscheidung zwischen Hyper- (z. B. Stereotypien) und Hypophänomenen (z. B. Katalepsie, Stupor).

Formen:

- **Hyperkinese:** Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter (oft bei Kindern mit Hirnschädigung), Steigerung der Motorik bei Psychosen
- **Akinese/Hypokinese:** Bewegungslosigkeit/Mangel an Bewegung
- **Katalepsie:** starres Verharren in einmal eingenommenen Körperhaltungen
- **Stupor:** relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reizaufnahme und Reaktion. Vorkommen: psychogen, bei Depressionen, bei körperlich bedingten psychischen Störungen, als gespannter Stupor bei Katatonie; meist mit Mutismus, häufig mit Katalepsie verbunden
- **Stereotypien:** ständige Wiederholung der gleichen Bewegungen
- **Manierismen (Manieriertheit):** sonderbares verschrobenes Ausdrucksverhalten in Gestik (z. B. ständiges *Reiben* an der Wange) und Mimik (z. B. Grimassieren)
- **Faxen (-syndrom):** albern wirkendes Grimassenschneiden
- **Raptus:** ungeordneter Bewegungssturm; plötzliches Auftreten bei unterschiedlichen Störungen aus einem Zustand der Ruhe heraus (bei katatonen Erregung)

3.8 Ich-Erleben

3.8.1 Definition der Elementarfunktion

Erleben der personalen Identität (der Meinhaftigkeit) im Zeitverlauf und in der Abgrenzung zu den anderen Personen (Ich-Umwelt-Grenze).

3.8.2 Störungen der Elementarfunktion

Ich-Störungen

Definition: Störungen des Einheitserlebens des Ichs (der Meinhaftigkeit) im aktuellen Augenblick; Veränderung der Ich-Umwelt-Grenze: größere Durchlässigkeit bis hin zu Verlust oder (meist sekundär) Autismus (Abschottung).

Formen:

- *Entfremdungserlebnisse (ubiquitäres Erleben)*
 - *Depersonalisation* bezüglich der eigenen Person: abnorme Gefühle der Veränderung des Körpers oder einzelner Körperteile; Störung des Einheitserlebens oder des Vorhandenseins der Person im Augenblick oder der Identität im Zeitverlauf; die Gefühle werden als unlebendig, das Handeln als mechanisch oder automatenhaft erlebt
 - *Derealisation*: Erlebnis der abnorm veränderten Umwelt
Literarisches Beispiel: »Die Verwandlung« von Franz Kafka
- *Beeinflussungserlebnisse*: Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung; Willensbeeinflussung, leibliche Beeinflussungserlebnisse (Gefühl, dass das Erleben von außen »gemacht« wird); Gefühle des Gelenkt- und Beeinflusstwerdens, von Hypnose und Bestrahlung
- *Transitivismus*: Projektion eigenen Krankseins auf andere
- *Autismus*: Isolierung des Ichs, Sich-zurückziehen in eine eigene innere Welt
- *Doppelte Persönlichkeit* (doppeltes Bewusstsein): hintereinander auftretende Zustände unterschiedlichen Bewusstseins bei multipler Persönlichkeit, im Allgemeinen ohne Kenntnis der einen Form von der anderen
Literarisches Beispiel: »Dr. Jekyll and Mr. Hyde« von R. L. Stevenson

3.9 Intelligenz

3.9.1 Definition der Elementarfunktion

Komplexe Funktion mit zahlreichen unterschiedlichen Einzelleistungen, um die Aufgaben und Anforderungen der Umwelt durch Sammlung von Erfahrungen und deren sinnvolle Anwendung zu bewältigen.

Unterscheidung von praktischer Intelligenz, d. h. Fähigkeit zur Lösung von Aufgaben des täglichen Lebens, und theoretischer Intelligenz mit Leistungen wie Begriffs- und Urteilsbildung.

Messung der Intelligenz nach dem HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, ► Anhang B): Bestimmung des Intelligenzquotienten (IQ), Durchschnittswert 100.

3.9.2 Störungen der Elementarfunktion

Angeborene Intelligenzminderung (Oligophrenie)

Definition: angeborener oder perinataler Intelligenztiefstand unterschiedlichen Schweregrads.

Formen:

- leichte Intelligenzminderung (Deбилität) IQ 50–69
- mittelgradige Intelligenzminderung (Imbezillität) IQ 20–49
- schwerste Intelligenzminderung (Idiotie) IQ 20

Erworbene Intelligenzminderung

Definition: Verlust von im früheren Leben erworbenen intellektuellen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen; entspricht der Demenz.

Divide:

- *Pseudodeбилität:* Vortäuschung von Schwachsinn (ähnlich auch Ganser-Syndrom: bewusstseinsnahes Vortäuschen von intellektuellen Ausfällen)
- *Depressive Pseudodemenz:* scheinbare Verblödung bei schweren Depressionen im Alter (vor allem subjektiv erlebt); Hemmung der kognitiven Funktionen; gute Prognose (wenn nicht Übergang in Demenz)

Krankheitslehre

- 4 Körperlich begründbare psychische Störungen – 53
- 5 Missbrauch und Abhängigkeit – 85
- 6 Schizophrene Psychosen – 115
- 7 Affektive Erkrankungen – 137
- 8 Schizoaffective Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen – 163
- 9 Neurotische Störungen – 175
- 10 Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) – 193
- 11 Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) – 201
- 12 Psychosomatische Störungen – 211
- 13 Sexualstörungen – 227
- 14 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenenalters – 239
- 15 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie – 247

4 Körperlich begründbare psychische Störungen

4.1 Allgemeiner Teil – 54

4.1.1 Exogene Psychosen – 55

4.1.2 Organische und andere körperlich
begründbare Psychosyndrome – 58

4.2 Spezieller Teil – 61

4.2.1 Alzheimersche Erkrankung – 62

4.2.2 Demenz bei zerebrovaskulärer Erkrankung
(vaskuläre Demenz) – 64

4.2.3 Morbus Pick – 65

4.2.4 Chorea Huntington – 65

4.2.5 Morbus Parkinson (Paralysis agitans) – 67

4.2.6 Morbus Wilson: hepatolentikuläre Degeneration
(Westphal-Strümpel-Wilson) – 68

4.2.7 Morbus Creutzfeldt-Jakob – 68

4.2.8 Progressive Paralyse – 69

4.2.9 Enzephalitiden (Enzephalomeningitiden) – 70

4.2.10 Traumatische Hirnschädigungen – 71

4.2.11 Anfallsleiden – 73

4.1 Allgemeiner Teil

Definition: Weitgefasste Bezeichnung für Erkrankungen, deren Ätiologie körperlich zu begründen ist. Psychopathologisch finden sich unterschiedlichste Syndrome mit defizitären Symptomen wie Gedächtnisstörungen oder Antriebsverlust, aber auch produktiven Symptomen wie Halluzinationen oder Wahn. Diese Störungen entstehen im Zusammenhang mit 1) primären Schädigungen des Gehirns (z. B. Tumore, M. Alzheimer) und 2) sekundären Schädigungen des Gehirns, z. B. durch exogene Noxen (toxische Substanzen) oder toxische Stoffwechselprodukte aufgrund von Allgemeinerkrankungen (z. B. bei Lebersversagen). Der Verlauf kann akut oder chronisch, reversibel oder irreversibel sein.

Die entscheidenden Störungen in diesem Abschnitt sind Syndrome mit defizitären pathologischen Veränderungen der kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen) und des Sensoriums (Wahrnehmung); es finden sich aber auch zahlreiche Syndrome mit produktiven Störungen der Wahrnehmung (Halluzinationen) und des Denkens (Wahn); ferner Störungen der Stimmung (Depressionen) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Es hat sich im Sprachgebrauch ergeben, bei den in der Regel nichtproduktiven, mehr chronisch verlaufenden Störungen von **organischen Psychosyndromen** (einschließlich der dementiellen Syndrome) zu sprechen, bei den akuten produktiven Störungen von **exogenen Psychosen**. Gleichwohl könnte man in einem weiteren Sinne bei all diesen Störungen von Psychosen sprechen, insbesondere auch, da sich vielfältige Übergänge und Zwischenformen finden. Aus didaktischen Gründen soll im allgemeinen Teil diese Zweiteilung beibehalten werden, im speziellen Teil dagegen wird versucht, die Darstellung mehr dem Abschnitt F 0 der ICD-10 anzupassen, in dem **organische** (das Hirn primär betreffende) und **symptomatische** (das Gehirn sekundär betreffende, z. B. bei Systemerkrankungen) **psychische Störungen** beschrieben werden.

Anmerkung zum Begriff: **Psychose** (Feuchtersleben 1845): in älterer Bedeutung alle körperlich begründbaren (exogenen) psychischen Störungen einschließlich der hypothetisch vorwiegend durch pathophysiologische Vorgänge verursachten endogenen Psychosen. Gegenwärtig insbesondere auch im englischsprachigen Bereich werden besonders schwere, produktive (wahnhaft-halluzinatorische) Syndrome als psychotisch bezeichnet; die frühere Dichoto-

mie psychotische versus neurotische Störungen findet sich in der ICD-10 nicht mehr.

Gesetz der Unspezifität: Häufig sind weder eine Korrelation zwischen Morphologie und Psychopathologie noch sichere Rückschlüsse in eine der beiden Richtungen möglich.

Epidemiologie: Stichtagsprävalenz (erfasst in der Mehrzahl chronisch verlaufende Störungen) bezogen auf eine Erwachsenenbevölkerung: 3,0 % behandlungsbedürftige Störungen, 1,5 % Störungen mit leichten, nicht behandlungsbedürftigen Beschwerden. Wegen des raschen Abklingens der meisten Störungen relativ geringe Stichtagsprävalenz, trotz hoher Lebenszeitprävalenz: Fast jeder Mensch erleidet im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen (Unfall, Operation, Autointoxikation, Fieberdelir bei Infektionskrankheiten) im Laufe seines Lebens körperlich begründbare psychische Störungen, insbesondere im höheren Alter.

4.1.1 Exogene Psychosen

Allgemein: uneinheitliche Nomenklatur, zahlreiche Synonyma (z. B. akuter exogener Reaktionstypus Bonhoeffer); Vielfalt von Störungen, vor allem auch produktive Symptome und Bewusstseinsstörungen, häufig Amnesie für die psychotische Episode; ätiologische Unspezifität; Einteilung der exogenen Psychosen in organische Psychosen (Gehirn direkt betroffen) und symptomatische Psychosen (bei sonstigen körperlichen Krankheiten und Intoxikationen), auch synonym gebraucht für akute organische Psychosyndrome.

Symptome:

- *Vorstadium* uncharakteristisch: mit Unruhe, Ängstlichkeit, vegetativen Störungen
- *im Verlauf* unterschiedlich, jedoch typisch: produktive Symptome (Sinnes-täuschungen, Wahn), häufig quantitative und qualitative **Bewusstseinsstörungen** (Vigilanzstörungen und Bewusstseinsstrübung), Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen (Konfabulationen), Aufmerksamkeits- und Orientierungsstörungen (am ehesten zu Ort, aber auch zu Zeit, schließlich zu Situation und Person), Antriebsstörungen (Antriebsminderung, psychomotorische Verlangsamung, Unruhe, Erregung), Störungen der Affektivität (Angst, Depressivität etc.)

Ätiologie: Jegliche schwerere körperliche Schädigung, bei der das Gehirn direkt oder indirekt betroffen ist, häufig Koinzidenz mehrerer Faktoren:

- Hirntumor (z. B. Temporallappentumor: olfaktorisch-gustatorische Halluzinationen/schizophreniforme Psychosen)
- Hirnabszess, Hirnverletzung
- Infektionen wie Meningoenzephalitis, Typhus abdominalis etc.
- Herzerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen wie z. B. Leberzirrhose (portokavale Anastomosen, portokavaler Shunt – portokavale Enzephalopathie)
- akute intermittierende Porphyrie
- Vitamin-B-12-Mangel (funikuläre Myelose, Schädigung des N. opticus, Perniciosa)
- Thiamin/B1-Mangel (Beriberi, Wernicke-Enzephalopathie)
- Medikamente, die auf das ZNS wirken können, z. B. Komplikation bei Therapie mit Anti-Parkinson-Präparaten (L-Dopa)
- Intoxikation mit psychotropen Substanzen wie Meskalin, LSD, Psilocybin
- Endokrine Störungen: Hypothyreose (wenn angeboren: geistige Behinderung; Apathie, Depression, Kälteüberempfindlichkeit), Hyperthyreose (Unruhe, Agitiertheit, Reizbarkeit, Hitzeüberempfindlichkeit, auch Depression), Cushing-Syndrom (Überproduktion von ACTH oder Kortisol, z. B. bei basophilem Adenom des HVL, bei Kortisonbehandlung: Antriebsmangel, Verstimmung, Schlafstörung, endogeniforme Psychosen), Morbus Addison (Nebennierenrindenatrophie: Ermüdbarkeit, Depression)

Verlauf: Bei exogenen Psychosen häufig kurzdauernder Verlauf, Reversibilität und günstige Prognose! In Abhängigkeit von der Grunderkrankung bei einem Teil der Fälle Chronifizierung und Übergang in irreversibles organisches Psychosyndrom.

Syndromatische Erscheinungsformen:

■ ➤ **Delir**

Definition: akute reversible Psychose mit Bewusstseinsstörung (zunächst qualitativ: Bewusstseinsstrübung im engeren Sinne) und Sinnestäuschungen

Symptomatik: Bewusstseinsstrübung, Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Immediatgedächtnisstörung, Verwirrtheit, Desorientiertheit, inkohärentes Denken; vegetative Störungen (adrenergisch-sympathikotone Überregulation:

Pulsbeschleunigung, Schwitzen, Tremor, allgemeine psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen wie z. B. Schlafumkehr); insb. optische und szenische, gelegentlich auch haptische und akustische Halluzinationen; reversibel!

Vorkommen:

- bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Prototyp: Alkoholentzugsdelir)
- bei Medikamentenintoxikation (als häufig unvorhergesehene Komplikation bei Neuroleptika- und Antidepressivagabe und/oder Anti-Parkinson-Mitteln (Anticholinergika, L-Dopa), auch bei plötzlichem Benzodiazepinentzug)
- bei Infektionskrankheiten, Urämie etc.

■ **Dämmerzustand**

Symptomatik: veränderter, verschobener Bewusstseinszustand, fehlende Klarheit des Bewusstseins, in Grenzen Handlungsfähigkeit. Dauer: Sekunden bis Tage mit nachfolgender Amnesie. Sog. »besonnener« Dämmerzustand, äußerlich nicht auffällig: folgerichtiges Handeln; Übergänge zum Delir!

Vorkommen: bei Anfallsleiden, Intoxikationen, psychogenen Störungen (Hysterie; auch psychogen in der Hypnose!), als pathologischer Rausch

■ **Halluzinose**

Symptomatik: akustische (Prototyp: Alkoholhalluzinose, ► Kap. 5.2.1), optische oder haptische Halluzinationen. Keine Bewusstseinsstörung! Inhaltliche Denkstörungen (Wahn).

Vorkommen:

- *optische* Halluzinose bei Intoxikation mit Halluzinogenen (LSD), Funktionsstörungen des Okzipitallappens
- *haptische* (taktile) Halluzinose bei Intoxikation mit Amphetaminen; chronische Verläufe bei Dermatozoenwahn
- *akustische* Halluzinose bei Alkoholabhängigkeit

■ **Katatones Syndrom**

Symptomatik: Störung der Willkürmotorik (Stupor oder Erregung), Prototyp ► Katatone Schizophrenie

Vorkommen: bei Infektionen (Typhus, Tuberkulose etc.), Intoxikationen, Hirntumoren; (auch psychogen in der Hypnose)

■ **Paranoid-halluzinatorisches Syndrom**

Symptomatik: Prototyp ► Kap. 6.6: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

Vorkommen: bei Intoxikationen, Hirntumoren etc.; bei Morbus Wilson, als symptomatische Psychose bei Epilepsie

➤ **Paranoides Syndrom**

Symptomatik: subakut (oder chronisch rezidivierend), oft mit Verfolgungs- und Vergiftungswahn, dem Gefühl, hintergangen oder bestohlen zu werden, gerade auch in Verbindung mit mnestischen Störungen; auf reale Anknüpfungspunkte achten!

Vorkommen: vor allem bei dementiellen Entwicklungen

— **Amentielles Syndrom**

Ratlosigkeit, verworrenes, inkohärentes Denken, Bewusstseinstörung, keine eindeutige produktive Symptomatik

➤ **Depressives Syndrom**

Symptomatik: bei exogenen Psychosen häufig mit depressivem Wahn und Symptomen wie Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen kombiniert

Vorkommen: ubiquitär, z. B. Zustand nach Schlaganfall, M. Parkinson, Hypothyreose, raumfordernde intrakranielle, frontale Prozesse, Pankreaskarzinom; Kortisontherapie etc.

— **Expansiv-maniformes Syndrom**

Symptomatik: megaloman mit Selbstüberschätzung einhergehend, Größenideen, -wahn; oft mit Konfabulationen

Vorkommen: bei progressiver Paralyse, fieberhaften Infekten, Fleckfieber nach der Entfieberung, nach Schädelhirntrauma, nach Einnahme von Weckaminen (z. B. Ecstasy)

4.1.2 Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome

Allgemein: Bezeichnung für psychische Störungen aufgrund organischer Hirnveränderungen, die wegen i. Allg. fehlender Produktivität nicht die »Wertigkeit« von Psychosen erlangen; primär keine Bewusstseinstörung, insbesondere keine Bewusstseinsminderung; oft chronische, irreversible Verläufe, aber auch als akutes Syndrom, dann reversibel.

➤ **Diffuses organisches Psychosyndrom (E. Bleuler)**

Synonyma: Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS), psychoorganisches Syndrom (POS), amnestisches Psychosyndrom, hirndiffuses Psychosyndrom (M. Bleuler).

Symptomatik: Psychische Störungen (Minussymptomatik) aufgrund allgemeiner, oft nicht näher lokalisierbarer Schädigungen.

Im kognitiven Bereich:

- Hirnleistungsschwäche bis hin zur Demenz
- Gedächtnisstörungen (Merkschwäche, Konfabulationen, Zeitgitterstörungen)
- Störungen des Denkens (Verarmung des Denkens, Auffassungs- und Konzentrationsschwäche, Perseveration, Minderung des Abstraktionsvermögens, Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit, Umstellungserschwerung, Anosognosie = Unfähigkeit, die eigene Krankheit zu erkennen)
- Störungen von Sprechen und Sprache (Wortfindungsstörungen; Aphasie, oft mit apraktischen Störungen verbunden)
- Störungen von Schrift und Schreiben (Lebenslauf schreiben lassen!)
- Orientierungsstörungen

Im Persönlichkeitsbereich:

- hirnorganische Wesensänderung in Richtung Entdifferenzierung (Defizienz- bzw. Minussymptomatik)
- Störungen des Antriebs (Antriebsminderung, rasche Erschöpfbarkeit, psychomotorische Verlangsamung)
- Störungen des Affekts (Affektschwäche, -labilität, -inkontinenz, Reizbarkeit, Euphorie/Depression)
- soziale Krisen, »Stillbrüche der Persönlichkeit« (Sexualdelikte, Kriminalität)

Diagnostik: Im ärztlichen Gespräch oft noch lange Zeit gut erhaltene Fassade und guter affektiver Rapport; deshalb gezielte Fragen (Orientierung, Merkfähigkeit, Rechenvermögen), klinische Testfragen (Sprichwörter erklären, Gemeinsamkeiten und Unterschiede finden, Oberbegriffe suchen); zusätzlich psychologische Tests (HAWIE, insb. Zahlensymbol- und Mosaikuntertest, Benton-Test, Kraepelins Rechentest, u. U. Aachener Aphasietest, ► Anhang B), neurologische Untersuchung, Computertomogramm, Kernspintomographie.

Vorkommen: Z. B. Morbus Alzheimer (präsenile/senile Demenz), vaskuläre Demenz (z. B. Multiinfarktdemenz), posttraumatisches Psychosyndrom, organisches Psychosyndrom bei Anfallsleiden.

Formen des organischen Psychosyndroms:

■ **leichte Formen:**

- *leichte kognitive Störung:* Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeitsstörung, Lernschwierigkeiten, oft nur kurzdauernd

Vorkommen: in Verbindung mit zahlreichen körperlichen Erkrankungen, besonders auch Infektionen, oft vorübergehend (z. B. Pneumonie, Meningitis)

- *organische emotional labile Störung:* Affektlabilität, oft Dysphorie und Reizbarkeit, sowie zahlreiche körperliche Symptome (z. B. Schwindel)
Vorkommen: z. B. nach Infektionskrankheiten nach Unfällen mit Schädel-Hirn-Trauma;

Merke: pseudoneurasthenisches Syndrom (Syndrom der reizbaren Schwäche) mit leichter kognitiver Störung, emotionaler Labilität mit unterschiedlicher Stimmungsauslenkung, oft Dysphorie und Reizbarkeit, z.T. deutliche Depressivität, erhöhter Erschöpfbarkeit, Ermüdbarkeit. Erkennbare Verminderung der Alltagsbewältigung. Oft chronisch im Beginn dementieller Abbauprozesse, nach Schädel-Hirn-Traumen. Wird oft übersehen oder als psychogen/ Aggravation fehlgedeutet.

- *organische pseudoneurotische Syndrome*, z. B. im Sinne von Angststörungen oder dissoziativen Störungen
- *hirnorganische Wesensänderung:* infolge Hirnschädigung Veränderung von Persönlichkeitsanteilen, häufig irreversibel. Oft Zuspitzung gewisser Persönlichkeitszüge; betroffen z. B. Stimmung (Euphorie oder Reizbarkeit) oder Antrieb (Enthemmung oder Antriebsmangel). U. U. kombiniert mit psychogener Reaktion auf das Krankheitsereignis

Vorkommen: bei Suchtkranken, als epileptische Wesensänderung, bei Frühstadien der Demenz, nach Schädel-Hirn-Trauma

■ **schwere Formen:**

- *Korsakow-Syndrom:* ausgeprägte und charakteristische Form des amnestischen Syndroms (Orientierungsstörung zu Zeit und Raum, schwere Merkfähigkeitsstörung ohne Beeinträchtigung des Immediatgedächtnisses, Altgedächtnis ebenfalls betroffen, Konfabulationen); hinzu kommen Auffassungsstörung, Kritiklosigkeit, Euphorie, Passivität. Reversibilität möglich

Vorkommen: bei chronischem Alkoholismus nach Wernicke-Enzephalopathie, nach CO-Vergiftung, nach schwerem Schädeltrauma

- *Demenz:* meist im höheren Alter auftretender, aus organischer Ursache entstehender, progredienter, meist irreversibler, mnestischer und intellektueller Abbau der Persönlichkeit, verbunden mit Wesensänderungen und schwerer Behinderung sozialer Funktionen. Im Unterschied

zur primären Intelligenzminderung (Oligophrenie) bei mittlerem Schweregrad der Demenz noch Fragmente früheren Wissens

Vorkommen: bei vaskulären degenerativen Erkrankungen, bei Pick-scher oder Alzheimerscher Erkrankung, bei Chorea Huntington Vitamin B12-Mangel etc. Umfangreiche Differentialdiagnostik erforderlich!

Hirnlokales Psychosyndrom (nach Bleuler)

Symptomatik: Störungen des Antriebs, der Einzeltriebe und der Stimmung (plötzliches Einschießen von Trieben und Verstimmungen, unvermitteltes Abklingen). Im Allgemeinen keine intellektuellen Ausfälle, jedoch Entdifferenzierung der Persönlichkeit (Störungen des Taktgefühls, Abnahme altruistischer Regungen). Keine produktiv-psychotischen Symptome! Keine Bewusstseinsstörungen!

Diagnostik: Oft schwierige Differentialdiagnose gegenüber neurotischen Störungen. In vielen Fällen sind gewisse Zuordnungen von Symptomatik und Lokalisation der Schädigung möglich, gemäß Gesetz der Unspezifität sind eindeutige Korrelationen im Sinne der Lokalisationslehre jedoch zu relativieren!

Beispiele:

Stirnhirnkongexitätssyndrom mit Abulie (Willenslähmung) und Antriebsmangel oder Orbitalhirnsyndrom mit Enthemmung und Euphorie.

Vorkommen: Hirntumore, Morbus Pick, Enzephalitis, Anfangsstadien von Chorea Huntington etc.

4.2 Spezieller Teil

Im Folgenden werden einzelne Krankheitsbilder beschrieben, bei denen sich die Syndrome im Verlauf verändern können (z. B. im Längsschnitt nach einer akuten paranoid-halluzinatorischen symptomatischen Psychose Übergang in ein amnestisches Psychosyndrom).

4.2.1 ➤ Alzheimersche Erkrankung

Allgemein: Demenz aufgrund von Neuronendegeneration und diffuser Hirnatrophie; häufigste Demenzform im höheren Lebensalter (ca. 60–70 % aller Demenzformen); wesentlich häufiger als vaskuläre Form; Prävalenz aller über 65jährigen, etwa 5 % (mit höheren Raten bei den Älteren); Überwiegen der Frauen. Ursprünglich Bezeichnung für *präsenile* Demenz zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr, Ausweitung des Begriffs auch auf die viel häufigere *senile* Form der Demenz (senile Demenz vom Alzheimer Typ – SDAT).

Schleichender Beginn meist im Sinne eines organischen amnestischen Psychosyndroms oder pseudoneurasthenischen Syndroms (► o.). Merkfähigkeitsstörungen (Hippocampus, mediobasaler Temporallappen), Wortfindungsstörungen (kortikale Atrophie). Ätiologie noch unbekannt, bei der präsenilen Form oft familiäre Belastung (genetische Veränderungen lokalisiert z. B. an Chromosomen 14, 19, 21). Veränderungen des Amyloidvorläufer(precursor)-proteins (APP).

Neuropathologie: Diffuse Hirnatrophie mit Betonung des frontalen sowie des parieto-okzipitalen Kortex und des Hippocampus, Verschmälerung der Hirnwindungen, Verbreiterung der Furchen; keine genaue Entsprechung zwischen Ausmaß der Atrophie und Schwere des psychischen Befundes.

Histologisch: Degeneration von Neuronenendigungen; Verminderung der Neuronenpopulation (Hippocampus, Substantia innominata, Locus coeruleus, temporoparietaler und frontaler Kortex); Auftreten von neurofibrillären Knäueln (Alzheimerschen Fibrillen), senilen Plaques und Drusen aus Amyloid; Verminderung von Acetylcholin und Cholin-Acetyltransferase und anderer Neurotransmitter.

Symptome:

- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen (Immediatgedächtnis länger erhalten), Wort- und Namensfindungsstörungen
- Einschränkungen bis Verlust von Alltagsaktivitäten und -fähigkeiten (Waschen, Anziehen)
- Einengung der Interessen, Erstarrung und rigide Akzentuierung (»Zuspitzung«) der Persönlichkeitszüge
- Aphasie, Agnosie, Sprachzerfall, Apraxie
- Apathie/Gereiztheit, Unruhe (Erethismus), Erregungszustände

4.2 · Spezieller Teil

- u. U. Regression auf die Vorstellungswelt der Kindheit
- über lange Zeit keine Bewusstseinsstörungen, in späteren Stadien Störungen des reflektierenden Bewusstseins (qualitativ!)
- ferner meist episodisch im Verlauf: Delir, Wahn, paranoid-halluzinatorische Episoden, amentielles (ratloses) Syndrom
- Endstadium: Mutismus, Stupor
- *Test-Untersuchungen:* Mini-Mental-State-Examination (nach Folstein): klinisch leicht anwendbar; bei unter 23 von 30 Punkten Verdacht auf Demenz. – Ferner: Uhrentest: Ziffernblatt in leeren Kreis einzeichnen lassen!

Neurologisch: Extrapyramidale Störungen, Dyskinesien, Tremor, träge Pupillenreaktionen, orale Automatismen.

CCT: Hirnatrophie (keine eindeutige Korrelation mit dem klinischen Befund).

Typisch im Liquor: Erhöhung von Tau-Protein und Erniedrigung von Aβ₁₋₄₂ Peptid.

Verlauf: Gleichmäßig progredient; Tod nach 2–15 (!) Jahren durch Marasmus oder hinzukommende körperliche Krankheit (Infektion), bei der präsenilen Form rascherer Verlauf.

Therapie: Training von Alltagsfähigkeiten/Gedächtnistraining; aktive Teilnahme an sozialer Umwelt fördern (Abwechslung!); Aufklärung und Beratung der Angehörigen; Beschäftigungstherapie, Physiotherapie, Vermeidung von Bettlägerigkeit! Pharmakotherapie: Acetylcholinesterasehemmer, Memantine im Frühstadium sinnvoll. Sparsamer Umgang mit Sedativa; Vorsicht mit Neuroleptika (insbes. mit anticholinergem Wirkmechanismus); ggf. Antidepressiva (SSRI). Schutz des Patienten vor sich selbst (z. B. im Umgang mit Feuer und Gashahn, Schutz vor Hinstürzen!).

Gutachten: Wie bei allen übrigen Formen der Demenz häufig psychiatrisches Gutachten erforderlich zur Feststellung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, der Geschäftsunfähigkeit (§ 104.2 BGB) sowie der Testierfähigkeit (§ 2229 BGB), ferner zur Einrichtung des Instituts der Betreuung (vgl. Kap. Forensische Psychiatrie, S. 286 ff.). Das Gutachten wird nach dem Grundsatz erstellt, den Kranken und seine Interessen zu schützen – möglichst geringe Eingriffe in den noch verbleibenden Freiheitsraum des Patienten!

4.2.2 ➤ Demenz bei zerebrovaskulärer Erkrankung (vaskuläre Demenz)

Allgemein: In Schüben, unregelmäßig verlaufendes, vielgestaltiges Krankheitsbild mit wechselnder Progredienz und zwischenzeitlichen Besserungen; neurologische Symptome je nach Lokalisation; häufig verbunden mit Hypertonus.

Formen:

- akuter Beginn nach größerem Schlaganfall
- Multiinfarktdemenz vorwiegend kortikal mit zahlreichen kleineren ischämischen Episoden
- subkortikal lokalisierte Demenz (Morbus Binswanger) mit Hyalinablagerungen in den Wänden der langen Markarterien (Hypertonus!), im CCT Dichteminderung im Marklager (Demyelinisierung)

Neuropathologie: Grunderkrankung an den Gefäßen zur Versorgung des Gehirns: A. carotis interna und ihre Äste, Aa. vertebralis und basilaris und Äste, Circulus arteriosus Willisii; Gefäßhyalinose; seltener Blutungen (Hämorrhagien), häufiger ischämische Insulte, lakunäre Defekte durch Mikroangiopathie; Demyelinisierung des Marks.

Symptome: In der Vorgeschichte oft transitorisch-ischämische Attacken (TIA) mit Vigilanzstörungen, Visusverlust und flüchtigen Paresen. Beginn der Demenz nach mehreren ischämischen Episoden oder einem Schlaganfall, meist in höherem Alter, abrupt, aber auch schleichend; ungleiche Ausprägung der psychopathologischen Symptome (Wechsel von Besserungen und Verschlechterungen) sowie ungleiche Verteilung der Defizite.

Psychische Symptomatik:

- Zuspitzung der Persönlichkeit
- Apathie oder Enthemmung
- Affektlabilität, Affektinkontinenz
- amnestisches Syndrom
- Episoden von Bewusstseinstörung (Delir)
- nächtliche Verwirrheitszustände

Differentialdiagnose: Morbus Alzheimer

Therapie: Frühzeitige (!) Beeinflussung der Risikofaktoren: Einstellung des Blutdrucks, Nikotinkarenz, Gewichtsreduktion, ggf. Diabetesbehandlung, ggf. Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Aktivierende Behandlung mit Beschäftigungs- und Physiotherapie (incl. Sport!); falls möglich psychotherapeutische Gespräche, pharmakotherapeutisch Cholinesterasehemmer bzw. Mementine vermutlich wirksam, ggf. Antidepressive, Vorsicht mit Sedativa und Neuroleptika. Einbeziehung der Familie!

4.2.3 Morbus Pick

Allgemein: Seltene, im Frontal- aber auch im Temporallhirn lokalisierte degenerative Erkrankung; autosomal-dominanter Erbgang mit unterschiedlicher Penetranz. Beginn ab 4. Lebensjahrzehnt, Verlauf über mehrere Jahre, Tod 2–10 Jahre nach Beginn; Persönlichkeitsabbau sowie Demenz.

Neuropathologie: Atrophie vorwiegend von Frontal- und Temporallappen, aber auch Parietallappen, später auch diffuse Atrophie (Walnussrelief!). Nervenzelldegeneration, argentophile Einschlüsse.

Symptome: Frühzeitig progrediente Persönlichkeitsveränderungen: Verlust des Takts und der Distanz, Enthemmung, Triebhaftigkeit (kriminelle Delikte), Verlust sozialer Fähigkeiten und Funktionen. Leere, Erregung/Apathie, Euphorie; später Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen, intellektueller Abbau, Stereotypen, sprachliche Verarmung; zunächst meist keine Orientierungsstörungen; öfter extrapyramidale Symptome.

Differentialdiagnose: Morbus Alzheimer, Chorea Huntington.

Therapie: Nur symptomatisch, Pflege.

4.2.4 Chorea Huntington

Allgemein: Dominant autosomales, degeneratives Erbleiden mit Bewegungsstörungen und Demenz.

Synonyma: Chorea major, Erb-Weitstanz.

Epidemiologie: Prävalenz 0,05 ‰, gleiche Häufigkeit für Männer und Frauen. Auftreten meist im 35.–50. Lebensjahr (auch Kindheit!). Autosomal dominanter Erbgang, Manifestation der Krankheit bei allen Genträgern bei Erreichung eines entsprechenden Alters; auch sporadische Fälle, der defekte Genort (Repeatpolymorphismus) auf dem kurzen Arm von Chromosom 4 ist bekannt, Stoffwechselpathologie des codierten Proteins (Huntigtin) noch nicht aufgeklärt.

Neuropathologie: Progrediente Degeneration des Corpus striatum (Nucleus caudatus und Putamen), Claustrum sowie (Frontal)hirnrinde. GABA-Mangel und relativer Dopaminüberschuss.

Symptome:

- *neurologisch:* arrhythmische, unkoordinierte Hyperkinesen, Bewegungen eingebaut in Willkürbewegungen oder Verlegenheitsgesten. Drehen und Schlenkern von Rumpf und Extremitäten, athetotische und dystone Elemente; Hyperkinesen im Gesicht (Grimassieren!); Gangstörungen; Sprechstörungen, Hyperkinesen der Zunge, verwaschene Sprache; herabgesetzter Muskeltonus, Poikilotonie (wechselnder Tonus); Rigidität, Akinese, Versteifung der Glieder; Parästhesien und Schmerzen (Thalamusreizung!); vegetative Störungen
- *psychisch:* affektilabil, reizbar; euphorisch/depressiv, ängstlich; Antriebsstörungen (Frontalhirnfunktionen!); Haltlosigkeit; Verwahrlosung (kriminelle Delikte); Wahnbildung, schizophreniforme Psychosen; Gedächtnisstörungen; Denkverlangsamung, Demenz (Choreophrenie)

Verlauf: Progredient; Tod innerhalb von 10–15 Jahren.

Differentialdiagnose:

- vaskuläre und postenzephalitische Chorea
- Chorea minor (im Kindesalter, besonders bei Mädchen vorausgegangener Streptokokkeninfekt, pararheumatisch; raschere Bewegungen!)
- Chorea gravidarum (öfter als Rezidiv der Chorea minor in den ersten Monaten der Gravidität)
- Athetosen und Myoklonien
- psychogene Bewegungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (bei Beginn der Erkrankung mit psychischen Symptomen!)

Therapie: Tiaprid (Tiapridex®) 3mal 50 mg bis 3mal 200 mg. Neuroleptika: Haldol®, Perphenazin (Decentan®). Genetische Beratung (Manifestation meist nach dem Heiratsalter!). Genetische Untersuchung des familiären Umfeldes, dann evtl. Amniozentese (bei chromosomalem Nachweis u. U. Interruptio).

4.2.5 Morbus Parkinson (Paralysis agitans)

Allgemein: Extrapiramidale Bewegungsstörungen und hirnlokales Psychosyndrom. Auftreten ab 40. Lebensjahr; etwa 1 % der über 65jährigen; unterschiedliche Schwere und Verlauf; auch familiäre Häufung.

Neuropathologie: Systematrophie (Stammganglien, besonders Substantia nigra) mit Nervenzelldegeneration; Dopaminmangel.

Symptome:

- *neurologisch* (im Vordergrund stehend): Ruhetremor, Akinese, Rigor (Zahnradphänomen), kleinschrittiger Gang, monotone Sprache, Mikrographie, vegetative Störungen (Speichelfluss, Salbengesicht)
- *psychisch*: Depression, Antriebsminderung, Apathie/Erregung, Gedächtnisstörungen, Verlangsamung (Bradyphrenie), Halluzinosen, Delir (provziert durch Behandlung mit L-Dopa, Dopa-Agonisten wie Bromocriptin oder Anticholinergika)

Therapie: L-Dopa (+Decarboxylasehemmer), Bromocriptin (Pravidel®), Amantadin (PK-Merz®, Symmetrel®), Anticholinergika wie Biperiden (Akineton®) und Metixen (Tremarit®), ggf. niedrigdosiert Antidepressiva, z. B. Amitriptylin (Saroten®). Ggf. stereotaktische Operation! Physiotherapie; psychotherapeutische Betreuung! *Cave:* in vielen Fällen wegen fortgeschrittener neurologischer Symptomatik Unterschätzung der noch vorhandenen intellektuellen Leistungsfähigkeit durch die Umgebung.

Guam-Parkinson-Demenz-Komplex: Rasch progrediente Demenz mit extrapyramidalen Störungen und gelegentlich amyotropher Lateralsklerose; in Guam, Papua-Neuguinea und Japan, bei Männern doppelte Häufigkeit.

Lewy-Körper-Demenz: Demenz möglicherweise in Zusammenhang mit M. Parkinson. Nachweis von Lewy-Körperchen (eosine Einschlusskörper z. B. in der Substantia nigra). Symptome: kognitiver Abbau (besonders visuokonstruktive Störungen), detailreiche optische Halluzinationen, motorische Parkinson-Symptome, wiederholte Stürze, charakteristisch Vigilanzschwankungen (bis zur Bewusstlosigkeit), cave: Neuroleptika-Überempfindlichkeit.

4.2.6 Morbus Wilson: hepatolentikuläre Degeneration (Westphal-Strümpel-Wilson)

Allgemein: In der Kindheit oder in jugendlichem Alter beginnende Störung des Kupferstoffwechsels mit extrapyramidalen und zerebellären neurologischen Symptomen; autosomal rezessiver Erbgang.

Neuropathologie: Pathologische Kupferablagerungen in Leber, Stammganglien (Nucleus lentiformis), Kornea (Kayser-Fleischerscher Kornealring), Ceruloplasminmangel (niedriger Kupferspiegel!).

Symptome: Initial pseudoneurasthenisches Syndrom. Kriminelle Entgleisungen möglich! Depressives Psychosyndrom, Affektinkontinenz, Antriebsstörungen, sexuelle Enthemmung, pseudopscho(sozio)pathische Züge, schizophreniforme Psychosen, amnestisches Syndrom, Demenz.

Therapie: Kupferarme Diät, D-Penizillaminhydrochlorid.

4.2.7 Morbus Creutzfeldt-Jakob

Allgemein: Seltene im Erwachsenenalter auftretende Infektionskrankheit mit Prionen. Gelegentlich auch familiäre Häufung. Rasche Progredienz in Monaten bis zu 2 Jahren bis zur Demenz und Exitus letalis; auch längere Verläufe.

Neuropathologie: Subakute spongiöse Enzephalopathie; Atrophie des 1. motorischen Neurons.

Symptome: U. U. exogene Psychose, sodann rasch fortschreitende Demenz; Sprachverarmung, Apathie; Myoklonien, Muskelatrophien, extrapyramidale Symptome, Ataxie, spastische Lähmung, Muskelfibrillationen, Visusverlust, typisches EEG mit triphasischen Wellen; Endstadium akinetisch-mutistisch.

Therapie: Keine Therapie möglich. Pflege, Hygienemaßnahmen (Infektionsgefahr!).

4.2.8 Progressive Paralyse

Allgemein: Chronisch entzündliche Erkrankung (syphilitische Enzephalitis), im Spätstadium (Quartärstadium) der nicht ausreichend behandelten Lues auftretend (im Unterschied zur ebenfalls spät auftretenden Tabes dorsalis). Vorwiegend psychiatrische Symptome.

Divide: Enzephalomeningitis im Sekundärstadium und Lues cerebrospinalis im Tertiärstadium.

Epidemiologie: 10–20 Jahre nach Infektion, in seltenen Fällen 2 Jahre bis max. 30 Jahre. Beginn meist zwischen 30. und 60. Lebensjahr; Manifestation nur bei 5–10 % der Infizierten; häufiger bei Männern.

Neuropathologie: Polioenzephalitis des Großhirns mit Hirnatrophie; Stammgangliengliedatrophie (Striatum und Claustrum). Nachweis der Treponemen, besonders in basalen Anteilen des Frontalhirns. Auch Pachymeningeosis haemorrhagica; Einlagerung von Lymphozyten und Plasmazellen mit Eisenpigment in die Gefäßwand (Adventitia).

Symptome:

- unruhige Mimik (periorales Beben, Gesichtsflattern)
- Zungentremor, unzureichende Sprechmuskelkoordination, Silbenstolpern (Zungenbrecher-Testsätze wie »Rotkraut bleibt Rotkraut und Brautkleid bleibt Brautkleid« etc.)
- Schrift und Gang ataktisch
- spastische Lähmung

- reflektorische Pupillenstarre (Argyll-Robertson-Phänomen: Lichtreaktion fehlend oder träge), anisokore, entrundete, enge Pupillen
- epileptische Anfälle
- Liquorveränderungen, erhöhte Zellzahl (10–200/3) und Eiweiß- (Gamma globulin) Vermehrung, seropositive Liquorreaktionen!
- Luesserologie: TPHA, FTA-ABS, VDRL, Cardiolipin-Komplementbindungsreaktion

Stadien und Krankheitsformen:

- *Verlauf*: unbehandelt meist nur wenige Jahre bis zum letalen Ende; auch deletärer, kurzer Verlauf als galoppierende Paralyse! evtl. Kombination mit Tabes (Taboparalyse – fehlende Sehnenreflexe, Schmerzkrisen!). Juvenile Form meist aufgrund konnataler Syphilis (Hutchinsonsche Trias: Keratitis parenchymatosa, Innenohrtaubheit, Tonnenzähne)
- *pseudoneurasthenisches Vorstadium*: organisches Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Auffassungsschwäche, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit etc.
- *Krankheitsformen während des Verlaufs*: klassisch (heute selten!) expansiv-maniform mit Größenwahn, Ideenflucht, Betätigungsdrang, Euphorie; depressiv-hypochondrisch; einfach dement; Lissauersche Paralyse mit Herdsymptomen (sensorische Aphasie oder Hemianopsie)
- *dementielles Endstadium* im Anschluss an die oben beschriebenen Verlaufsformen mit vollständigem intellektuellen Abbau

Therapie: Hochdosierte Penizillinbehandlung. Bereits eingetretene Schäden sind irreversibel. Somit Frühdiagnose entscheidend!

4.2.9 Enzephalitiden (Enzephalomeningitiden)

Allgemein: Gehirnentzündungen unterschiedlicher Ätiologie. Rufen verschiedenste, akute oder chronische klinische Bilder bzw. psychische Syndrome hervor (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie!).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Aktuelles *Beispiel* einer chronischen Enzephalitis ist *AIDS*, erstmals 1981 beschrieben.

Neuropathologie: Infektion mit lymphotropem Retrovirus (Human Immuno-deficiency Virus: HIV) mit Schädigung des zellulären Immunsystems.

Symptome: Auftreten von Symptomen nach monate- bis jahrelanger Latenz (seropositiv)

- im *Stadium der Lymphadenopathie*: mit Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit, Leistungsabfall, Gewichtsverlust und Durchfällen; Exantheme und Lymphdrüsenbefall
- im *späteren Verlauf* (selten auch zu Beginn) in vielen Fällen Auftreten der progressiven multifokalen subakuten Leukenzephalopathie mit neurologischen Ausfällen, Lethargie, depressivem Syndrom, manifomen Episoden, produktiv psychotischen Episoden, deliranten Bildern, schwerem organischen Psychosyndrom (Gedächtnis-, Konzentrations- und Antriebsschwäche), Demenz. Pseudoneurasthenische Syndrome bzw. organische Persönlichkeitsveränderungen durch direkte Schädigung der Zellen können schon vor der klinisch manifesten AIDS-Erkrankung auftreten
- mit dem gesamten Verlauf verbundene zahlreiche reaktive Störungen bzw. Verarbeitungsprobleme der Lebensbedrohung

Divide: AIDS-Phobie, unter Umständen auch wahnhaft.

Therapie: z. B. AZT (Virostatikum); Behandlung der Sekundärinfektionen z. B. Toxoplasmose des ZNS. Überragende Bedeutung der Prophylaxe.

4.2.10 Traumatische Hirnschädigungen

Allgemein: Beurteilung der Schädigung durch eingehende neurologische/neurochirurgische und eingehende (!) psychiatrische Untersuchung. Wann immer möglich: neuropsychologische Testung zur Objektivierung der kognitiven Leistungsminderung. Schädel-Hirn-Traumata werden leicht übersehen, insbesondere bei geringerem Schweregrad (SHT I°) oder bei zusätzlich vorliegenden pathologischen Zuständen, z. B. Alkoholintoxikation.

Commotio cerebri

Allgemein: Traumatische Hirnschädigung ohne mit heutigen Mitteln (!) nachweisbare Hirnsubstanzschädigung und ohne neurologische Ausfälle; sog. Gehirnerschütterung; in der Regel reversibel, häufiges Vorkommen.

4

Symptome: Bewusstlosigkeit bis zu 1 h, Erbrechen (Übelkeit). Nach dem Erwachen retrograde Amnesie (Zeit vor Unfall betreffend; partielle Rückbildung) und partiell auch anterograde Amnesie (Zeit nach der Bewusstlosigkeit betreffend). Vorübergehende Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen etc. Kein Dauerschaden: Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen) reversibel, längstens 1–2 Jahre!

Postcommotionelles Syndrom mit pseudoneurasthenischen Symptomen, speziell vegetativen Störungen.

Therapie: Nur kurze Zeit Bettruhe, baldige Belastung durch gestuftes Training. Bei 10–15 % langwieriger Verlauf mit kognitiven und affektiven Auffälligkeiten. Oft schwer von (unbewusster) psychogener Ausgestaltung oder sogar bewusster Aggravation/Simulation abzugrenzen (Problem bei Renten/Schadensersatz-Begutachtungen).

Contusio cerebri

Allgemein: Hirnquetschung mit Schädigung der Hirnsubstanz; Dauerfolgen möglich (Minderung der Erwerbsfähigkeit oft 30–50 %).

Wegen späterer diesbezüglicher *Begutachtung* muss direkt nach dem Unfall nicht nur eine neurologische, sondern auch eine genaue psychiatrische Untersuchung mit vollständigem psychischen Befund durchgeführt werden. Eine neuropsychologische Leistungstestung ist als obligat anzusehen! Wichtig ist auch die weitere Beobachtung des Verletzten (Vigilanzstörung bei Entwicklung eines epiduralen oder akuten subduralen Hämatoms!).

Symptome: Länger dauerndes Koma (Tage), neurologische Symptome (Herdbefunde im EEG), gelegentlich Kontusionspsychosen (produktive Symptomatik jeglicher Art), zentralvegetative Störungen.

- *Komplikationen:* epidurale oder subdurale Blutungen u. U. mit Compressio cerebri
- *Spätfolgen:* schwer objektivierbare pseudoneurasthenische Dauersymptome, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen im Rahmen eines amnesti-

schen organischen Psychosyndroms, posttraumatische Hirnleistungsschwäche, gelegentlich ausgeprägte Wesensänderung (z. B. Apathie und explosive Reizbarkeit), posttraumatische Epilepsie (u. U. erst nach Jahren manifest), psychogene Ausgestaltung

Therapie: Symptomorientiert; in schweren Fällen länger dauernde Rehabilitation (u. U. in Spezialeinrichtungen).

4.2.11 Anfallsleiden

In Verbindung mit den unterschiedlichen Anfallsformen (generalisierte und fokale Anfälle, sowie Petit-mal-Anfälle) können Störungen verschiedener Art eintreten wie produktive Psychosen, Dämmerzustände, epileptische Wesensänderung (enechetische Persönlichkeit-enecho gr. haften – mit umständlichen, pedantischen, haftenden Zügen) und Demenz; häufig auch eine Kombination von hirnorganisch bedingten großen Anfällen und psychogenen Anfällen.

Psychomotorische Anfälle (syn. Dämmerattacken): epileptischer Anfall (temporal Krampfherd im EEG).

Symptome: Beginn mit Aura (aura lat. Hauch/Luftzug, Duft) d. h. subjektiven Erlebnissen kurz vor dem Anfall: optische Erscheinungen, Gerüche, Missempfindungen, Entfremdungserlebnisse, vegetative Symptome unterschiedlicher Dauer; keine Amnesie für die Aura. – Sodann Anfallskern: Bewusstseinsstörung, orale Automatismen z. B. Schmatzen, Bewegungsfragmente z. B. Wischen, Nesteln. Nach einem meist kurzen Dämmerzustand Reorientierungsphase.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 4.1

Anamnese: Der 57jährige, berentete Betonarbeiter, Herr S., lebt mit seiner Ehefrau im eigenen Haus. Er kommt über die Chirurgische Ambulanz zur stationären Aufnahme in die Psychiatrie, nachdem er zu Hause im Krampfanfall gestürzt war, sich dabei eine Kopfplatzwunde zugezogen hatte und anschließend unruhig und verwirrt erschien. Die Ehefrau berichtete, dass ihr Mann seit 5 Jahren zunehmend vergesslich geworden, seit einer Nasennebenhöhlenoperation vor 3 Jahren auch häufig verwirrt gewesen sei.

Befunde: Bei der Aufnahme war eine geordnete Unterhaltung nicht möglich, Herr S. war zwar wach, zu allen Qualitäten aber desorientiert.

Im CCT fand sich eine beträchtliche kortikale und subkortikale Atrophie, besonders links-temporal.

Noch am Aufnahmetag erlitt der Patient einen weiteren generalisierten Krampfanfall, woraufhin eine Therapie mit Phenytoin (Phenhydan®) eingeleitet wurde. Aufgrund der Befundlage ließen sich die Krampfanfälle im Zusammenhang mit einer dementiellen Erkrankung interpretieren.

In den Tagen nach der Aufnahme schwankte die Stimmung des Patienten zwischen unangemessen euphorisch und ängstlich-depressiv. Deutlich ausgeprägt waren unspezifische aphasische Störungen: An einmal gefundenen Begriffen blieb er mit stereotypen Wiederholungen haften. Herr S. wirkte bei der Visite ratlos, etwas ängstlich, stets freundlich.

Diagnose: Präsenile Demenz von Alzheimer Typus, F 00.0.

Verlauf: Die Entlassung erfolgte nach einigen Wochen, nachdem die Ehefrau häusliche Hilfe organisiert hatte. Sie wollte die weitere Pflege zunächst selbst übernehmen.

➤ **Präsenile Demenz, Alzheimersche Erkrankung (F 00.0)**

Fallbeispiel 4.2

Anamnese: Die 75jährige Patientin, Frau P., wird aus der Pflegeabteilung eines Altersheims in die Klinik eingewiesen. Im Heim störte die Patientin



durch mehrfach aufgetretene Unruhezustände mit lauten Hilferufen (sie solle ermordet werden). Häufig war sie verwirrt und verirrte sich in fremde Zimmer.

Bis zu ihrer Berentung vor 10 Jahren war Frau P. Bürovorsteherin in einem Anwaltsbüro gewesen und hatte daneben zahlreiche ehrenamtliche Tätigkeiten ausgeübt. Bis vor 1 Jahr, als sie wegen Verwirrheitszuständen mit Verfolgungswahn in eine Innere Klinik eingewiesen wurde, war sie gesund gewesen. Kurze Zeit nach der Entlassung musste sie erneut stationär aufgenommen werden, dieses Mal im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Von dort erfolgte die Verlegung in die Pflegeabteilung eines Altersheimes, nachdem eine Aufenthalts- und Vermögensbetreuung eingerichtet war.

Befunde: Bei der Aufnahme wurden starke Merkfähigkeitsstörungen wie auch Störungen des Altgedächtnisses festgestellt, daneben eine Neigung zu Konfabulationen. Verlangsamter und haftender Gedankengang, keine wahnhaften Gedanken. Subdepressive Stimmung, Antriebsverarmung. Auffallend war die inselartig recht gut erhaltene Rechenfähigkeit von Frau P.; Umgang mit Zahlen war wesentlicher Teil ihres Berufes und zugleich Hobby.

Im CCT zeigten sich Zeichen einer subkortikalen und vor allem kortikalen Hirnsubstanzminderung mit multiplen Infarkten im Sinne vaskulärer Demenz.

Diagnose: Senile Demenz vom vaskulären Typus (SDVT) F 01.1.

Verlauf und Therapie: In den ersten Tagen litt die Patientin noch unter Schlafstörungen und nächtlichen Unruhezuständen. Unter Gabe von Haloperidol (Haldol®) während des Tages und Prothipendyl (Dominal®) zur Nacht sowie unter einer Infusionsserie mit makromolekularen Dextranen kam es dann zwar zu einer Beruhigung, das amnestische Psychosyndrom konnte dagegen nicht nachhaltig beeinflusst werden. Frau P. wurde nach einigen Wochen in das Pflegeheim zurückverlegt.

➤ **Senile Demenz, vaskulärer Typ (F 01.1)**



Fallbeispiel 4.3

Anamnese: Ein 78jähriger Patient, Herr E., hatte sich einige Tage vor der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik an die Intensivstation des Klinikums wegen Magenbeschwerden gewandt, die er auf Fremdeinflüsse zurückführte.

Bei der Aufnahme in unserer Klinik berichtete er, dass aus der unter ihm liegenden Wohnung einer attraktiven jungen Frau schädliche Gerüche in seine Wohnung drängen. Zunächst seien es harmlose Gerüche etwa nach Zwiebeln gewesen, jetzt Eisengeruch. Er fürchte Explosionsgefahr. Dabei könne nicht nur sein Haus zerstört werden, sondern auch Gebäude in der Nachbarschaft. Es müsse entgast werden, womöglich in einem NATO-Programm, das vom Bundeskanzler ins Leben gerufen werden müsse.

Herr E. hatte früher ein eigenes Lebensmittelgeschäft geführt, seit 16 Jahren ist er Rentner. Er war Zeit seines Lebens ein empfindlicher, einzelgängerischer Mensch und ging nie eine engere Partnerschaft ein. Seit 4 Jahren lebt der Patient in einer inzwischen völlig verwahrlosten Einzimmerwohnung ohne ausreichende sanitäre Einrichtungen und mit ungenügender Heizmöglichkeit.

Befunde: Bei der Aufnahme zeigten sich inhaltliche Denkstörungen im Sinne eines paranoiden Wahnsystems. Längere Zeit hatte sich Herr E. sexuell beeinträchtigt gefühlt; die gegenwärtigen Magenbeschwerden erklärte er damit, dass russische Spione sich in seinem Hause herumtrieben und vor einigen Tagen angefangen hätten, Gas in seine Wohnung zu leiten. Die seit Jahren bestehenden olfaktorischen Halluzinationen bilden offenbar den Kern seines Wahnsystems. – Keine Merkfähigkeits-, Konzentrations- oder Orientierungsstörungen!

Diagnose: Paranoide Psychose im Senium (»Kontaktmangel-Paranoid«), F 06.2.

Herr E. wies keine neurologischen Störungen, keine über das Altersmaß hinausgehenden, auf eine Hirnatrophie hinweisenden Befunde im CCT auf, kein amnestisches organisches Psychosyndrom, sodass wir das Krankheitsbild als paranoid-halluzinatorische psychotische Entwicklung im Senium



ansahen, wie bei entsprechend disponierten Persönlichkeiten als Kontaktmangelparanoide beschrieben. Die anfängliche Diagnose eines paranoiden Syndroms im Rahmen einer senilen Demenz wurde nicht bestätigt. Nach ICD-10 ist differentialdiagnostisch neben F 06.2 organische wahnhaft (schizophreniforme) Störung oder F 22.0 anhaltende wahnhaft Störung zu erwägen.

Behandlung und Verlauf: Unter neuroleptischer Medikation trat Beruhigung ein, jedoch keine Distanzierung vom Wahn. Zwar lässt sich Herr E. zur Aufnahme in ein Altersheim überreden, er sieht jedoch nicht ein, dass er nicht mehr allein leben kann.

➤ **Paranoide Psychose im Senium (Kontaktmangelparanoide) (F 06.2)**

Fallbeispiel 4.4

Anamnese: Die 43jährige Patientin, Frau K., wurde wegen unklarer Bewusstseinsstörung zunächst in die Neurologische Klinik aufgenommen, wegen depressiver Symptomatik jedoch einen Tag später in die Psychiatrische Klinik verlegt. Offenbar war es vor der jetzigen Aufnahme zu einem epileptischen Anfall mit verlängerter Aufwachphase gekommen. In der Klinik wurde ein kurzzeitiger fokalmotorischer Anfall mit Sopor beobachtet, nachfolgend geringgradige Somnolenz und Erbrechen sowie paroxysmale Tachykardien.

Frau K. ist verheiratet, hat zwei Töchter. Sie hat Verkäuferin gelernt, ihren Beruf aber seit der Eheschließung nicht ausgeübt. Nach im Übrigen unauffälliger somatischer Anamnese wurde bei ihr vor 2 Jahren ein Meningeom diagnostiziert. Seit der damaligen Operation musste sie mehrfach in Verbindung mit dem seither aufgetretenen symptomatischen Anfallsleiden stationär behandelt werden.

Befunde: Psychisch wirkte Frau K. verlangsamt, umständlich, am Einzelnen haftend; subdepressiv, gelegentlich gereizt. Keine Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen. Im CCT war kein Tumorrezidiv nachzuweisen, die Lumbalpunktion blieb ohne pathologischen Befund.



Diagnose: Depressive Reaktion nach Meningeomoperation (F 06.32, F 07.0) einhergehend mit symptomatischer Epilepsie, rechtsseitiger Hemiparese und hirnorganischem Psychosyndrom.

Behandlung: Nachdem auf Carbamazepin (Tegretal®) eine beträchtliche allergische Hautreaktion aufgetreten war, wurde auf Phenytoin (Zentropil®) eingestellt. Im Vordergrund der Behandlung standen Einzel- und Angehörigengespräche, die die nach der Operation in der Familie aufgetretenen Spannungen reduzierten. Eine wesentliche Besserung des Zustandes von Frau K. konnten wir allerdings nicht erreichen.

➤ ***Depressive Reaktion nach Meningeomoperation (F 06.32, F 07.0) einhergehend mit symptomatischer Epilepsie, rechtsseitiger Hemiparese und hirnorganischem Psychosyndrom***

Fallbeispiel 4.5

Anamnese: Eine 36jährige Patientin, Frau S., eine berentete Bürokauffrau, wurde von ihrem Ehemann in die Klinik gebracht, da zu Hause mehrfach Erregungszustände aufgetreten waren.

Der Ehemann berichtete zur Familienanamnese und Lebensgeschichte: Die Mutter der Patientin verstarb mit 38 Jahren im Landeskrankenhaus an einer Chorea Huntington, der Großvater mütterlicherseits war ebenfalls daran gestorben.

Frau S. ist das ältere von 2 Kindern eines Bauschlossers, die Scheidung der Eltern erfolgte, als die Patientin 8 Jahre alt war, wegen Alkoholismus des Vaters. Sie wuchs mit dem 3 Jahre jüngeren Bruder bei der Mutter auf, die 30jährig an einer Chorea Huntington erkrankte. Die Muttersmutter übernahm die Erziehung der Kinder. Nach der Hauptschule absolvierte Frau S. eine Lehre zur Bürokauffrau, einen Beruf, den sie nach der Heirat mit 21 Jahren noch weitere 4 Jahre ausübte.

Vor 10 Jahren traten die ersten Symptome der Krankheit auf: Kurz nach der Geburt ihres Sohnes kam es zu Gangunsicherheit. Die Patientin sei launisch und unberechenbar geworden. Zwei Jahre später wurde sie erstmals nervenärztlich untersucht, 5 Jahre nach Krankheitsbeginn stationär in einer Neurologischen Klinik behandelt. Sie reagierte depressiv, als man sie



über ihre Diagnose und die Prognose aufklärte. In der Folgezeit kam es mehrfach zu stationären Behandlungen. Wegen der zunehmenden Bewegungsstörung und des hirnorganischen Psychosyndroms wurde sie 4 Jahre vor der jetzigen Aufnahme berentet. Anfang dieses Jahres war eine weitere Verschlechterung des Zustandes eingetreten. Mehrmals versuchte die Patientin, unrealistische Pläne mit allen Mitteln in die Tat umzusetzen. So wollte sie z. B. ein Haus und ein Pferd kaufen, ohne dass dafür genügend Geld zur Verfügung stand. Außerdem war sie wahnhaft davon überzeugt, dass ihr Mann sich von ihr scheiden lassen wolle; durch nichts ließ sie sich von dieser Meinung abbringen. Im Verlauf der damit verbundenen Auseinandersetzungen kam sie immer wieder in so heftige Erregung, dass sie vom Balkon klettern oder aus dem Fenster springen wollte.

Befunde: Bei der Aufnahme bewusstseinsklar, zeitlich unsicher, im Übrigen aber voll orientiert; Auffassung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis ungestört. Affektiv erschien die Patientin inadäquat fröhlich. Sie äußerte wahnhafte Gedanken, bezogen auf die von ihr vermuteten Trennungsabsichten ihres Ehemannes.

Neurologisch: grimmassierender Gesichtsausdruck, kehlige dysarthrische, schwer verständliche Sprache. Streckung der Arme im Ellenbogengelenk nicht möglich; Daumen in Fehlstellung, Grundgelenk gebeugt, erhöhter Muskeltonus, MER beidseitig lebhaft, ASR kloniform, BSR beidseitig verbreiterte reflexogene Zonen. Ausführende, ataktische Bewegungen, insbesondere auch beim Finger-Nase-Versuch. Intentionstremor, keine Sensibilitätsstörungen.

CCT: Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume: fortgeschrittene Hirnatrophie. Vorderhörner der Seitenventrikel zeltförmig erweitert im Sinne einer Substanzminderung des Nucleus caudatus beidseitig.

Diagnose: (Hirn)organisches Psychosyndrom bei Chorea Huntington, F 02.2.

Behandlung und Verlauf: Die Behandlung erfolgte mit Tiaprid-HCl (Tiapridex®) und Lorazepam (Tavor®), wegen der zusätzlichen wahnhaften



Symptomatik auch mit Haloperidol (Haldol®). Daneben krankengymnastische Behandlung.

Da die weitere häusliche Pflege nicht mehr möglich war, wurde die Patientin nach Einleitung einer Aufenthalts- und Vermögenspflegschaft in ein Krankenhaus für chronisch Kranke verlegt.

➤ **Hirnorganisches Psychosyndrom bei Chorea Huntington (F 02.2)**

Fallbeispiel 4.6

Anamnese: Die 47jährige, verheiratete Frau B. war bis kurz vor ihrer Krankenhausaufnahme als Altenpflegerin tätig. Die Einweisung erfolgte wegen Gangstörungen, Paresen und Bewegungsstörung mit Verdacht auf konversionsneurotische Entwicklung.

Frau B. wurde als Tochter eines Vulkaniseurmeisters und einer Hausfrau in der ehemaligen DDR geboren. Als junge Frau verlor sie ihre Eltern, die beide an einer Herzerkrankung verstarben. Nach dem Abitur absolvierte sie eine Lehre als Drogistin. In die Bundesrepublik gekommen, ging sie mit 27 Jahren ihre erste Ehe ein. Aus dieser Verbindung mit einem Marokkaner stammen 2 jetzt schon fast erwachsene Kinder. Nach der Scheidung, 7 Jahre später, heiratete sie ihren jetzigen Mann, einen 10 Jahre jüngeren Griechen, mit dem sie einen Sohn hat. Wegen Arbeitslosigkeit des Ehemannes lebt die Familie in schlechten finanziellen Verhältnissen.

Zur somatischen Anamnese: Mit 29 Jahren habe sie erstmals Augensymptome mit Schleiersehen und Verlust des Farbensehens bemerkt. Mit 40 Jahren trat Schwäche im linken Fuß auf, die sich vor 1 Jahr auf beide Beine und Arme ausbreitete. Seit 1 Jahr Doppelbilder. – Labiler Hypertonus.

Befunde: Bei der Aufnahme zeigte Frau B. psychopathologisch keine produktive Symptomatik, sie war bewusstseinsklar und voll orientiert. Sie wirkte vital und zeigte sich kooperativ. Im Affekt erscheint sie geringfügig euphorisch, etwas inadäquat.

Neurologisch: Endständiger unerschöpflicher Nystagmus beim Blick nach rechts; rhythmischer grobschlägiger Ja-Tremor des Kopfes. Unsicherer, schwankender Gang, Beugeschwäche des linken Unterschenkels, Hyperref-



lexie des rechten Armes; Hyperalgesie beider Beine, Hypalgesie am rechten Oberarm, Herabsetzung des Vibrationsempfindens in beiden Beinen.

Psychodynamisch fanden wir eine enge Beziehung zum Vater, eine konflikthafte Verarbeitung der Beziehung zu ihrer Mutter, die häufig Scheidungsabsichten äußerte. Mit 26 Jahren schwere Enttäuschung in einer intimen Liebesbeziehung, die dann von ihr beendet wurde. In der ersten Ehe mit einem Marokkaner häufiges Unglücklichsein. Weitere Beziehungen zu Ausländern aus den Mittelmeerländern in eher ungeordneten Lebensbedingungen. Der jetzige Mann plant, zur See zu fahren. Er hat wenig Verständnis für sie und möchte in ein romanisches Land umsiedeln. Sie erwartet, dass er sie demnächst verlassen wird.

Nach zahlreichen Gesprächen ließen sich die Symptome zunächst z. B. als konversionsneurotisch bedingt verstehen. Zusätzliche somatische **Befunde** zwangen uns dann aber zu einer Korrektur der **Diagnose**: Im MRT fanden sich Demyelinisierungsherde. Bei der Untersuchung visuell evozierter Potentiale ergaben sich Hinweise auf rechtsbetonte Schädigung des visuellen Systems beidseits. Bei Ableitung der akustisch evozierten Potentiale: Verdacht auf Schädigung im Bereich des Colliculus inferior. Im Liquor Veränderungen mit Pleozytose, Eiweißvermehrung, liquorelektrophoretisch Gammaglobulinvermehrung.

Diagnose: Multiple Sklerose (pseudoneurotische Entwicklung), F 06.3.

Verlauf: Nach eindeutiger Festlegung der Diagnose »Multiple Sklerose« wird eine Behandlung in der MS-Ambulanz des Klinikums vereinbart, Frau B. nimmt an einer Gruppentherapie für MS-Kranke teil.

➤ **Multiple Sklerose (pseudoneurotische Entwicklung) (F 06.3)**

Histoische Fälle aus der klassischen Literatur

Fallbeispiel 4.7

»C. G., 21 Jahre alt, sehr kräftig, ist am 26. Febr. 1859 schnell mit starkem Frost, Nasenbluten, Schwindel erkrankt; wird am 28. Febr. in meine Clinic



aufgenommen. Die Untersuchung ergibt Pneumonie des rechten unteren Lappens in geringer Ausdehnung, schweres Typhusähnliches Krankheitsbild mit Prostration, viel ruhigen Delirien, Respiration 32–42, Puls 100–104, Temperatur 40,3–41,0 C. Am dritten Krankheitstag erscheint ein Herpes labialis, der sich schlecht entwickelt. Am vierten Krankheitstag sinkt die Temperatur von morgens 40,3 Grad auf abends 39,9 Grad C., der Puls auf 92; der Pat. zeigt dabei mehr Verwirrtheit und Geistesabwesenheit. Am fünften Krankheitstag zeigen die physicalischen Zeichen den vollen Rückgang des örtlichen Processes, die Temperatur ist morgens und abends 38,1 und 38,2 C., Puls 66–72, zeitweise aussetzend. Das Aussehen ist bleich, Pat. total von Sinnen, er weiß gar nicht, wo er ist, erinnert sich an die einfachsten Dinge nicht, schwatzt anhaltend delirierend fort und wird nachts höchst unruhig und ungebärdig (Morphium). Nach der heftigsten Unruhe kam gegen Morgen ein ruhiger langer Schlaf bei blassem, zuweilen leise zuckendem Gesichte, langsamem Athem, irregulärem, 60–66mal schlagendem Puls, Temperatur 37,3 C.«

Der Autor dieser Kasuistik, Wilhelm Griesinger, weist darauf hin, dass die psychische Störung sich erst mit der Abnahme des Fiebers entwickelt habe, dass er darum den Fall nicht als Fieberdelir betrachte. Er berichtet darüber, dass sich das psychische Verhalten des Patienten bereits nach 2 Tagen normalisierte.

Diagnose: Symptomatische Psychose bei Pneumonie (nach Griesinger) (F 05.0).

➤ ***Symptomatische Psychose bei Pneumonie (nach Griesinger) (F 05.0)***

Fallbeispiel 4.8

Es wird die Krankengeschichte einer 44jährigen, bis dahin besonders tüchtigen Röntgenschwester dargestellt.

»Man erfuhr, dass die Pat. etwa ein Jahr vor der Aufnahme in dem Krankenhaus in einem immer stärker werdenden Eigensinn mit zunehmender Reizbarkeit auffiel. Ein halbes Jahr zurück erlitt sie während der Arbeit auf der Röntgenstation einen apoplektiformen Insult. Sie konnte nicht mehr sprechen. Als nach einigen Stunden das Sprechvermögen zurückgekehrt



war, klagte sie über ein Gefühl von Pelzigsein in der Zunge, der rechten Gesichtshälfte sowie im rechten Arm. Eine motorische Lähmung war nicht vorhanden, auch war kein Bewusstseinsverlust festgestellt worden. Man schickte die Schwester daraufhin in ein Erholungsheim, von wo man sie ihres immer auffälliger werdenden Benehmens wegen nach sechs Wochen wieder in das Mutterhaus zurückholte. Nun wurde im Blutserum eine stark positive Wassermann'sche Reaktion festgestellt. Ohne an eine Liquoruntersuchung zu denken, hielt man sie dort noch mehrere Monate lang und machte eine »vorsichtige Neosalvarsankur«, die in drei Injektionen zu 0,15 Neosalvarsan bestand. Wegen einer darauffolgenden rasch zunehmenden psychischen Verschlechterung wurde diese Behandlung wieder abgebrochen. Einmal bejahte die Pat. auf Befragen in völlig vager und unklarer Weise die Möglichkeit einerluetischen Infektion. Eine Mitschwester erzählte, dass die Pat., sonst sehr zurückhaltend, schon seit Monaten begonnen habe, ihr gegenüber viel und hemmungslos über sexuelle Dinge zu sprechen. Auf der Krankenstation des Mutterhauses habe sie phantastische Geschichten berichtet, z. B. dass die Frau des Chefs geschlechtskrank sei und sie selbst die Lues, die sie angeblich haben solle, dann wohl von ihrem Chef erworben habe. Pat. drängte wiederholt aus dem Bett, um abzureisen, weil sie in den nächsten Tagen mit einem Arzt Hochzeit feiern werde, den sie in den letzten Jahren gelegentlich in seiner Sprechstunde konsultiert hatte. Dann fing sie an, zunehmend expansiv zu werden. Sie besitze 5 Millionen und einen prachtvollen schwarzen »Mercedes«, in Luxusausführung. Wenn Ref. auch so einen haben wolle, könne sie jederzeit dafür sorgen. Auch von ihren Millionen gebe sie ihm sofort eine ab, später bei Bedarf noch mehr. Sie habe 10 oder 20 Kinder, prächtig, gescheit, gesund, jedes habe bei der Geburt 10 oder 12 oder 15 Pfund gewogen. Meist habe sie sich selbst durch Kaiserschnitt entbunden, denn ihr Mann Dr. X. habe sie zu einer erstklassigen Operateurin ausgebildet usw. Pat. wirkt in ihrer strahlenden, kritiklosen Euphorie schon sehr dement. Sie war auf der Abteilung Tag und Nacht unsauber in Stuhl und Urin. Zeitlich und örtlich war sie höchst mangelhaft orientiert und glitt mit Gehobenheit über ihr Versagen hinweg.«

Neurologisch bestand eine reflektorische Pupillenstarre, ferner fand sich eine erhebliche artikulatorische Sprachstörung mit Silbenstolpern und



Schmierern bereits beim spontanen Sprechen sowie ein unkoordiniertes Flattern der mimischen Gesichtsmuskulatur. Der Liquorbefund bestätigte die Diagnose der Progressiven Paralyse.

Unter einer Fieberbehandlung mit Impfmalaria sowie der dann folgenden Neosalvarsanbehandlung kam es zu einer klinischen und serologischen Besserung. Es gelang, die Patientin wieder voll herzustellen. Bei Erhebung der genaueren Anamnese stellte sich heraus, dass die Infektion der Patientin 18 Jahre zurücklag und unbemerkt geblieben war.

Diagnose: Expansive Form der Progressiven Paralyse (nach Weitbrecht) (F 06.30).

➤ ***Expansive Form der Progressiven Paralyse (nach Weitbrecht)***
(F 06.30)

5 Missbrauch und Abhängigkeit

5.1 Allgemeiner Teil – 86

5.2 Spezieller Teil – 88

5.2.1 Alkoholismus (F 10) – 88

5.2.2 Drogenabhängigkeit – 99

5.1 Allgemeiner Teil

Zahlreiche psychotrope Substanzen werden verwendet, um in missbräuchlicher oder abhängiger Weise Effekte hervorzurufen, die die Betroffenen gefährden oder schädigen. Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit stehen in Interaktion mit Persönlichkeit (Disposition und Entwicklung), Umwelt (Sozialfeld und Gesellschaft) und Droge (Angebot, Erreichbarkeit, Wirkung).

Der Terminus »Abhängigkeit« als körperliche und/oder psychische Abhängigkeit wird synonym mit »Sucht« verwendet. Der Begriff »süchtige Fehlhaltung« beinhaltet auch süchtige Verhaltensweisen (nicht stoffgebundene Süchte) wie Spielsucht etc.

Definitionen:

- **Missbrauch** (schädlicher Gebrauch): Körperlicher und seelischer Schaden aufgrund des Gebrauchs in übermäßiger Menge oder (bei Medikamenten) in nicht zweckentsprechender Weise.

Diagnose »Missbrauch« nur, wenn nicht bereits Abhängigkeit vorliegt: Missbrauch als Vorstufe!

- **Abhängigkeit**: Übermächtiges Verlangen nach Einnahme von Drogen oder Alkohol, überwertig gegenüber anderen, früher höher bewerteten Verhaltensweisen.

Gekennzeichnet durch Kontrollverlust, körperliche Entzugserscheinungen (Entzugssyndrom, Besserung durch Zufuhr des Suchtmittels), eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (z. B. Außerachtlassung gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens), Toleranzentwicklung (Dosissteigerung), Konsum trotz nachweislicher Schädigung, evtl. Beschaffung der Droge mit allen Mitteln (Beschaffungskriminalität), Abhängigkeit von einem einzelnen Stoff, einer Gruppe oder einem weiten Spektrum von Substanzen (Polytoxikomanie).

Missbrauchs-/Abhängigkeitstypen lt. Weltgesundheitsorganisation (WHO):

- Alkohol
- Opioide (Morphin, Heroin)
- Cannabinoide (Haschisch, Marihuana)
- Sedativa und Hypnotika
- Kokain
- Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy, auch Koffein)

- Halluzinogene (LSD, Psilocybin)
- Flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelsucht)
- Tabak

➤ sowie polyvalenter Missbrauch/Abhängigkeit. Früher auch Khattyp und Morphinantagonisten.

Syndrome im Zusammenhang mit Substanzeinnahme

■ **Akute Intoxikation**

Vorübergehender Zustand aufgrund der Einnahme einer hohen Dosis von Drogen oder Alkohol mit körperlichen und psychischen Störungen bzw. Auswirkungen auf das Verhalten.

Symptome:

- Sedierung oder Erregungszustände
- delirante Zustandsbilder
- sonstige produktiv-psychotische Syndrome
- Anfälle
- u. U. Bewusstseinsverlust, Koma

■ **Entzugssyndrom**

Auftreten bei Abhängigkeit. Rascher Entzug anzustreben!

Symptome:

- vegetativ: Schlafstörungen, Tremor, Schwitzen
- Unruhe, Angst, Depression
- Besserung durch Zufuhr des Suchtmittels

im Rahmen des Entzugssyndroms auch:

- Delirium tremens (Provokation durch Entzug, Trauma, Infekt)
- häufig symptomatische Anfälle

■ **Exogene Psychosen**

Produktive Symptome (Wahrnehmungsstörungen und Wahn) sowie affektive und psychomotorische Störungen, u. U. qualitative Bewusstseinsstörung.

Formen:

- Halluzinose (unterschiedlich je nach Drogentyp)
- schizophreniforme paranoid-halluzinatorische Psychosen sowie organische Psychosyndrome
- vorwiegend wahnhafte Psychose
- Korsakow-Syndrom/amnestisches Syndrom mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis-, Orientierungs- und Zeitgitterstörungen sowie Konfabulationen

- Nachhallzustände (flashback) von Psychosen und Intoxikationen
- affektive Zustandsbilder (chronische Angstzustände)

5.2 Spezieller Teil

5.2.1 Alkoholismus (F 10)

5

Allgemein: Bei einem Konsum von Alkohol, der über das sozial tolerierte, für Individuum oder Gesellschaft ungefährliche und unschädliche Maß hinausgeht, kann es sich handeln um:

- einmaligen Missbrauch (Intoxikation)
- gewohnheitsmäßigen schädlichen Gebrauch (Missbrauch)
- Abhängigkeit/Sucht (Alkoholismus im engeren Sinne)

Seit 1968 ist Alkoholismus in der BRD vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt.

Epidemiologie: Neben neurotischen (psychogenen) Störungen in Europa verbreitetste psychische Störung!

Prävalenz: In der BRD etwa 3 % der Erwachsenenpopulation.

Schätzung: 2–3 Millionen Alkoholiker, dazu etwa ebensoviele Gefährdete sowie betroffene Angehörige, d. h. 6–10 Millionen indirekt oder direkt Betroffene. Nicht gerechnet ist kurzdauernder Missbrauch! »Alkohol – das durchgesetzte Recht auf Rausch!«

Erhebliche sozialmedizinische Bedeutung:

- 30 % der psychiatrischen Krankenhausaufnahmen (50 % der Männeraufnahmen, 20 % der Frauenaufnahmen)
- 10–20 % der Patienten im Allgemeinkrankenhaus
- 10–15 % der Patienten in der Allgemeinpraxis
- Beteiligung von Alkohol an ca. 50 % aller Straftaten (Aggressionsdelikte!) sowie an 50 % der Selbstmordversuche
- Anstieg des Frauenalkoholismus (oft heimliches Trinken!) Nach dem 2. Weltkrieg Verhältnis Männer : Frauen 8:1, seither ständig steigender Frauenanteil

Angaben zu Alkoholverbrauch und -toleranz:

- Seit dem Zweiten Weltkrieg bis ca. 1975 in der BRD ständiger Anstieg des Alkoholverbrauchs, seit 1991/2 geringfügiger Rückgang
- BRD international an 1. Stelle vor Frankreich, Portugal, Schweiz, Spanien. Verbrauch von 11–13 l reinen Alkohols pro Kopf/Jahr (1950: 3 l, 1994 (gesamte BRD): 11,4 l)
- 1994 pro Kopf Verbrauch in der BRD: Bier: 139,6 l, Wein: 17,5 l, Sekt: 5,0 l, Spirituosen 6,7 l
- Ausgaben für Alkohol in der BRD im Jahr 1987: 32,4 Mrd. DM. Steuereinnahmen im Jahr 1987: 6,1 Mrd. DM. 1994: 7,8 Mrd. DM
- hohe volkswirtschaftliche Verluste durch Alkoholfolgen (Schätzung über 40 Milliarden/Jahr)
- hohe Zahl von Alkoholtoten, meist unterschätzt im Vergleich zu Drogentoten, da vorwiegend indirekt: Unfälle, körperliche Folgekrankheiten (Schätzung: mindestens 40000/Jahr in der BRD gegenüber ca. 2000 Drogentoten)
- ungleicher Konsum: 10 % der Erwachsenen verbrauchen 50 % des getrunkenen Alkohols, 10 % sind abstinent
- Schädliche Werte für Männer: über 60 g/die, für Frauen: über 40 g/die (Bier 4,5–5 % vol, Wein/Sekt 10–13 % vol, Spirituosen 30–40 % vol)
- Toleranz unterschiedlich: herabgesetzt bei Epilepsie, Ermüdung, Hepatopathie, Hirngefäßsklerose, nach Hirntraumen, unter neuroleptischer Therapie und bei Alkoholikern in der chronischen Phase. Verstärkung (Potenzierung) der Alkoholwirkung durch Barbiturate, Tranquilizer, Neuroleptika, Antidepressiva etc.
- Hoher Alkoholverbrauch ist individuell meist mit hohem Nikotinmissbrauch verbunden (Raucherquote BRD: 42 % der Männer, 26 % der Frauen)

Ätiologie: Multikausale Entstehung aus dem Zusammenwirken von genetischer Disposition, Persönlichkeitsstruktur, Droge und sozialem Umfeld (Familie, Sozialschicht, Beruf, kulturelle Einflüsse). Psychoanalyse nimmt starke orale Anteile in der Persönlichkeit an (geringe Frustrationstoleranz).

In der BRD wie z. B. auch in Frankreich permissive Haltung gegenüber Alkohol; demgegenüber Abstinenzkulturen (Islam, Hindu) sowie Ambivalenzkulturen (USA, Großbritannien, Norwegen).

Phasen nach Jellinek

(Symptome je nach Stadium der Abhängigkeit)

Präalkoholische Phase

- Spannungsreduktion durch Alkohol
- häufiges Trinken
- leichte Toleranzerhöhung

Prodromalphase

- Erleichterungstrinken (gierig!)
- Toleranzerhöhung
- Gedächtnislücken (Palimpsest = Verblässen alter Erinnerungen, Erinnerungslücken, Black-out, »Filmriss«)
- heimliches Trinken mit Schuldgefühlen
- dauerndes Denken an Alkohol, aber Vermeidung – von Gesprächen über Alkohol

Kritische Phase

- nach Trinkbeginn: Kontrollverlust
- Ausreden, Alibis, Rationalisierung
- Aggression und Schuldgefühle (Zerknirschung)
- nach Perioden von Abstinenz stets Rückfälle
- Trinksystem (nicht vor bestimmten Stunden!) gelockert
- Interesseneinengung, Verlust von Sozialbezügen
- Toleranzverminderung
- Zittern und morgendliches Trinken
- mangelhafte Ernährung
- Libido- und Potenzverlust (evtl. Eifersucht)

Chronische Phase

- verlängerte Rausche
- ethischer Abbau
- Fehlbeurteilung der eigenen Lage
- Trinken mit Alkoholikern (»unter Stand«)



- Trinken als Besessenheit
- Angstzustände, Zittern
- Auftreten von Psychosen
- Toleranzverlust
- Erklärungssystem versagt – Niederlage zugegeben – Behandlungsansatz!

Jellinek EM (1952) Phases of alcohol addiction. Quart J Stud Alc 13: 673

Bild des chronischen Alkoholikers

Gesichtshaut rötlich, gedunsen; Tränensäcke; Teleangiektasien; belegte Zunge; Foetor ex ore.

— *Psychisches Bild:*

- passiv abhängige Persönlichkeit
- depressive Verstimmung (Suizidalität)
- affektlabil
- distanzlos (Wesensänderung)
- Gefälligkeitshaltung, latente Gereiztheit
- psychoorganisches Syndrom

— *Körperliche Erkrankungen und Symptome:*

- Gastritis mit Erbrechen und Übelkeit
- Leberschädigung (Fettleber, Leberzirrhose): Gamma-GT, GOT, GPT, alkalische Phosphatase, CDT (Carbohydrat defizientes Transferrin) erhöht
- Erhöhung der MCV (Makrozyten)
- Pankreatitis
- Herzmuskel-Erkrankungen
- akute Myopathie
- neurologische Störungen, vor allem Polyneuropathie (Gangstörungen, Sensibilitätsstörungen)
- Krampfanfälle
- Zieve Syndrom (akutes hämolytisches Syndrom, Leberzirrhose oder Pankreatitis)

Folgende spezifische, durch Alkohol bedingte, psychiatrische Krankheitsbilder können als akute Intoxikationen oder als metalkoholische Psychosen auftreten:

Tab. 5.1. Formen des Alkoholismus nach Jellinek

Art des Alkoholismus	Versuch einer Typisierung	Abhängigkeit	Suchtkennzeichen
Alphatypus	Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker	episodenweise psychisch	kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken, Fähigkeit der Abstinenz
Betatypus	Gelegenheitstrinker (übermäßig, unregelmäßig)	keine, außer sozio-kulturelle	Kein Kontrollverlust; Organschäden möglich
Gammatypus	süchtiger Trinker	zuerst psychische Abhängigkeit, später physische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Phasen von Abstinenzfähigkeit (!)
Deltatypus	Gewohnheitstrinker (rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum)	physische Abhängigkeit	Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust
Epsilontypus	episodischer Trinker (»Quartalsäufer«, Dipsomanie)	physische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz; Tendenz zum Übergang in Gammatypus
Gamma-, Delta- und Epsilontyp: Alkoholkrankheit im engeren Sinne mit seelischen, körperlichen und sozialen Schädigungen und Abhängigkeit			
Jellinek EM (1960) The disease of alcoholism. Yale Univ. Press, New Haven			

Einfacher Rausch (F 10.0)

Alkoholvergiftung = Alkoholpsychose im weiteren Sinne.

Bestimmung von Blutspiegel und/oder Atemalkohol (bis 1,5 ‰ leichter, bis 2,5 ‰ mittelschwerer Rausch).

Symptome:

- zerebelläre Symptomatik mit Ataxie, Dysarthrie, Koordinationsstörungen beim Sprechen, Gehen, Schreiben; Blickrichtungsnystagmus
- vegetativ: erweiterte Hautgefäße, Mydriasis, Pulsbeschleunigung
- psychisch: Enthemmung, Euphorisierung oder depressive Regression (Suizidalität!), Urteilsschwäche, Selbstüberschätzung
- Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen

- Bewusstseinsstörungen
- für den Rausch oft (partielle) Amnesie (Black-out)

Therapie: Meist keine Therapie; bei Erregung u. U. Neuroleptika.

Komplizierter Rausch

Symptome: Stärkere Ausprägung des »einfachen« Rausches, mit Erregung und Bewusstseinsstrübung. Öfter Amnesie, besonders bei Oligophrenen und hirnorganisch Kranken.

Therapie: Sedierung mit Neuroleptika wie Haloperidol (Haldol®), Chlorprothixen (Truxal®), Promethazin (Atosil®), evtl. Diazepam (Valium®) langsam i. v.

Pathologischer Rausch (F 10.07)

Alkoholbedingte symptomatische Psychose (Dämmerzustand), Eintreten nach u. U. nur geringer Alkoholmenge (Alkoholunverträglichkeit).

Vorkommen: Bei Hirntraumatikern, Epileptikern, chronischen Alkoholikern; psychoreaktiv bei abnormen Persönlichkeiten. Öfter als Ausflucht nach normalem Rausch, um vor Gericht Exkulpierung (§ 20 StGB) zu erreichen.

Symptome:

- Desorientiertheit (Situationsverkenntung)
- Personenverkenntung, Wahrnehmungsstörung (Halluzinationen)
- schwere Erregung, sinnlose Gewalttaten
- Terminalschlaf
- Erinnerungslücke (!), meist nur kurze Dauer (15 min – mehrere Stunden)

Therapie: Wie bei kompliziertem Rausch.

Entzugssyndrom (F 10.3) (■ Tab. 5.1)

Bei Abhängigen nach längeren Trinkphasen meist zunächst vegetative Symptome (feuchte Hände!). Protrahierter Entzug prognostisch ungünstig.

Therapie: Carbamazepin 200–800 mg/die

➤ Delirium tremens (F 10.4)

Vorkommen: Auftreten einige Tage nach Entzug als Entzugsdelir oder (selten) als Kontinuitätsdelir; provoziert auch durch Anticholinergika (Anti-Parkinson-Mittel, Antidepressiva), Neuroleptika, Spasmolytika etc.

Dauer: Unbehandelt 3 bis maximal 20 Tage; früher oft (ca. 50 %) letaler Ausgang.

5

Symptome:

- *Prodromi:*
(*subdelirantes Syndrom*): Schlafstörungen; Aufmerksamkeitsstörungen; Angst, Unruhe (nächtliche Verwirrtheit); Zittern, Schwitzen, Tachykardie, Fieber, Durchfall, (vegetatives Entzugssyndrom); Muskelwogen (besonders mimisches Beben)
- *Vollbild:* Bewusstseinsstörung; Störung von Aufmerksamkeit, Auffassung und Immediatgedächtnis; Desorientiertheit; Beschäftigungsdrang, motorische Unruhe, Schreckhaftigkeit, Nesteln; gesteigerte Suggestibilität (z. B. Ablesen von einem weißen Blatt); inkohärentes Denken; Konfabulationen; Personenverkennungen; optische und szenische Halluzinationen, Akoasmen

Therapie:

- Clomethiazol (Distraneurin®) auch im beginnenden Delir möglichst oral, da gute Resorption, nur unter Intensivbeobachtung Infusionen (vermehrte Bronchialsekretion! cave: Atemdepression! Blutdruckabfall) langsam abbauen! Nach etwa 10 Tagen absetzen, Gefahr der Distraneurinabhängigkeit! ▶ S. 84!
- Clonidin (Catapresan®): nur stationär unter Intensivbedingungen
- bei starker paranoider Symptomatik Kombination mit Neuroleptika (z. B. Haloperidol®)
Nachteil: Erniedrigung der Krampfschwelle
- Carbamazepin zur Anfallsprophylaxe und im Subdelir (schweres Entzugssyndrom; u. U. Vermeidung des Volldelirs)
- Herz- und Kreislaufstützung
- Vitamin B 1-Gaben
- genaue Beobachtung (Intensivkurve!)
- *keine* Alkoholinfusionen (auch aus ethischen Erwägungen) alternativ zu Distraneurin®! (leider nicht selten in chirurgischen Fächern!)

➤ Alkoholhalluzinose (F 10.52)

Paranoid-halluzinatorische Psychose, relativ selten; Auftreten während chronischen Trinkens, öfter nach Trinkexzessen; Vorherrschen akustischer Halluzinationen; syndromatisch alle Übergänge zu Delir und Schizophrenie möglich.

Dauer: Stunden bis maximal 6 Monate (bei längerer Dauer Zweifel an der Diagnose! Schizophrenie?).

Symptome:

- Stimmenhören in dialogischer und kommentierender Form (bedrohlich, Beschimpfungen; Sprechchöre, »Über-Ich«)
- (Verfolgungs-)wahn
- Angst
- durch das Erleben der Kranken erklärbare Handlungen (z. B. Aggressivität gegen vermeintliche Personen)
- keine Bewusstseinsstörung, Orientierung erhalten
- zeitweilige Krankheitseinsicht

Therapie: Neuroleptika, Abstinenz (!)

Alkoholischer Eifersuchtswahn (F 10.51)

Psychologisch meist verstehbare, durch die Impotenz des Alkoholikers und Ablehnung der Ehefrau/Partnerin bedingte seltene Wahnentwicklung; häufiger bei Männern.

Symptome:

- groteske Beschuldigungen (z. B. wahnhaft interpretierte »Spermaflecken im Bettlaken!«)
- keine Krankheitseinsicht

Therapie: Alkoholabstinenz und (danach) Partnertherapie

Alkoholisches Korsakow-Syndrom (Psychose) (F 10.6)

Vorkommen: Häufig im Anschluss an Alkoholdelir, an Wernicke-Enzephalopathie oder chronisch-progredient auftretend; bei 3–5 % der Alkoholiker; auch nach Monaten noch Besserung möglich, aber auch ungünstige, irreversible Verläufe.

Symptome:

- Merkfähigkeitsstörungen
 - Desorientiertheit
 - Konfabulationen
- } *Symptomentrias*
- oft flach euphorische Stimmung
 - Passivität
 - Auffassungsstörungen
 - Kurzzeitgedächtnis am stärksten betroffen, Immediatgedächtnis erhalten

Therapie: Versuch mit Vitamin-B-Komplex, insb. Vitamin B₁.

Wernicke-Enzephalopathie (Polioencephalopathia haemorrhagica superior Wernicke) (G 31.2)

Lebensbedrohliches Syndrom, klinisch oft schwer von Korsakow-Psychose zu trennen, oft auch Übergang ins Korsakow-Syndrom. Letalität 10–20 % trotz Therapie; neurologische Symptomatik nicht durchgehend nachweisbar, bei jedem Alkoholiker an Wernicke-Enzephalopathie denken!

Vorkommen: Infolge Thiaminmangels bei Alkoholismus, aber auch bei Magenkrankungen, Mangelernährung, schweren Infektionskrankheiten etc. Neuropathologisch: Blutungen und Gefäßläsionen im Thalamus, den Corpora mamillaria, der Gegend des Aquädukts und des 3. und 4. Ventrikels sowie im Zerebellum.

Symptome:

- Auffassungs- und Gedächtnisstörungen
 - Desorientiertheit
 - Bewusstseinsstörungen (Delir), Vigilanzstörung
 - Erregungszustände
- neurologisch:*
- Augenmuskellähmungen
 - Pupillenstörungen (Miosis)
 - horizontaler Blickrichtungsnystagmus
 - zerebelläre Ataxie (Gangataxie)
 - zentralvegetative Störungen (Hypersomnie)

Therapie: Vitamin B₁ (sofort hohe Dosen, dann 100 mg i. v./die)
(keine Glukosegabe **vor** der Vitaminverabreichung; Gefahr der Laktatazidose!)

Weitere vorwiegend neurologische Erkrankungen

- alkoholische Kleinhirnatrophie (Rindendegeneration)
- Alkoholepilepsie: symptomatische, generalisierte Anfälle (oft im beginnenden Delir) oder durch Alkohol provozierte genuine Epilepsie
- Pachymeningeosis haemorrhagica interna (akute oder chronische subdurale Blutung)
- zentrale pontine Myelinolyse (schwerste neurologische Ausfälle; sehr hohe Mortalität)
- Marchiafava – Bignami-Syndrom: Degeneration des Corpus callosum mit Demenz, Sprachstörungen und Anfällen
- Polyneuropathie (mit axonaler Degeneration)

Alkoholembryopathie

Pränatale Erkrankung durch Alkoholkonsum der Mutter während der Gravidität.

Symptome: Prä- und postnatale Wachstumsverzögerung, statomotorische und mentale Retardierung, Kleinwuchs, faziale Dysmorphie, schmales Oberlippenrot, Herzfehler u. a.

Therapie des Alkoholismus

Allgemein gilt: Möglichst Früherkennung in voralkoholischer und Prodromalphase, bereits Primär- und Sekundärprävention.

Entzug und Entwöhnung sind 2 voneinander abgrenzbare Phasen.

- **Entzug:** Körperlicher Entzug (I) mit Carbamazepin, evtl. Distraneurin® (10 Tage, maximal 2 Wochen – cave: Suchtgefahr! Anwendung nur stationär); ambulant Carbamazepin (keine Tranquilizer!). Clonidin unter klinischer Überwachung. Unmittelbar anschließend Motivations-(gruppen)behandlung (Entzug II) als Vorbereitung zur Entwöhnung; Dauer: 2–3 Wochen
- **Entwöhnung:** Ziel ist die Abstinenz! D. h. kein Schluck Alkohol, auch kein »alkoholfreies« Bier, keine Likörbonbons etc., keine mit Alkohol zubereiteten Soßen! *Cave:* auch Arzneimittel in alkoholischer Lösung! Kontrolliertes Trinken ist bei Abhängigen unmöglich! Bei Missbrauch (schädlichem

Trinken) kann evtl. kontrolliertes Trinken versucht werden. Entwöhnung meist zunächst stationär, dann ambulant

- **Psychotherapeutische (stationäre) Behandlung:** In der Regel intensive Gruppenbehandlung nach psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Prinzipien mit den Zielen: Erlernen von Frustrationstoleranz, Aufgabe der Ersatzbefriedigungsfunktion der Droge, Unterstützung von Autonomiebestrebungen, Festlegung einer genauen Zeitstruktur des Tages und der Woche; Dauer der Behandlung in Spezialkliniken etwa 3 Monate; Empfehlung der langfristigen Teilnahme an Selbsthilfegruppen (Guttempler, Blaukreuz, Anonyme Alkoholiker), später auch Einbeziehung von Angehörigen; »Al-Anon« Selbsthilfegruppe von Angehörigen Alkoholkranker
- **Medikamentöse Behandlung:** Noch im Stadium der Erprobung: Mittel zur Reduktion des Trinkverlangens (Anticraving), z. B. Acamprosat (Camporal®) (Nebenwirkungen: Hauterscheinungen, gastrointestinale Symptome (Diarrhoe). – Demgegenüber: Prinzip der Alkoholmeidung durch »Angst« vor der Unverträglichkeitsreaktion durch Dauermedikation mit Disulfiram (Antabus®); nur bei motivierten Patienten als psychologische Unterstützung, unter ständiger ärztlicher Kontrolle (cave: bei Überdosierung Leberschädigung, Psychosegefahr, Krampfanfälle, deshalb: kein Trinkversuch; Dosierung 0,1 g/die)
- Problematisch: Fragen der Kostenübernahme. Krankenkassen bezahlen nur Entzug sowie Medikamente, sodann Rentenversicherungsträger (LVA; BfA) zuständig
- Neuerdings Förderung halbstationärer und ambulanter Maßnahmen: z. B. ALITA = ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie für Alkoholkranken (nach Ehrenreich): hochfrequente (tägliche) Gesprächskontakte mit langsamer Reduktion (Stufenkonzept)

Prognose

Abhängig von Ausgangspopulation. Behandlungserfolg mit Dauerabstinenz bei ca. 30–60 %, aber starke Selektion: von den alkoholismusbedingten Aufnahmen kommt es nach dem körperlichen Entzug nur bei etwa 10 % zu stationärer Kurztherapie, bei einem noch geringeren Anteil zu langfristiger Entwöhnung.

Unbehandelt beträchtliche Verkürzung der Lebenserwartung, hohe Suizidrate.

Rezidivgefährdung besteht lebenslang, Rückfallrisiko in den ersten Wochen, aber auch im ganzen 1. Jahr am höchsten.

5.2.2 Drogenabhängigkeit

Opioide (Morphintyp) (F 11)

- *Opium* (getrockneter Saft des Schlafmohns): seit Jahrtausenden in Verwendung; schmerzstillend, euphorisierend, hypnogen
- *Morphinum hydrochloricum* (Morphium): ein Alkaloid des Opiums
- *Synthetische Suchtmittel* (austauschbar, Kreuztoleranz): Diacetylmorphin (Heroin), Hydromorphon (Dilaudid®), Hydrocodon (Dicodid®), Oxycodon (Eukodal®), Codein (in Hustenmitteln), Dihydrocodein (Paracodin®, Tiamon®), Pethidin (Dolantin®), Methadon (Polamidon®), Dextromoramid (Jetrium®), Tilidin (Valoron®), Pentazocin (Fortral®), Buprenorphin (Temgesic®) etc., Tramadol (Tramal®)

Symptome/Wirkungen:

- *kurz nach der Einnahme:*
Stimulation, Euphorisierung, Sistieren von Missbefinden, Reaktionsverlangsamung, Rückzug auf das innere Erleben, Abkapselung, Analgesie
- *oft bereits nach wenigen Tagen:*
Gewöhnung mit Toleranzsteigerung/Dosissteigerung und Abhängigkeit mit chronischer Intoxikation:
 - Tonuserhöhung des Parasympathicus: Bradykardie, Blutdruckabfall, Müdigkeit, Miosis, Inappetenz, Gewichtsverlust, Obstipation, Impotenz, Frösteln, Zittern
 - fahle Haut (Injektionsstellen! Abszesse! Thrombophlebitiden!)
 - Haarausfall
 - Stimmungslabilität, Leistungsabfall
 - soziale Depravation (Wesensänderung mit Verfall von sittlichen und moralischen Werten und Normen)
 - Beschaffungskriminalität, Prostitution, Erschleichen von Kleinkrediten etc.
- *Intoxikation:* Enthemmung, Apathie, Ataxie, undeutliche Sprache, Miosis (Ausnahme: Mydriasis bei Anoxie nach schwerer Überdosierung), Vigilanzstörung

Diagnostische Hilfsmittel:

- Trunkenheit ohne Alkohol!
- vegetative Stigmata: gerötete Augen, trockener Mund, Herzklopfen, Durst, enge Pupillen
- Einstiche (Hautläsionen)
- psychische Auffälligkeit (moros-gereizt-vernachlässigt)

5

Entzugserscheinungen (sympathikotone Reaktion):

- weite Pupillen (Mydriasis)
- Schwitzen, Tränenfluss, Nasenlaufen
- Zittern, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe
- Tachykardie, Anstieg von Blutdruck und Temperatur
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Schlaflosigkeit
- psychisch erregt, verzweifelt, Angstzustände
- Drogenhunger (craving)
- symptomatische Psychosen (selten)
- neonatales Abstinenzsyndrom bei Neugeborenen opiatabhängiger Mütter

Schwere des Entzugs entsprechend der Schwere der Abhängigkeit und Konzentration des Mittels (Reinheitsgrad). Dauer 2 Wochen und länger, Maximum nach 1–2 Tagen.

Provokation von Entzugssyndromen durch Morphinantagonisten (Daptazile, Lofan, Nalorphin, Naloxon).

Komplikationen: Intoxikation (als psychogene Fehlreaktion, als Suizidversuch, als Überdosierung aus Unwissenheit), Spritzeninfektion mit Hepatitis-B oder HIV.

Therapie:

- *akute Morphinumvergiftung* mit Bewusstlosigkeit und Atemdepression: keine Magenspülung, keine Flüssigkeit! Atemwege freihalten. Morphinantagonisten Naloxon (Narcanti®) i. v. 0,2 mg bis Wirkungseintritt. Bei Verwendung Beachtung möglicher Suchtpotenz! Ferner Gabe von Tierkohle und Natriumsulfat
- *im Entzug:* niedrigpotente Neuroleptika; Antidepressiva z. B. Doxepin (Aponal®); Clonidin (Paracepan®) 0,6–1,8 mg/die (internistische Überwachung!)

- zur *Entwöhnung*: möglichst drogenfreie Entwöhnung in Behandlungsketten mehrerer Einrichtungen im Verbund mit Psycho- und Soziotherapie; Langzeitbehandlung erforderlich. Für Konsumenten die noch nicht zur Entwöhnung bereit sind: Drogenkonsumräume unter hygienischen Bedingungen. – Methadon-Ersatzbehandlung von Entzugserscheinungen der Opiatabhängigen; zwar Gefahr der Suchtstabilisierung sowie der Weitergabe des Ersatzpräparates; aber z. B. bei HIV-Infizierten Verringerung des Infektionsrisikos! Überbrückungsbehandlung! Entkriminalisierung! Zunehmend häufigere Anwendung! – Plasmahalbwertszeit von L-Methadon länger als Morphin

Cannabis, Marihuana (F 12)

Aktive Substanz: Tetrahydrocannabinol (THC). Haschisch kann wie z. B. Alkohol »Einstiegsdroge« sein, aber nur in einem Teil der Fälle; wesentlich geringere Gefährlichkeit als Opioide; geringere Suchtpotenz! In Europa kulturfremd, in anderen Kulturen ähnliche Funktion wie hier Alkohol.

Symptome/Wirkungen:

- gehobene Stimmung, euphorisch, albern, friedlich
- Wahrnehmungsstörungen (akustische und Farbwahrnehmungen intensiver etc., illusionäre Verkennungen)
- Veränderung der Realität, Gefühl der Irrealität, Denkstörungen, Verschiebung der Zeit-/Raumdimension
bei Intoxikation:
 - paranoide Gedanken
 - optische (Pseudo)Halluzinationen (Formen und Farben)
 - vegetative Störungen (Schwindel, Tränenfluss, Schwitzen, Erbrechen, Übelkeit, Tachykardie, Pupillenerweiterung)
 - ausgeprägte Angstzustände
Nachhallzustände (Echophänomene, flashback):
 - nach Tagen bis Wochen Wiederkehr der Cannabiserlebnisse ohne erneute Einnahme
Haschischpsychosen (selten):
 - andauernde Intoxikationswirkung über Tage und Wochen (bei Anhalten: Differentialdiagnose Schizophrenie)

Wesensänderung bei chronischer Einnahme:

- adynames Syndrom mit affektiver Verflachung und herabgesetzter Modulationsfähigkeit, Motivations- und Antriebsarmut bis zu Apathie, evtl. Verwahrlosung

Therapie: Entzug, bei Angst kurzfristig Benzodiazepine, bei psychotischem Erleben kurzfristig »atypische« Neuroleptika, bei adynamem Syndrom SSRI.

5

Halluzinogene (Phantastika, Dysleptika) (F 16)

LSD (Lysergsäurediäthylamid), Psilocybin, Meskalin.

Wirkung ähnlich wie Haschisch, jedoch massivere Intoxikationspsychosen. Keine körperliche Abhängigkeit. LSD (Albert Hoffmann 1942) wurde auch für psychedelische Behandlung verwendet: Erzeugung von Modellpsychosen, die Seele offenlegend (dälos griech. = offenbar). Phencyclidin (Angel Dust, Crystal) sehr riskantes synthetisches Halluzinogen (Aggressionen, Selbstbeschädigung).

Symptome/Wirkungen:

- vegetative Symptome
- illusionäre Verkennungen, (Pseudo)Halluzinationen, vor allem Formen und Farben, Depersonalisation/Derealisation
- im »Horrortrip« (Angstreise): Angst, Panik, Erregung, produktive psychotische Symptome, Realitätsverlust; mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung
- gelegentlich Nachhallpsychosen (Echopsychosen, Flashbacks)

Therapie:

- »Horrortrip«: Diazepam, beruhigendes Gespräch
- bei *prolongiertem Verlauf von LSD-Psychosen*: Neuroleptika. Vor allem bei schizophreniformen Bildern und längerem Verlauf u. U. differentialdiagnostische Schwierigkeiten; gelegentlich späterer Übergang in Schizophrenie; bei Komplikationen (Krampfanfälle, Atemdepression) nach Phencyclidin: Physostigmin
- bei *Nachhallzuständen*: Schwerpunkt auf psychotherapeutischem Gespräch

Kokain (F 14)

Im Jargon: C, Koks, Crack, Charley, Schnee oder White stuff. Anbau des Kokastrauches in Südamerika. Indianer in den Anden kauen Kokablätter gegen Ermüdung.

Bereits um die Jahrhundertwende und gegenwärtig wieder Suchtmittel: Schnupfen (Nasenscheidewandulzera!), Injizieren, Rauchen des Kokainpulvers. Keine Toleranzsteigerung, fehlender körperlicher Entzug, nur psychische Abhängigkeit, prolongierter Entzug möglich mit Müdigkeit, Unruhe, Angst, Traurigkeit.

Crack: mit Bikarbonat (Backpulver!) versetzte Substanz. Beim Inhalieren des Rauchs sofortiger »Kick«. Mögliche Folgen: Psychosen, schwere Kreislaufregulationsstörungen u. U. Todesfälle.

Symptome/Wirkungen:

- maniforme Erregung, Rededrang, sexuelle Enthemmung, euphorische (oder ängstliche) Verstimmung (Kokainschwips)
- anschließend Apathie, Depression
- Sympathikusreaktion
Kokainpsychosen:
- Delir mit euphorisch/ängstlicher Verstimmung
- »Kokainwahnsinn«: fahrig-e Betriebsamkeit, Angst, (Verfolgungs-) Wahn und (taktile) Halluzinationen (z. B. »Würmer unter der Haut«)
- möglicher Ausgang: Wesensänderung (organisches Psychosyndrom); Impotenz; Dermatozoenwahn; sonstige chronische Psychosen

Therapie:

- *bei Intoxikation:* Diazepam, bei paranoidem/ halluzinatorischem erleben: Neuroleptika
- *bei Blutdrucksteigerung:* Betablocker

Khat (F 19)

Ähnlich wie Kokain; in Ostafrika und Jemen als Stimulans verwendet; nur frische Blätter wirksam.

Stimulanzien (Psychotonika) (F 15)

Weckamine, Amphetamine (»speed«): Methamphetamin (Pervitin®), Methylphenidat (Ritalin®), Amfetaminil (AN 1®), Pemolin (Tradon®), Fenetyllin (Captagon®), Ephedrin (Ephedrin Knoll®).

Bedeutung u. a. in der Technoszene: Ecstasy = MDMA (3,4-Methylendioxyamphetamin), verbreitet, aber gefährlich akut wg. Tod durch Exsikkose und Herzversagen, akut und chronisch wg. neuraler Schädigung mit persistierenden kognitiven Störungen (keine »Partydroge«!).

Symptome/Wirkungen:

- sympathikomimetische und zentralstimulierende Wirkung
- psychische, keine körperliche Abhängigkeit, rasche Gewöhnung, Dosissteigerung; wenig körperliche Entzugssymptome
- geringeres Schlafbedürfnis
- Antriebssteigerung, Anregung
- Enthemmung
im (prolongierten) Entzug:
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Verstimmung, Angst

➤ Komplikationen:

- akute paranoid-halluzinatorische Psychosen: Angst, Verfolgungswahn, haptische Halluzinationen (Mikrohalluzinationen, ähnlich wie bei Koka-inpsychosen)
- Schlafstörungen (REM-Deprivation): als Folge abends Hypnotika, morgens Stimulanzien
- bei Missbrauch von MDMA z. B. in Discos Flüssigkeitsverlust, Kreislaufversagen (Todesfälle!)

Therapie: Bei Psychosen hochpotente Neuroleptika, bei Schlafstörungen niedrigpotente Neuroleptika.

Schnüffelstoffe (F 18.0)

Einatmung von Lösungs- und Reinigungsmitteln (Ether, Chloroform, Aceton, Pottexverdüner etc.), auch Holzleim.

Führt zu Intoxikationen mit Rauschzustand und Euphorie: u. U. Ataxie, verwaschene Sprache, Tremor, Bewusstseinsstörungen, Apathie, Aggressivität, Verwirrtheit.

Ebenso wie bei Halluzinogenen zwar Missbrauch, aber keine Abhängigkeit – somit kein Entzugssyndrom. Bei chronischem Missbrauch irreversible zerebrale Schäden.

Barbiturate (F 13)

Symptome/Wirkung:

- Intoxikations- und Entzugssyndrome ähnlich wie bei Alkoholabhängigkeit: Barbiturat-Alkoholtyp, Kreuztoleranz zwischen Alkohol, Barbituraten, Benzodiazepinen
- sedierend, euphorisierend, anästhetisch
- Chronische Intoxikationen:
 - körperliche Symptome: Abmagerung, Tremor, Dysarthrie, Ataxie, Nystagmus, fehlende Bauchhautreflexe
 - psychische Symptome: Euphorie, Dysphorie, Verlangsamung, Abstumpfung, Wesensänderung, Gedächtnisstörungen
 - Entzugserscheinungen (prolongiert: Wochen bis Monate): Unruhe, Tremor, Erbrechen, Delir, Halluzinosen, Anfälle

Therapie: Meistens fraktionierter Entzug wegen Gefahr von Anfällen und Delir; u. U. auch abrupter Entzug unter antiepileptischer Medikation möglich; evtl. in der Klinik wenige Tage Gabe von Distraneurin® (erhöht Krampfschwelle!).

Tranquilizer (Benzodiazepine) (F 13)

Symptome/Wirkungen: Anxiolytische, sedierende und euphorisierende Wirkung; während der Einnahme Störungen des Schlafrhythmus. Psychische, körperliche Abhängigkeit häufiger, als früher vermutet! Während längerfristiger Einnahme u. U. Dysphorie, Muskelschwäche, Mundtrockenheit, mnestiche Störungen.

Nicht in jedem Fall Dosissteigerung: Niedrig-Dosis-Abhängigkeit (Low-dose-dependency); Wirkungsverlust besonders bei Tranquilizern mit kurzer Halbwertszeit! Verschreibung als Schlafmittel nur kurze Zeit (längstens 3 Wochen! Iatrogene Abhängigkeit!).

Oft (psychologische) Schwierigkeiten beim Absetzen; bei Auftreten körperlicher Entzugserscheinungen u. U. fraktionierter Entzug!

Schlaflosigkeit als Rebound-Effekt.

Symptome im Entzug:

- Angstzustände, depressive Verstimmung, Suizidimpulse
- Zittern, motorische Unruhe
- Schlafstörungen
- selten Delir und Anfälle
- öfter prolongierte Entzüge über viele Wochen!

Therapie: *im Entzug:* Carbamazepin: ambulant fraktionierter, klinisch auch abrupter Entzug; u. U. Gabe von niedrigpotenten Neuroleptika

Analgetika (F 55.2)

Häufig Dosissteigerung wegen Wirkungslosigkeit der Analgetika bei längerem Gebrauch; Steigerung der Schmerzen unter Analgetika-Missbrauch, z. B. Kopfschmerzen unter Phenacetin, Paracetamol oder Dihydroergotamintartrat, Auftreten von Nierenschäden, Anämie etc.

Symptome: *Im Entzug:* Kopfschmerzen, Unruhe, Angstzustände, Depression.

Therapie: u. U. Antidepressiva

Nikotinabhängigkeit (F 17.2)

Missbrauch und Abhängigkeit von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung; Folgeerkrankungen überwiegend somatisch. Entzugssyndrom: Angst, Reizbarkeit, Insomnie, Appetitsteigerung, Kopfschmerzen, Verlangen nach Tabak.

Therapie: Entwöhnung mit Verhaltenstherapie; Kombination mit Nikotin-pflaster (transdermale Nikotinsubstitution).

Fallbeispiele

Fallbeispiel 5.1

Anamnese: Der 52jährige Patient, Herr P., wurde vom Hausarzt ins Psychiatrische Krankenhaus eingewiesen, nachdem er während eines »Absetzversuches« zunehmend delirant geworden war.

Der Alkoholismus soll seit 15–20 Jahren bestehen. Mehrfach war Herr P. zu Entzugsbehandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern, wo es zweimal zum Delir, begleitet von symptomatischen Krampfanfällen kam. Vor 4 Jahren nahm Herr P. an einer halbjährigen Entwöhnungsbehandlung teil, er wurde jedoch bald wieder rückfällig. In den Wochen vor der Aufnahme trank er täglich mehrere Liter Bier und bis zu ½ l Korn pro Tag, aß in letzter Zeit fast nicht mehr, »ernährte mich von Alkohol«.



Befunde: Herr P. war bei der Aufnahme zu Zeit und Raum nicht, zur Person mangelhaft orientiert. Es fielen deutliche Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen auf. Der Patient war hochgradig suggestibel und las von einem leeren Blatt Sätze ab. Er berichtete, Tiere gesehen zu haben, so z. B. mehrere weiße Hunde und Elefanten. Er wirkte deutlich schreckhaft. Es bestanden vegetative Entzugszeichen mit Tremor und Schweißigkeit.

Internistisch: Bei Aufnahme Blutdruck RR 180/90, Pulsfrequenz 120/min.

Neurologisch: Ataktisches Gangbild; dazu Sensibilitätsstörungen und Schmerzen in den Beinen, Ausfall der Beineigenreflexe, Vibrationsempfinden 4/8?, nicht sicher prüfbar (Polyneuropathie).

Laborbefunde: Erniedrigung des Kaliums auf 3,22 mmol/l (normal: 3,7–5,4); erhöhte Werte: GOT auf 144 U/l (normal: <18), Gamma-GT auf 553 U/l (normal: <24).

Zur Vorgeschichte erfuhren wir, dass Herr P. früher als Hilfsarbeiter im Baugewerbe tätig war; vor 1 Jahr wurde er frühberentet. Herr P. ist geschieden, lebt jetzt alleine, hat keinen Kontakt mehr zu seinen 3 erwachsenen Kindern.

Diagnose: Delir bei chronischem Alkoholismus (F 10.40), Polyneuropathie, Fettleber.

Therapie und Verlauf: Unter hochdosierter oraler Behandlung mit Clome-thiazol klang das Delir bereits nach 1 Tag ab. Nach Abschluss des Entzuges erklärte sich Herr P. dazu bereit, an der angebotenen stationären Motivationsgruppe teilzunehmen. Weitere internistische (beg. Leberzirrhose?) und neurologische (Polyneuropathie, CT/MR: Kleinhirnatrophie?) Abklärung.

➤ **Delir bei chronischem Alkoholismus (F 10.40)**

Fallbeispiel 5.2

Anamnese: Der 25jährige ledige Kellner wurde in die Psychiatrische Klinik mit einem Alkoholdelir eingewiesen. Er hatte am frühen Morgen zu Hause 2 große Anfälle erlitten, sodass er von den Angehörigen gebracht wurde.

Befunde: Bei der Aufnahmeuntersuchung war er wach, verlangsamt, desorientiert; er halluzinierte und nestelte. Fingertremor und Schweißigkeit,



Zungenbisswunde, mehrere Hämatome an Rücken und Extremitäten. RR 165/60, Systolikum über allen Ostien. Leber handbreit vergrößert, derb, druckschmerzhaft. Mehrere markstückgroße Ulzera am linken Unterschenkel. Labor: Erhöhung der Transaminasen, Gamma-GT 299 U/l.

Diagnose: Delir bei chronischem Alkoholismus (F 10.41), v. a. symptomatischem Grand mal Anfall, Leberzirrhose.

Therapie und Verlauf: Wegen Adams-Stokes-Anfällen (!) wurde der Patient auf die Intensivstation verlegt; AV-Block III. Grades; einige Tage später erfolgte die Implantation eines Herzschrittmachers, der wegen eines angeborenen Septumdefektes seit langer Zeit geplant war.

Auch nach der Schrittmacherimplantation war der Patient nicht bereit, eine längerdauernde Entwöhnungsbehandlung mitzumachen, sondern ließ sich vorzeitig entlassen. Er begann wieder, Alkohol zu trinken, und wurde noch einmal kurzfristig in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Trotz der immer wieder auftretenden symptomatischen Krampfanfälle war Herr R. nicht in der Lage, sein Leben umzustellen, und nicht motiviert, an einer Behandlung mitzuwirken, sondern verhielt sich bezüglich seiner schwierigen Situation uneinsichtig.

➤ **Delir bei chronischem Alkoholismus mit Krampfanfällen (F 10.41)**

Fallbeispiel 5.3

Anamnese: Der 57jährige Patient, Herr L., hatte von sich aus in den frühen Morgenstunden die Polizei benachrichtigt mit der Bitte, ihn ins Krankenhaus zu bringen. Die Nacht vor der Aufnahme hatte Herr L. in großer Angst zu Hause verbracht, da er sich von Nachbarn sowie auch besonders von seiner Cousine bedroht fühlte; man könne ihn über Funkverbindungen ausmachen und Zwiesgespräche über ihn führen. Die Stimmen bezeichnen ihn als Mörder, Zuhälter und Säufer. Zeitweise habe er auch die Stimme seiner Cousine gehört, die in Kanada wohne; sie habe ihm über drahtlosen Sprechverkehr Vorwürfe gemacht, dass er schon wieder schlafe. In dieser Nacht habe er sie in seine Wohnung, seinen Keller und Garten eindringen sehen und ihre Stimme gehört, was den akuten Anlass zu seiner Angst darstellte.



Das Stimmenhören besteht seit 3 Monaten. Eine ambulante nervenärztliche Behandlung gelang nicht, da Herr L. immer wieder trank und Medikamente nur unregelmäßig einnahm. In den letzten Monaten vor der Aufnahme habe er immer mehr Gewissheit über die Herkunft der Stimmen erlangt, die ihn im Tagesverlauf verfolgten, bedrohten und nach seinem Leben trachteten. Er sei sich sicher, dass sie ihren Ursprung in Kanada hätten. Zusätzlich habe er eine Überwachung durch Strahlen gespürt. Alles habe bei ihm solche Angst ausgelöst, dass er vermehrt, in den letzten Wochen bis zu ½ Flasche Schnaps pro Tag, getrunken habe.

Der seit 9 Jahren geschiedene Patient ist von Beruf Elektrotechniker und wurde vor 6 Jahren nach einem Herzinfarkt berentet. Er lebt allein in seinem Haus und versorgt sich selbst. Zu seinen 4 Söhnen besteht so gut wie kein Kontakt. Der Alkoholismus besteht seit der Militärzeit während des Zweiten Weltkrieges bei der Marine. Stationäre psychiatrische Behandlungen wurden vor 3 Jahren 5 Monate lang, vor 1 Jahr mehr als 2 Monate lang durchgeführt. Nur kurzzeitig blieb Herr L. anschließend trocken.

Befunde: Bei der Aufnahme war der freundliche, zugewandte und lebhaft Patient voll orientiert. Veränderungen der Bewusstseinslage und formale Denkstörungen waren nicht zu beobachten. Während des stationären Aufenthaltes berichtete er anfänglich über akustische Halluzinationen im Bereich der Station, während der Untersuchung richtete er sich einmal entschieden an seine Stimmen: »Ruhe, ich spreche jetzt mit dem Doktor!«

Diagnose: Alkoholhalluzinose (F 10.52).

Therapie und Verlauf: Während des stationären Aufenthaltes wurde Herr B. mit Haloperidol behandelt. Bei 2-maliger Übernachtung zu Hause traten die Halluzinationen zwar nicht auf, er konnte sich jedoch trotz der Besserung zunächst noch nicht von seinem Wahn distanzieren, denn er meinte, seine Verfolger hätten nur eine Funkpause eingelegt. Den Zusammenhang zwischen seinem jahrelangen Trinken und den akustischen Halluzinationen



begann er erst im Verlauf der stationären Behandlung langsam zu realisieren. Fortführung der Therapie: Neuroleptische Weiterbehandlung und Alkoholabstinenz im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung.

➤ **Alkoholhalluzinose (F 10.52)**

Fallbeispiel 5.4

Anamnese: Die 42jährige Patientin, Frau H., wird von ihrem Verlobten wegen Angst- und Unruhezuständen in die stationäre Behandlung gebracht.

Sie berichtet, dass sie sich von allen Seiten beobachtet fühle, zu niemandem mehr Vertrauen habe, drohende Stimmen höre, dass sie und ihre Kinder umgebracht werden sollten. Die ganze Familie könnte an einem Komplott gegen sie beteiligt sein. Alles sei »so komisch« geworden, alle Menschen seien »hinter ihr her«. Sie habe Angst um ihr Leben und müsse wohl bald sterben. Es verwirre sie, dass die Stimmen ihr sagten, sie sei Erbin des großen Industrierwerkes, in dem sie arbeite. Das alles sei ihr unheimlich.

Frau H. hat 1 Sohn von 17 Jahren und 1 Tochter von 16 Jahren und ist geschieden. Gegenwärtig ist Frau H. verlobt; diese Partnerschaft bringe viele Probleme mit sich, denn ihr Partner trinke gelegentlich größere Mengen Alkohol und zeige dann ein sehr temperamentvoll-aggressives und uneinsichtiges Verhalten.

Zur unmittelbaren Vorgeschichte erfahren wir von Frau H., dass sie, (wie so viele andere ihrer Kolleginnen, die von wachmachender Wirkung berichten) um leistungsfähiger zu sein, gerade auch bei ihrer großen Belastung zu Hause, seit 3 Monaten täglich 6–8 Tabletten Recatol® (Appetitzügler mit stimulierender Wirkung) genommen habe. Diese Menge habe sie allmählich noch gesteigert.

Befunde: Bei der Untersuchung ist Frau H. bewusitseinsklar, voll orientiert; leichte Störung der Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit, dabei erregt, ängstlich; spricht ununterbrochen über ihre Befürchtungen, verfolgt und umgebracht zu werden. Sie berichtet über akustische Halluzinationen, Wahnideen, Wahnwahrnehmungen und körperliche Beeinflussungsstörungen.



Diagnose: Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50).

Therapie und Verlauf: Unter Behandlung mit Haloperidol kam es in der Klinik rasch zu einem Rückgang der Symptomatik; psychotherapeutische Bearbeitung der Lebensproblematik; nach einigen Tagen konnte Frau H. in gutem Zustand entlassen werden; eine ambulante Psychotherapie wurde vermittelt.

➤ **Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50)**

Fallbeispiel 5.5

Anamnese: Der 25jährige ledige Patient, Herr Z., war bereits mehrfach stationär in unserer Klinik aufgenommen, jetzt kam er von sich aus auf die Station, ohne jedoch seinen Aufnahmewunsch begründen zu können.

Herr Z. ist Sinti. Besuch der Sonderschule, keine Lehre, statt dessen habe er verschiedene Jobs gemacht, nie längere Berufstätigkeit. Die Mutter ist Hausfrau; Herr Z. hat 3 Brüder. Er habe bis vor einem Jahr bei seiner Mutter gewohnt, damals sei sie mit ihrem zweiten Mann, dem Stiefvater, aus der Stadt in einen Vorort umgezogen und habe ihn nicht mitnehmen wollen; seither habe er versucht, alleine zu leben, fühle sich aber nicht wohl.

Bei Herrn Z. besteht seit dem 15. Lebensjahr ein polyvalenter Abusus. Einnahme von Haschisch, LSD und Opiaten, hinzu kommt ein beträchtlicher Alkoholabusus. Unter Drogeneinnahme auch Selbstverstümmelung. Seit 7 Jahren immer wieder längere und kürzere Aufenthalte im psychiatrischen Krankenhaus wegen paranoid-halluzinatorischer Syndrome. Seit einigen Jahren wurde die Diagnose einer Schizophrenie gestellt. Nur gelegentlich akzeptierte Herr Z. Medikamente der Nervenärzte. Drogen nahm er, soweit er sie bekommen konnte. – Ein Versuch, in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu leben, scheiterte an den Anpassungsschwierigkeiten des Patienten, dessen Verhalten zunehmend bizarr und für die Umwelt immer belastender wurde.

Nachdem das Gesundheitsamt eine Zwangseinweisung verweigert hatte, stellte die Mutter 3 Monate vor der jetzigen Aufnahme in unsere Klinik den Antrag auf Betreuung.



Befunde: Bei der jetzigen Aufnahme reagierte er zunächst nicht auf Ansprache, äußerte gelegentlich Satzketten, die aber unverständlich blieben. Er lief in einer bunten Karnevalsuniformjacke hin und her, prüfte mit ritualisiert wirkenden Handbewegungen zahlreiche Gegenstände, murmelte etwas vor sich hin und lehnte jegliche körperliche Untersuchung ab.

Diagnosen: Schizophrenie, paranoid-halluzinatorischer Subtypus (F 20.0), Polyvalenter Drogenmissbrauch (F 19.14).

Therapie und Verlauf: Nur sehr langsam konnte Herr Z. aus seiner Phantasiewelt heraustreten. Ein erstes Gespräch war schließlich nach 10 Tagen möglich. Er konnte dann Gedanken über seine Krankheit formulieren. So leide er unter dem Gefühl, keine »Milch zu haben«, etwas versäumt zu haben beim Tod verschiedener Angehöriger, von denen er jetzt negativ beeinflusst werde. Zu diesen Personen müsse er Kontakt aufnehmen. Er kämpfe damit, nichts Böses zu tun. So musste er viele Rituale entwickeln, beispielsweise »pusten« oder Reinigungsgesten ausführen. Oft meint er, er müsse gewisse Körperteile abtrennen oder einschneiden, dann werde das alles aufhören. Über den Inhalt seiner Stimmen wollte er nicht sprechen, er berichtete aber, dass er verstorbene Verwandte gesehen habe – für ihn eine Aufforderung, sich zu überlegen, auf welche Weise er wieder etwas richtigstellen könne.

Unter Behandlung mit Haldol® und Atosil® besserte sich die starke Denkzerfahrenheit im Verlauf von etwa 2 Monaten. Langsam nahm er Kontakt zu den Mitpatienten auf. Leider blieb Herr Z. recht sprunghaft in seinen Plänen, sodass die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven nicht durchführbar war. Nach einigen Wochen entwich der Patient aus stationärer Behandlung, kehrte einige Tage später wieder zurück, um dann allerdings wiederum nach einigen Tagen nicht mehr vom Stadtausgang zurückzukommen.

➤ **Polyvalente Drogenabhängigkeit (F 19.24)**
Paranoid-haluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)



Fallbeispiel 5.6

Anamnese: Der 22jährige Patient, Herr R., wurde in alkoholisiertem Zustand nach Schnitten am linken Handgelenk stationär aufgenommen. Er war von sich aus zur Polizei gegangen und hatte sich in die Chirurgische Ambulanz bringen lassen. Die suizidale Handlung war durch den Verlust von 600,- DM beim Spielen ausgelöst worden.

Herr R. stammt aus Berlin. Seine Eltern ließen sich scheiden, als er 7 Jahre alt war. Er ist der 2. von 3 Brüdern. Wie seine Brüder ist er größtenteils, vom 6.–8. Lebensjahr, im Heim aufgewachsen. Ohne Hauptschulabschluss begann er eine Malerlehre, die er nach kurzer Zeit abbrach. Danach besuchte er eine Abendschule bis zum Hauptschulabschluss. Er hat nur gelegentlich in unterschiedlichen Jobs gearbeitet. Im letzten ½ Jahr war er in einem Kaufhaus als Aushilfsarbeiter tätig. Herr R. hat gegenwärtig keine feste Partnerin, bereits mit 15 Jahren wurde er nach einer flüchtigen Bekanntschaft Vater.

Seit dem 9. Lebensjahr Nikotinabusus, seit dem 12. Lebensjahr Alkoholabusus, vom 15.–17. Lebensjahr trocken. Damals habe er auch häufig Haschisch geraucht. Einmal habe er auch Heroin gespritzt. Seit 2 Jahren nehme er keine Drogen mehr. Gelegentlich nehme er Demetrin® zur Beruhigung. Raucht 1–2 Schachteln Zigaretten pro Tag. Trinkt täglich 2–3 Gläser Bier, es komme aber immer wieder auch zu Alkoholexzessen. – Seit der Bundeswehrzeit vor 2 Jahren habe er oft an Automaten gespielt, nach großen Verlusten auch schon manchmal Selbstmordgedanken gehabt.

Wenn er spiele, könne er nicht mehr aufhören, immer wieder sei er von der Hoffnung gebannt, mehr zu gewinnen, doch noch Glück zu haben. Er spreche geradezu innerlich mit dem jeweiligen Automaten, schüttelte ihn, kose ihn und strafe ihn. Vielleicht habe der Automat doch etwas mit Ersatz für eine Freundin zu tun; er habe seit einem Jahr keine feste Freundin mehr.

Befund: Bei der Aufnahme war der Patient deutlich alkoholisiert, er war wach und voll orientiert; wechselndes Kontaktverhalten, zeitweilig ablehnend, zeitweilig deutlich traurig-verstimmt mit Suizidgedanken und -impulsen. Er fühlte sich besonders dadurch belastet, dass er seiner Mutter immer



wieder Geld entwendet hatte, das er für das Spiel mit den Automaten verbrauchte.

Diagnose: Polyvalenter Missbrauch und Spielsucht (F 19.24; F 63.0).

Therapie und Verlauf: Während des stationären Aufenthaltes nahm Herr R. an einer Motivationsgruppe für Abhängige teil. Bereits von der Klinik aus besuchte er Treffen der Anonymen Spieler, die er auch weiterhin aufzusuchen gedenkt.

➔ ***Polyvalenter Missbrauch und Spielsucht (F 19.24; F 63.0)***

6 Schizophrene Psychosen

6.1 Allgemeiner Teil – 116

6.1.1 Definition – 116

6.1.2 Historisches – 116

6.2 Epidemiologie – 116

6.3 Ätiologie – 117

6.4 Symptome

(Einteilung nach Eugen Bleuler 1911¹) – 119

6.5 Diagnose – 121

6.6 Unterformen schizophrener Psychosen – 122

6.7 Verlauf schizophrener Psychosen – 125

6.8 Prognose – 126

6.9 Therapie – 127

6.9.1 Somatotherapie – 127

6.9.2 Psychotherapie – 129

6.9.3 Sozialtherapie/Rehabilitation – 130

6.1 Allgemeiner Teil

6.1.1 Definition

Schizophrenien sind schwerwiegende psychische Erkrankungen (früher der Gruppe der »endogenen Psychosen« zugeordnet); sie sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und können in unterschiedlichen syndromatischen Erscheinungsformen auftreten. Im akuten Schub bestehen meist eine erheblich verzerrte Realitätswahrnehmung und -bewertung. Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Ursache und Entstehung sind bisher im Einzelnen ungeklärt. Genetische Faktoren (Prädisposition durch multigenen, komplexen Erbgang) spielen eine wesentliche Rolle; hinzu treten nicht-genetische Faktoren.

6.1.2 Historisches

Bereits im Altertum Beschreibung dessen, was heute »Schizophrenie« genannt wird; im 19. Jahrhundert »Démence précoce« (Benedict Augustine Morel 1856); »Katatonie« (Kahlbaum 1868); »Hebephrenie« (Hecker 1870); klassische Beschreibung durch Kraepelin mit Gegenüberstellung von »Dementia praecox« und »manisch-depressivem Irresein« (Emil Kraepelin 1896); Einführung des Begriffs »Schizophrenie« (Spaltungsirresein) mit Denk-, Affekt- und Ich-Störungen, Autismus und Ambivalenz als Grundsymptomen (Eugen Bleuler 1911); nach 1945 durch Kurt Schneider wesentliche Beiträge zur Psychopathologie und besonders zum Wahn (Symptome 1. und 2. Ranges).

6.2 Epidemiologie

- Jahresinzidenz 0,03–0,06 % der Bevölkerung; Punktprävalenz 0,3–0,5 %, Lebenszeitrisko 1–(2) % der Bevölkerung
- häufigstes Auftreten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, Häufigkeitsgipfel bei Männern: 15.–24. Lebensjahr, bei Frauen: 25.–34. Lebensjahr (Auftreten im Kindesalter bei ca. 2 % der Fälle, Auftreten nach dem 40. Lebensjahr bei ca. 20 % der Fälle als sog. »Spätschizophrenie«)

- Frauen etwas häufiger betroffen als Männer; sie erkranken durchschnittlich später als Männer (östrogene als protektiver Faktor diskutiert)
- Häufigkeit schizophrener Psychosen in den Familien von schizophren Erkrankten: Eltern 5–10 %, Geschwister 8–15 %, Kinder 10–15 % (bei schizophrenem Partner 50 %), Enkel 2–5 % (bei Verwandten 1. Grades ca. 10 % Belastung, dagegen Allgemeinbevölkerung: ca. 1 %!)
- Transkulturell: vergleichbare Häufigkeit in allen Teilen der Welt

6.3 Ätiologie

Zusammenwirken mehrerer ursächlicher Faktoren (Polyätiologischer Ansatz). Unterscheidung zwischen Verursachung und Anlass bzw. Auslösung der Erkrankung! Erhöhte Vulnerabilität für die Erkrankung u. U. auch durch unspezifische, z. B. entwicklungspsychologische/familiendynamische Faktoren!

Biologische Faktoren

- **Erbliche Komponente:** genetische Prädisposition wesentlich, Polygenie und schwache Penetranz wahrscheinlich. Zwillingsstudien: Konkordanz zweieiig 10–15 %, eineiig 40–75 %; Erkrankungsrisiko von Kindern für Schizophrenie diskordanter eineiiger Zwillinge gleichermaßen erhöht. Adoptionsstudien: Erkrankungsrisiko wegadoptierter Kinder schizophrener Mütter ähnlich hoch wie bei nichtadoptierten. Hinweise auf Kopplung an DNA-Marker auf Chromosomen 1, 5, 6, 8, 13, 18, 22. Derzeitige Kandidatengene u. a. Dysbindin (6p22), Neuregulin (8p12-21), G72 (13q22-34) kodieren für Proteine, die eine Funktion in der Embryonalentwicklung des Gehirns und der glutamatergen neuronalen Transmission haben
- **Morphologische Befunde:** CCT/MRT: Atrophien frontal, frontotemporal und im limbischen System, erweiterte Seitenventrikel und dritter Ventrikel. Post-mortem-Studien: verminderte Dichte und abnorme Anordnung von Neuronen in Kortex und limbischen System: Hinweis auf Migrationsstörung in der Ontogenese
Funktionelle Morphologie: Hypofrontalität im PET assoziiert mit Chronizität und Defizitsymptomen der Erkrankung; verminderte Aktivierungen bei neuropsychologischen Aufgaben im funktionellen MRT
- **Sensomotorische Befunde:** Störungen der Feinmotorik häufig; sogenannte »neurological soft signs«, »clumsiness« bei Körperbewegungen, bei etwa

50 % der Schizophrenen und Angehörigen ersten Grades. Sakkadierung der langsamen Augenfolgebewegungen (phänotypischer Schizophreniemarker?)

- **Biochemische Befunde:** komplexe Dysbalance mehrerer Transmittersysteme; Befunde und Zusammenhänge umstritten. Dopaminerge Überaktivität, serotoninerge Überaktivität, Verminderung der glutamatergen Transmission

Psychogene Faktoren

- **Ich-Entwicklungsdefizit:** Ich-Schwäche, Trennungs- und Individuationsprobleme in den ersten Lebensjahren, Persistieren der Mutter-Kind-Symbiose, »broken home«
- **Gestörte familiäre Kommunikation:** Entwertung und häufige Kritik, untrügende Feindseligkeit, Kombination mit entmündigender Überprotektion (»expressed emotion«); Diskordanz zwischen geäußelter Mitteilung und gegenseitiger verdeckter Botschaft (»double bind«). Rollendiffusion, z. B. Kind als Ersatzpartner

Sonstige Faktoren

- **Jahreszeitliche Schwankungen:** auf der Nordhalbkugel sind mehr Kranke in den Wintermonaten (Januar bis März) geboren, auf der Südhalbkugel mehr in den Sommermonaten (Juli bis September): Hinweis auf mögliche ätiologische Bedeutung mütterlicher Infektionen
- **Einfluss der Sozialschicht:** eher gering, Drifttheorie vs. soziale Kausalitätshypothese: krankheitsbedingter sozialer Abstieg vs. schicht- bzw. milieubedingte Krankheitsentstehung, jedoch möglicher Einfluss von Mangelernährung

Prämorbidie Persönlichkeit

Zum Beispiel asthenisch-schizoider Typus mit Distanz, Reserviertheit, geringem emotionalen Kontakt, hoher Empfindlichkeit und Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen.

Auslösend sind oft belastende und entlastende (!) Lebensereignisse (»life events«) verschiedener Art: Todesfälle, Verlust- und Trennungssituationen, sexuelle Begegnungen, Prüfungen etc.

6.4 Symptome (Einteilung nach Eugen Bleuler 1911¹)

Grundsymptome der Schizophrenie sind grundlegend und charakteristisch für Erleben und Verlauf der Erkrankung, im Vergleich zu **akzessorischen Symptomen**, die passager und komplizierend auftreten. Die Beschreibung der Grundsymptome dient der Charakterisierung des wesentlich psychologisch Veränderten beim schizophren Erkrankten.

Grundsymptome

- **Formale Denkstörungen:** Störung der Assoziationen, Zerfahrenheit (scheinbar zusammenhangloses, alogisches Denken), Begriffszerfall, Kontamination, Begriffsverschiebung, (Konkretismus, Symbolismus), Sperrung des Denkens oder Gedankenabreißen
- **Störungen der Affektivität:** inadäquate Affektivität (Parathymie: inadäquater Affekt in bezug auf den Gedankeninhalt; Affekt bzw. Erleben entsprechen nicht dem Affektausdruck), Ambivalenz (beziehungsloses Nebeneinanderbestehen, unvereinbare Erlebnisqualitäten, Entscheidungsunfähigkeit), Instabilität der Stimmungslage, mangelnder Kontakt, affektive Steifigkeit, Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit, Ratlosigkeit, erlebte Gefühlsverarmung, depressive Verstimmungen, aber auch ekstatische Stimmung mit Glücksgefühl und Entrücktheit
- **Ich-Störungen:** Desintegration von Denken, Fühlen, Wollen, Handeln. Autismus (Rückzug aus der Wirklichkeit, überwiegendes Binnenleben; auch sekundär nach negativen Umwelterfahrungen), Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation – eher unspezifisch!), Verlust der Meinhaftigkeit, häufig verbunden mit dem Erleben des von außen Gemachten und der Beeinflussung von Fühlen, Wollen und Denken

Merke: 4 große A's: Assoziationen, Affekte, Ambivalenz, Autismus.

Akzessorische Symptome

- **Wahn** (Verfolgung, Beeinträchtigung, Kontrolle, Vergiftung, aber auch Berufung und Größe)

¹ Bleuler E (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg) Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Leipzig

■ **Tab. 6.1.** Symptome 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider

Abnorme Erlebnisweisen	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
Akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen (imperative Stimmen), Gedankenlautwerden	Sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Koenästhesien im engeren Sinne
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten	–	Optische, olfaktorische, gustatorische Halluzinationen
Schizophrene Ich-Störungen	Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung	–
Wahn	Wahnwahrnehmung	Einfache Eigenbeziehung, Wahneinfall

■ **Halluzinationen** (Stimmen)

■ **katatone Symptome** (Störungen der Motorik und des Antriebs: Stupor, Mutismus, Katalepsie, psychomotorische Unruhe und katatone Erregungszustände, Haltungs- und Bewegungsstereotypien, Negativismus und Befehlsautomatie)

Nach **Kurt Schneider** (1967)² liegt bei Vorhandensein von *Symptomen 1. Ranges* und nach Ausschluss einer körperlichen Grundkrankheit eine Schizophrenie vor. Ein gehäuftes Auftreten von *Symptomen 2. Ranges* erlaubt ebenfalls diese Diagnose (■ Tab. 6.1). Symptome 1. Ranges sind insbesondere für die *Diagnosestellung* bedeutsam, jedoch nicht obligat.

Bei akuten schizophrenen Psychosen u. U. vegetative Symptome wie vermehrte Schweißsekretion, Veränderung der Pulsfrequenz und Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, besonders im Sinne des raschen Wechsels von Über- zu Unterfunktion und umgekehrt.

² Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart

Das Ausdrucksverhalten kann insbesondere bei akuten Psychosen erheblich variieren. Es kann durch heftige psychomotorische Erregung mit ausgeprägtem Symptatikotonus, Schlafstörungen und Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation gekennzeichnet sein. Andere Patienten sind still, ausdrucksarm und unnahbar. Ein ausgesprochen verschroben wirkendes Verhalten mit egozentrisch gespreizter Darstellungsform kommt ebenfalls vor.

6.5 Diagnose

Nach Ausschluss von körperlich begründbaren psychischen Störungen wird die Diagnose aufgrund der Symptome und des Verlaufs gestellt. Bisher keine eindeutigen biologischen Marker, keine spezifischen psychologischen Tests!

In Weiterführung der Diagnostik nach Schneider fordert die ICD 10 für die Diagnose Schizophrenie (F 20) von der folgenden Liste mindestens ein eindeutiges Symptom der Symptomgruppen 1–4 oder mindestens zwei Symptome der Symptomgruppen 5–8. Diese Symptome müssen mindestens einen Monat bestanden haben.

1. Gedankenlautwerden, -eingung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten; Wahnwahrnehmungen
3. Dialogische oder kommentierende Stimmen; Stimmen aus einem Körperteil
4. Bizarrer, völlig »unrealistischer Wahn« (Divide: Wahn der möglich sein »könnte« wie Verfolgung, Verarmung etc. von »Unmöglichem« wie nächtliche Implantation eines Senders in die Gebärmutter)
5. Sonstige anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität begleitet von Wahn oder überwertigen Ideen
6. Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen
7. Katatone Symptome
8. »Negative« Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte gefolgt von sozialem Rückzug

6.6 Unterformen schizophrener Psychosen

Keine strenge Trennung der einzelnen Syndrome: vielfache Übergänge und Auftreten mehrerer Unterformen im Krankheitsverlauf der Betroffenen möglich. Uncharakteristische akute Syndrome werden in der ICD 10 als »undifferenzierte Schizophrenie« bezeichnet.

➤ Hebephrenie (F 20.1)

Allgemein: Typisch ist der Beginn in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter mit Leistungsknick. Oft in den Vorstadien in inadäquater Weise Beschäftigung mit Bereichen wie Religion, Philosophie, Esoterik, Parapsychologie.

Symptome:

- *affektive Störungen:* fehlende emotionale Tiefe und Modulation bis zur Indolenz; oft läppische Gestimmtheit, Grimassieren, Faxen, Manierismen
- *Kontaktstörungen:* Rückzug, Beziehungslosigkeit, auch Enthemmung
- *Denkstörung:* abschweifend, konfus, assoziativ gelockert bis zur Zerfahrenheit; oft gekoppelt mit unrealistischen, manchmal bizarren Vorstellungen

➤ Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)

Allgemein: Beginn eher später, Erkrankungsgipfel im 4. Lebensjahrzehnt; Persönlichkeit bleibt bei spätem Beginn überwiegend intakt; häufigste Form der Schizophrenie, oft schizoide, sensitive Persönlichkeiten.

Symptome:

- Wahnwahrnehmungen
- Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Abstammungswahn, Koenästhetischer Wahn, (seltener Sendungs- oder Größenwahn), manchmal systematisierter Wahn
- akustische Halluzinationen in Form von bedrohenden und imperativen Stimmen (gelegentlich einmal Ausführung von akustisch halluzinierten Befehlen), auch Akoasmen
- Sonstige Halluzinationen: Geruchs-, Geschmacks-, sexuelle oder andere Körperhalluzinationen; seltener optische Halluzinationen
- *Ich-Störungen* (Gefühl des Gemachten)

Bei abklingendem Schub allmähliche Distanzierung von den Wahninhalten, häufig erhebliche Ambivalenz gegenüber dem Wahn.

➤ **Katatone Formen (F 20.2)**

Allgemein: Beginn häufiger im jüngeren Erwachsenenalter; oft plötzliche Manifestation der Erkrankung; prognostisch eher günstig.

Erscheinungsbilder/Symptome:

- *Katatoner Stupor:* Erstarren mit Katalepsie (Haltungsverharren), Haltungstereotypien, Mutismus. *Untersuchung:* Feststellung der wächsernen Biegsamkeit (*Flexibilitas cerea*) und der kataleptischen Starre bei Hochheben einer Extremität oder auch des Kopfes (*»oreiller psychique«* – psychisches Kissen) mit anschließender Beibehaltung dieser Stellung
- *Katatone Erregung:* Toben, Schreien, Bewegungsturm mit starker motorischer Aktivität, Aggressivität, Selbst- und Fremdgefährdung
- *Unspezifische Form:* Auftreten von Manierismen, Bewegungstereotypien und Echopraxie (spiegelbildhafte Wiederholungen von Handlungen des Gegenübers und Echolalie (lalein gr. sprechen); Sprachstereotypien; aktiver und passiver Negativismus (Patient tut bei Aufforderungen das Gegenteil vom Verlangten oder tut nichts)
- *Febrile (perniziöse) Katatonie* (seltene, lebensbedrohliche Sonderform): neben der katatonen Symptomatik mit Erregung oder öfter Stupor hohes Fieber, Kreislaufstörungen und Exsikkose; bei erfolgloser Behandlung mit Neuroleptikainfusion Indikation für Elektrokrampftherapie! Flüssigkeitszufuhr!

Deutung des *katatonen Stupors* als Erstarren, Angst, Schrecken und Ratlosigkeit etwa infolge halluzinatorischer bzw. wahnhafter Erlebnisse; die motorische Aktivität bei der *katatonen Erregung* als Möglichkeit, sich selbst zu spüren.

Dauer: Stunden bis Wochen, unbehandelt auch Monate bis Jahre. Der Katatone nimmt wahr und hat oft keine Amnesie!

Unter Umständen schwierige Differentialdiagnose gegenüber Enzephalitis (Lumbalpunktion!) oder malignem neuroleptischen Syndrom (► Kap. 16.1.1).

Schizophrenia simplex (F 20.6)

Allgemein/Symptome: ohne auffällige produktive Symptome. Vorwiegend Antriebsdefizit, Initiativeverlust, Mangel an Aktivität und an Vitalität. Knick in

der Lebensentwicklung, öfter Übergang in Residualzustände, ungünstiger Verlauf. Selten zu stellende Diagnose!

Koenästhetische Form (Huber 1957) (F 20.8)

Im Vordergrund stehen vielfältige Koenästhesien (abstruse Leibgefühlsstörungen z. B. Nichtvorhandensein von Organen, motorische Bannungszustände, Gefühl der Organschrumpfung, Levitation usw.) und Körperhalluzinationen (z. B. Gefühl, innerlich zu verbrennen, Spüren einzelner Blutgefäße im Gehirn, Verfaulen der Leber, Elektrisiertwerden am Genitale etc.) mit dem Kriterium des von außen Gemachten (durch Menschen, fremde Mächte etc.).

6

Schizophrenes Residuum (F 20.5)

Chronisches Stadium nach früherer akuter schizophrener Episode, charakterisiert durch negative Symptome wie verminderte Aktivität, Affektverflachung, Antriebslosigkeit, Kommunikationsmangel, sozialen Rückzug und mangelnde Körperpflege; subjektiv Basisstörungen (nach Huber) wie erlebte Denkstörungen, Ordnungsverlust, Einfallsverarmung, Verständnisbeeinträchtigung und Blockierungen.

Faktorenanalytisch Untersuchungen der im akuten Querschnitt wie im Verlauf auftretenden Symptome haben meist zu drei distinkten Symptomgruppen geführt.

- **Positivsymptomatik:** produktive Symptomatik mit Wahn und Halluzinationen
- **Negativsymptomatik:** affektiver Rückzug, Ausdrucksverarmung, Antriebsarmut
- **desorganisierter Symptomgruppe:** formale Denkstörungen, Inkongruenz von Denken und Handeln

Hinweise auf viertes, **affektives Syndrom** (mit depressiver oder manifomer Symptomatik) liegen vor. Die Syndrome geben Dimensionen an, die während des Krankheitsverlaufes unterschiedlich ausgeprägt sein können, jedoch im Verlauf oft Prädektion eines Syndroms bei einem Patienten.

6.7 Verlauf schizophrener Psychosen

Beginn: *akut oder schleichend*; bei schleichendem Beginn im Vorfeld der manifesten Psychose bestimmte Prodromi wie Wahnstimmung, Gefühl des Nichtfassbaren, Unheimlichen, Vermutung diffuser Veränderungen der Außenwelt, Schlafstörungen. In uncharakteristischen präpsychotischen Basisstadien finden sich Konzentrationsstörungen, vages Denken, Antriebsminderung, Verstimmungen und Leistungsinsuffizienz.

Stadien der beginnenden Schizophrenie nach Conrad (1958)

1. **Trema** (»Lampenfieber«): mit Überanspannung, Unruhe, Angst, Misstrauen, unbestimmtem Schuld- und Versündigungsgefühl, gehobener Stimmung oder gehemmt-mutloser Verstimmung
2. **Apophänie** (Offenbarung): im Außenraum abnormes Bedeutungsbewusstsein, Wahnwahrnehmungen, Bekanntheits- und Entfremdungserlebnisse, Verlust des Überstiegs von der Wahnwelt in die Realität; im Innenraum Gedankenlautwerden, Gedankenausbreitung, Erleben von wahnhaften Körpersensationen, Ich-Erleben im Mittelpunkt der Welt
3. **Apokalyptik** (Weltuntergang): mit Lockerung der Wahrnehmungszusammenhänge, Überflutung durch fremde Wesenseigenschaften, Gestaltzerfall von Sprache und Denken, Wahnchaos und Halluzinationen
4. **Terminales Stadium:** mit katatoner Symptomatik
5. **Konsolidierung**, ggf. gefolgt von einem Residualzustand mit Reduktion des energetischen Potentials und Verlust der Spannkraft; Wiedererlangung des Überstiegs in die Realität, Selbstwertsteigerung, Gewinn an innerer Freiheit und schließlich Möglichkeit sozialer Anpassung, u. U. Weiterbestehen eines Residualwahns

Die genannten Stadien können sämtlich durchlaufen werden, viele Manifestationen sind aber auf eines oder wenige Stadien beschränkt, die mit den Unterformen in Beziehung gesetzt werden können

Conrad K (1992) Die beginnende Schizophrenie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart

Verlauf: Kontinuierlich oder episodisch (schub- oder wellenförmig).

Kraepelins Klassische Beschreibung eines stets sehr ungünstigen chronischen Verlaufs (*Dementia praecox*) beschränkt sich nach aktueller Auffassung auf einen geringen Teil der schizophren Erkrankten.

Ausgang: Vollständige Remission nach einmaliger Erkrankung, episodisch vollständig remittierend, aber auch stabiler oder sogar zunehmender defizienter Restzustand (Residuum).

Residualzustände weisen eine hohe Variabilität auf: Neben uncharakteristischen, überwiegend durch Leistungsinsuffizienz und geminderte Belastbarkeit charakterisierten Residualzuständen kommen Residualzustände mit deutlicher Negativsymptomatik vor (Minderung von Interesse, Initiative und affektiver Resonanz). Schizophreniecharakteristisch können einzelne psychotische Erlebnisweisen in milder Form vorkommen. Oft auch im Laufe der Zeit sogenannte Strukturverformung mit zunehmenden sozialen Rückzug und realitätsfernen, idiosynkratischen Erlebnis- und Denkweisen.

Langzeitstudien ergaben Tendenz zur »Drittelregel« (1/3 folgenlose Abheilung, 1/3 mit Rückfällen und leichtem Residuum, 1/3 mit beträchtlichen bis schweren Dauerdefekten).

Im Alter Tendenz zur Abschwächung und Milderung der Erkrankung.

6.8 Prognose

Günstigere Prognose: Bei akutem Einsetzen der Psychose, bei stärkerer Beteiligung affektiver Anteile, bei Nachweis von auslösenden Lebensereignissen bzw. Stress, bei vorheriger guter sozialer Integration, abgeschlossener Ausbildung und Vorhandensein eines Arbeitsplatzes; bei frühzeitig einsetzender adäquater Therapie.

Ungünstigere Prognose: Bei langsam schleichendem Beginn, fehlendem Nachweis eines auslösenden Ereignisses und mangelnder sozialer Integration. Unter- und Überstimulation im sozialen Bereich sind schädlich für den remittierten Patienten. Ungünstig: hohe EE-Werte (expressed emotions) in der Familie des Patienten: zu große Nähe und Intimität, aber auch zu starke kontroverse Emotionen begünstigen Rezidive.

Suizidrate im gesamten Verlauf: 5 %.

6.9 Therapie

6.9.1 Somatotherapie

Neuroleptika

(► Kap. 16: »Somatische Behandlung«)

Zielsymptome:

- Psychomotorische Erregung
- Wahn, Halluzinationen (→ produktive Positivsymptomatik)
- Affektive und gedankliche Verarmung, sozialer Rückzug (→ Minussymptomatik)
- Denkzerfahrenheit, unkoordinierte Handlungen (→ Desorganisiertheit)
- Unangemessen gedrückte oder gehobene Stimmung (→ affektives Syndrom)

Wichtigste Gruppen:

- **Phenothiazine**
 - niederpotent: sedierend, vegetative Begleitscheinungen: Levomepromazin (Neurocil®), Perazin (Taxilan®)
 - höher- bis hochpotent: antipsychotisch; extrapyramidale Nebenwirkungen: Chlorperphenazin (Decentan®), Fluphenazin (Lyogen®, Dapotum®), inzwischen weniger gebräuchlich
- **Thioxantene**
 - hochpotent: Flupentixol (Fluanxol®), Clopentixol (Ciatye®), inzwischen weniger gebräuchlich
- **Butyrophenonderivate**
 - hochpotent: antipsychotisch; beträchtliche extrapyramidale Nebenwirkungen; Haloperidol (Haldol®), Benperidol (Glianimon®), wegen Auslösung von Extrapyramidalen Symptomatik deutlich rückläufige Anwendung
- **»Atypische« Neuroleptika, Neuroleptika der 2. Generation**
 - werden aufgrund guter Wirksamkeit und geringerer Nebenwirkungen zunehmend eingesetzt
 - breites Rezeptorbelegungsprofil; nieder- bis mittelpotent, kaum extrapyramidale Nebenwirkungen; Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®) bei therapieresistenten Psychosen: Clozapin (Leponex®) – wegen Agranulozytosegefahr nur kontrollierte Anwendung!

- ausgeprägte D2-Rezeptorbelegung; mittel bis hochpotent, wenig extrapyramidale Nebenwirkungen: Amisulprid (Solian[®]), Risperidon (Risperdal[®]), Aripiprazol (Abilify[®])

Anwendung:

- in der akuten Psychose vorrangig hochpotente Neuroleptika, (meist initial: atypische Neuroleptika, bei Nichtansprechen typische, evtl. kombiniert mit niedrigpotenten, sedierenden Neuroleptika, bei Spannungs- und Erregungszuständen auch *vorübergehend* Benzodiazepine (Tranquilizer)
- bei katatonem Stupor Infusionen mit hochpotenten Neuroleptika, evtl. Clozapin. Benzodiazepine: Lorazepam. EKT ► unten!
- nach Abklingen der akuten Symptomatik bei Erstmanifestationen in der Regel noch mindestens 12 Monate ein (Depot-)Neuroleptikum, nach der zweiten Manifestation 2 Jahre neuroleptische Medikation, nach mehreren Rezidiven Dauermedikation bei zuverlässigen Patienten orale (stark- oder mittel-) potente Medikation, vorzugsweise neuere atypische Neuroleptika; evtl. Clozapin. Wenn keine ausreichende Behandlungskonstanz erzielbar: Depotneuroleptikum wie Risperidon (Risperdal Consta[®]) oder Flupentixol (Fluanxol[®]), Haloperdol-Depot weniger gebräuchlich.

Bei Gabe von hochpotenten Butyrophenonen, Thioxanthenen oder Phenothiazinen Gefahr der Früh-, insbesondere aber Spätdystonien oder -dyskinesien. Letztere sind oft schwer therapierbar! Langzeitgabe von Antiparkinsonmitteln verstärkt Ausbildung von Spätdykinesien!

Besonders wichtig ist eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten, im Rahmen derer der Patient lernen kann, die Dosis seiner Medikamente entsprechend den eigenen Symptomwahrnehmungen zu variieren. Kontinuierliche medikamentöse Behandlung, supportive Psychotherapie und strukturierende soziale Interventionen gelten in Kombination als erfolgversprechende Rezidivprophylaxe. Die Gabe nebenwirkungsarmer, modernerer Medikamente (oft teurer!) unterstützt das Vertrauen des Patienten.

Nebenwirkungen und Komplikationen ► Kap. 16.1.

Elektrokrampftherapie

Erfolgt immer in Kurznarkose und Muskelrelaxation, mit O₂-Beatmung. Hohe Wirksamkeit bei febriler Katatonie und medikamentös schwer beherrschbaren

Zuständen von hochgradiger Unruhe und Verwirrtheit (»Delirium acutum«): unter Umständen lebensrettend. Wird im internationalen Vergleich in Deutschland (zu) wenig angewandt. Risiken entsprechen Kurznaarkose, vorübergehende (!) Gedächtnisstörungen kommen vor, völlig reversibel; keine neuronale Schädigung (► Kap. 16.2).

6.9.2 Psychotherapie

Therapieformen:

- *stützende, psychotherapeutische Gespräche* mit einfühelndem Verständnis sind zur Bearbeitung gegenwärtiger Konflikte notwendig und grundsätzlich indiziert. Ich-stützende Gesprächsführung, besonders bei starker Angst, Ich-Verlust-Ängsten bzw. Ich-Grenzverlust. Nach Abklingen der akuten Symptomatik Fokussierung der Psychotherapie auf den Umgang mit der Krankheit, Konsequenzen für mitmenschliche Beziehungen und Überlegungen zur Rehabilitation. Aktivierung und Anregung des Patienten; isolatorischen Tendenzen entgegenwirken!
- *Psychoedukation*: Information über Krankheitserscheinungen und Therapie, anschließende Übungsphase
- *Verhaltenstherapie*: Training sozialer Fertigkeiten, Selbstkontrolle
- *kognitives Training*: überwiegend computergesteuerte Lernprogramme
- *psychodynamische Therapie*: in Modifikation der analytischen Neurosenbehandlung, sehr aufwändiges Verfahren mit unsicherer Prognose
- *Musiktherapie* mit der Möglichkeit, Eigenerleben und Gefühle auszudrücken und Grenzen zu erfahren
- *Ergotherapie*: in der künstlerischen Beschäftigungstherapie Möglichkeit, Konflikte und innere Bilder gestalterisch auszudrücken und eigene kreative Potentiale zu entdecken
- *Familientherapie* mit Einbezug der Angehörigen in den therapeutischen Prozess bei vorhandener Motivation
- *Angehörigenarbeit* in Gruppen zur Information der Angehörigen und Austausch von Problemen, die die Angehörigen belasten
- *Bewährtes Vorgehen*: »bimodale« Kombination von Psychoedukation und Angehörigenarbeit in Verbindung mit kognitivem Training und medikamentöser Rückfallprophylaxe

Umgang mit schizophrenen Patienten

- *wahnhafte Patienten:* Zuhören, wenige Fragen stellen (den Wahn herausnicht hineinfragen). Den Patienten mit seinem Wahn akzeptieren, nicht so tun, als ob man die Wahninhalte für Realität hielte. Erst später Prüfung, inwieweit Distanzierung vom Wahn möglich ist. Halluzinatorisches Verhalten kann angesprochen werden (»Was hören Sie gerade?«)
- *unruhige, aggressive Patienten:* Versuchen, mit ruhigem Gespräch und Zureden den Patienten langsam aus seiner Erregung zurückholen. Wenn Gefahr droht, Hilfe holen. Nur im Notfall, dann aber entschieden und mit zahlreichem Personal (stets als ärztliche Anordnung) sollten Patienten mit Gewalt mediziert oder auf dem Bett mit Bauchgurt bzw. an Händen und Füßen fixiert werden. (Hierüber exakte Dokumentation mit genauen Zeitangaben!). Dem Patienten ist zu erklären, weshalb man so vorgehen mußte (in England werden psychiatrische Patienten nicht fixiert!)
- *Allgemein:* Wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die dem Patienten die Möglichkeit lässt, Nähe und Distanz selbst zu bestimmen, und die es ihm ermöglicht, sich in depressiven, suizidalen oder erneuten akuten psychotischen Manifestationen an seinen Therapeuten zu wenden

6.9.3 Sozialtherapie/Rehabilitation

- Schaffung eines möglichst *natürlichen Behandlungsmilieus:* Orientierung am aktuellen psychopathologischen Querschnitt, Vermeiden des Auftretens von Hospitalismus (bedingt durch langdauernde Hospitalisierung in reizarmer Umgebung mit Rückzug aus der Realität) mit Anstaltsartefakten wie Autismus, Automatismen, Stereotypen, Verstärkung der Minussymptomatik. Sicherstellung allgemeiner Grundbedingungen des Lebens auf Station. Kommunikationsverbesserung. Keine Rollendiffusion von Personal und Patienten, Aufnahme von spezifischen Rollen, Strukturierung des Tagesablaufs. Gespräche in Gruppen (therapeutische Gesprächsgruppen, Stationsplenum, Diskussionsrunden zu aktuellen Themen, Märchengruppen (gestalterisches Rollenspiel) etc.), Beteiligung des Patienten an Hausarbeiten auf Station
- *Realitätstraining:* Besprechung aktueller Situationen, Copingverhalten; Rückzugstendenzen entgegenwirken

- *Spezielle therapeutische Aktivitäten:* Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Werktherapie, Gartentherapie, Gymnastik und Sport, Musiktherapie, Soziodrama, Entspannungsübungen, Entspannungsgymnastik; stufenweise Heranführung an Selbstverantwortlichkeit, Selbstbewußtsein
- Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen (► oben)
- wichtig für die Wiedereingliederung in die Familie ist der Grad der »expressed emotions« zwischen den Familienangehörigen; niedriges Ausmaß günstig
- *Behandlungsinstitutionen* (möglichst gemeindenah): Tageskliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, beschützte Arbeitsplätze, Patientenklubs, Angehörigengruppen, Heime zum Dauerwohnen

Prinzip aller genannten Aktivitäten: Die Belastung des Patienten darf nur bis zu einer von Patient und Therapeut gemeinsam auszulotenden Grenze erfolgen, die im Laufe der Zeit mehr Spielraum zulässt. Überforderung kann zu Suizidalität führen!

Fallbeispiele

Fallbeispiel 6.1

Anamnese: Ein 32jähriger Mann entwickelte etwa 6 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik Schlaflosigkeit und zunehmende Unruhe. Kurz zuvor war die Firma, in der er 14 Jahre lang als Schweißer gearbeitet hatte, in Konkurs gegangen, und er war arbeitslos geworden. Weitere Symptome kamen hinzu: Das Gefühl, von anderen Menschen »komisch« angesehen zu werden, die Überzeugung, man spreche z. B. im Bus oder auch auf der Straße über ihn bis hin zu Wahrnehmungen, dass Radio- und Fernsehsendungen Botschaften an ihn enthielten, deren genaue inhaltliche Bedeutung er nicht erfassen konnte. Schließlich verbarrikadierte er seine Wohnungstür aus Angst vor Verfolgern, die er auch sprechen hörte (»den greifen wir uns jetzt, den machen wir fertig!«) und die ihn von der gegenüberliegenden Wohnung aus beobachten, abhören und bestrahlen würden. Zuletzt verweigerte der Patient das Essen von seiner Ehefrau, die er verdächtigte, ihn vergiften zu wollen, weil sie mit den Verfolgern unter einer Decke stecke.



Ein Erregungszustand bei Eintreffen der Polizei, die er selbst um Hilfe gebeten hatte, führte dann zu seiner Einweisung.

Zur Vorgeschichte ist erwähnenswert, dass der Großvater mütterlicherseits in einem psychotischen (vermutlich schizophrenen) Schub Selbstmord begangen hatte. Unser Patient selbst hatte vor allem während der Pubertät, in der er sich als zu dick und wenig männlich empfand, deutlich sensitiv-paranoide Beziehungsideen und hatte auch danach eine Neigung zu sensitivem Erleben und Verhalten behalten.

Befunde: Bei der Aufnahme erschien der Patient ängstlich erregt, offensichtlich unter dem Einfluss akustischer Halluzinationen stehend. Im Untersuchungszimmer antwortete er laut den Stimmen und wähnte, wir wüssten ja ohnehin alles über ihn, weil wir – wie andere Menschen auch – seine Gedanken lesen könnten. Ausschluss einer körperlichen (insbes. Hirn-) Erkrankung.

Diagnose: Schizophrenie, paranoid-halluzinatorischer Subtypus (F 20.0).

Therapie und Verlauf: Die Einbeziehung in den akuten Verfolgungswahn des Patienten gestaltete die Arzt-Patient-Beziehung in den ersten Tagen äußerst schwierig, bis die neuroleptische Behandlung deutliche Wirkungen zeigte. Kontinuierliche, zunächst teilstationäre, dann ambulante Weiterbehandlung mit zunehmendem Verständnis der Erkrankung, soziale Wiedereingliederung.

➤ **Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)**

Fallbeispiel 6.2

Anamnese: Eine 62jährige Frau wird von ihrem Mann in die Psychiatrische Ambulanz gebracht. Er berichtet, dass seine Frau seit einigen Jahren zunehmend unfähiger geworden sei, den Haushalt zu versehen. Sie habe keine Energie mehr, könne sich nicht konzentrieren, sei rasch erschöpfbar und könne sich in Gesprächen an vieles aus der gemeinsam verbrachten Ehezeit nicht mehr erinnern. Abends werde sie rasch müde und verbringe dann etwa 10–12 Stunden im Bett. Vorgängen im täglichen Leben gegenüber sei



sie abgestumpft und uninteressiert, auch den eigenen Kindern gegenüber. Sie sei oft reizbar und dabei gedrückter Stimmung und habe sich zunehmend isoliert; dadurch kaum noch Beziehung zum Kreis der Freunde und Verwandten. Wahngedanken oder Stimmenhören bestehen nicht, ebenso wenig Schwankungen der Stimmung während des Tages.

Die Patientin wurde zwischen ihrem 45. und 58. Lebensjahr 3mal wegen »Nervenzusammenbruch« in Psychiatrischen Kliniken behandelt. Den angeforderten Arztbriefen war zu entnehmen, dass es sich um schizophrene Schübe gehandelt hatte. Eine Behandlung mit Depotneuroleptika war 3 Jahre vor der jetzigen Konsultation, 1 Jahr nach dem letzten Klinikaufenthalt eingestellt worden.

Diagnose: Residualzustand bei Schizophrenie (F 20.5).

Therapie und Verlauf: Langsame Besserung unter Gabe eines mittelpotenten Neuroleptikums und zusätzlicher antidepressiver Behandlung.

➤ **Schizophrenes Residuum (F 20.5)**

Historische Fälle nach Kraepelin (1921)³

Fallbeispiel 6.3

»Das 24jährige Mädchen, das im Bette liegend hereingefahren wird, befindet sich in halb sitzender Stellung. Die Augen sind geschlossen, die Arme bis zur Kopfhöhe erhoben, die Finger wie Krallen gekrümmt; der Mund ist weit geöffnet. Auf Anreden lässt sich kein Zeichen des Aufmerkens oder des Verständnisses erkennen; Aufforderungen werden nicht ausgeführt. Ergreift man die Hand der Kranken, so fühlt man, dass alle Muskeln straff gespannt sind; jedem Versuch, die merkwürdige Haltung des Körpers irgendwie zu verändern, stellt sich ein starrer Widerstand entgegen. Will man die Augenlider heben, so pressen sie sich fest zusammen; die Augäpfel fliehen dabei nach oben. Drückt man den Oberkörper nach hinten, so behalten die leicht



³ Kraepelin E (1921) Psychiatrische Klinik. Bd II. Barth, Leipzig

angezogenen und abgekreuzten Beine ihre Stellung bei und heben sich von der Unterlage ab. Stechen in die Stirn oder das obere Augenlid löst weder ein Zusammenzucken noch eine Abwehrbewegung aus; selbst wenn man mit der Nadel tief in die Nase hineinfährt, verrät nur ein leichtes Blinzeln und eine Rötung des Gesichts, dass die Kranke nicht völlig unempfindlich ist. Ganz unvermittelt sehen wir sie dann sich strecken und längere Zeit mit dem Körper kontaktmäßig, wippende Bewegungen machen, die ebenso plötzlich wieder unterbrochen werden. Hinzufügen will ich noch, dass die Kranke ihre Entleerungen meist ins Bett gehen lässt, ferner, dass sie seit mehreren Wochen keine Nahrung zu sich nimmt, sondern mit dem Schlundrohr genährt werden muss.«

➤ **Katatonie (F 20.2)**

Fallbeispiel 6.4

»21jähriger Mann, der vor einigen Wochen in die Klinik eingetreten ist. Sitzt ruhig da, sieht vor sich hin, blickt nicht auf, wenn man ihn anredet, versteht aber offenbar alle Fragen sehr gut, da er, wenn auch langsam und oft erst auf wiederholtes Drängen, so doch durchaus sinngemäß antwortet. Aus seinen kurzen, mit leiser Stimme gemachten Angaben, entnehmen wir, dass er sich für krank hält, ohne dass wir über die Art und die Zeichen der Störung nähere Auskunft erhielten. Der Kranke schiebt sein Leiden auf die von ihm seit dem 10. Lebensjahr betriebene Onanie. Dadurch habe er sich einer Sünde gegen das 6. Gebot schuldig gemacht, sei in seiner Leistungsfähigkeit sehr heruntergekommen, habe sich schlaff und elend gefühlt und sei zum Hypochonder geworden. So habe er sich im Anschluss an die Lektüre gewisser Bücher eingebildet, dass er einen Bruch bekomme, an Rückenmarksschwindsucht leide, obgleich beides nicht der Fall sei. Mit seinen Kameraden habe er nicht mehr verkehrt, weil er gemeint habe, dass sie ihm die Folgen seines Lasters ansehen und sich über ihn lustig machten. Alle diese Angaben bringt der Kranke in gleichgültigem Ton vor, ohne aufzusehen oder sich um seine Umgebung zu kümmern. Sein Gesichtsausdruck verrät dabei keine Gemütsregung; nur ein flüchtiges Lachen zeigt sich hier und da. Außerdem fällt gelegentliches Stirnrunzeln und Verziehen des Gesichts auf; um Mund und Nase beobachtet man ständig ein feines, wech-



selndes Zucken. Über seine früheren Erlebnisse gibt der Kranke zutreffende Auskunft. Seine Kenntnisse entsprechen seinem hohen Bildungsgrade; er hat vor einem Jahr die Reife für die Universität erworben. Er weiß, wo er sich befindet und wie lange er hier ist, kennt aber die Namen der ihn umgebenden Personen nur sehr mangelhaft, danach habe er noch nicht gefragt. Auch über die allgemeinen Ereignisse des letzten Jahres weiß er nur sehr spärliche Angaben zu machen. Auf Befragen erklärt er sich bereit, zunächst in der Klinik zu bleiben; lieber sei ihm allerdings, wenn er einen Beruf ergreifen könnte, doch vermag er nicht anzugeben, was er etwa anfangen wolle.«



Hebephrenie (F 20.1)

7 Affektive Erkrankungen

7.1 Allgemeiner Teil – 138

7.2 Spezieller Teil – 143

7.2.1 Depressive Episode (F 32, F 33) – 143

7.2.2 Anhaltende depressive Störungen – 148

7.2.3 Manie (manische Episode F 30) – 150

7.2.4 Bipolare Störungen – 153

7.2.5 Komorbidität bei affektiven Erkrankungen – 156

7.1 Allgemeiner Teil

Definition

Als Affektive Erkrankungen (Affektive Störungen; ICD-10: F 3) wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, bei der die Störung der Gestimmtheit (Affektivität) gemeinsam mit Störungen des Antriebs und der Psychomotorik als charakteristisch angesehen wird. Grundsätzlich lassen sich im Verlauf von affektiven Erkrankungen zwei Syndrome unterscheiden, die als einander entgegengesetzte Pole aufgefasst werden: das depressive Syndrom und das manische Syndrom. Eine psychotische Realitätsverzerrung kann bei schwerer Krankheitsausprägung vorkommen. Unterschieden werden im wesentlichen:

7

Depressive Erkrankungen:

- Depressive Episode, einzeln oder rekurrend; starke Überschneidung zwischen Depressiver Episode (ICD-10) und Major Depression (DSM-IV)
- Dysthymia

Manische Erkrankungen:

- Manische Episode
- Hypomanie

Bipolare Erkrankungen:

- Bipolar I Störung
- Bipolar II Störung
- Zykllothymia

Depressive Episoden nach ICD 10 werden im DSM IV als Major Depression (majore Depression) bezeichnet.

Im Kontext mit den affektiven Erkrankungen (obwohl in der ICD-10 an anderer Stelle systematisiert) sind aber auch zu sehen: depressive Reaktionen und Trauerreaktionen (► Kap. 10).

Anmerkung: Gerade im Hinblick auf die affektiven Erkrankungen hat der Übergang von einer typologisch bestimmten und an der vermuteten Ätiologie orientierten hin zu einer empirisch-deskriptiv basierten Klassifikation einige Verwirrung ausgelöst. Die heute gültigen, zu jedenfalls weiten Teilen auf em-

pirischen Datenerhebungen beruhenden und auf diagnostischen Kriterien basierenden Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) stellen jedoch einen wichtigen wissenschaftlichen Fortschritt dar und haben auch in der Praxis viele Vorteile. Ihre Anwendung ist außerdem inzwischen in vielen Ländern obligatorisch. Die auf diesen Systemen beruhende Diagnostik birgt aber auch Gefahren, so z. B. dass typische klinische Symptomkonstellationen nicht mehr erlernt und in der Praxis erkannt werden (melancholische Depression) oder auch dass die neurotischen und beziehungsbedingten Hintergründe von Erkrankungen verstellt werden (z. B. bei der Dysthymia). Diese Gefahr kann dadurch gemindert werden, dass neben der kriterienbasierten Diagnose der Erkrankungseinheit auch klinische Typologien beachtet werden und die psychologischen, sozialen sowie, wenn möglich, biologischen Ursachenzusammenhänge beim jeweiligen Erkrankten sorgfältig herausgearbeitet werden. Erst ein solches diagnostisches Vorgehen auf zwei Erkenntnisebenen (der deskriptiv-nomothetischen und der eher hermeneutisch orientierten) ergibt für das Verständnis der Erkrankung und die jeweiligen Therapiemöglichkeiten optimale Ausgangsbedingungen. Die diagnostische Arbeit auf den beiden genannten Ebenen sollte im Übrigen bei Beginn der Therapie nicht beendet sein, sondern währenddessen mit dem Ziel einer immer präziseren Einschätzung und sich hieraus möglicherweise ergebenden Therapiemodifikationen fortgeführt werden.

Die Darstellung der einzelnen affektiven Erkrankungen in diesem Buch ist weitgehend an der ICD-10 orientiert, wird jedoch durch Inhalte des DSM-IV und klinische Beobachtungen ergänzt.

Epidemiologie

Häufigkeit: Die Prävalenz depressiver Erkrankungen (ingesamt) im zeitlichen Querschnitt beträgt etwa 8 %, davon betreffen etwa 3–5 % schwere depressive Störungen (depressive Episoden, bzw. major depression). Lebenszeitprävalenz etwa 15–20 % bzw. 10–15 %. Lebenszeitprävalenz der Bipolar I Störung (manisch-depressive Erkrankung) 1 %, der Bipolar II Störung (depressive und hypomanische Phasen) 1 %, der Zykllothymia 1 %, der unipolaren Manie 0,2 %, der Hypomanie ca. 2 %. Bei phasenhaft (episodisch) verlaufenden Erkrankungen: Polyphasische, unipolare Depression am häufigsten. Familiäre Häufung affektiver Erkrankungen, insbesondere bei bipolaren Störungen: Eltern, Geschwister, Kinder 10–15 %, beide Eltern krank: 30–40 %. Konkordanz bei Zwillingen: zweieiig 20 %, eineiig 70 %.

Geschlecht: Erkrankungshäufigkeit depressiver Störungen: Männer:Frauen etwa 1:2; bei bipolaren Erkrankungen etwa gleich.

Alter: Bei *monopolaren* affektiven Erkrankungen 2 Gipfel bzgl. Erstmanifestation: zwischen 20 und 29 sowie zwischen 50 und 59 Jahren (vgl. Angst 1987)¹; kein Prävalenzanstieg im höheren Lebensalter. Dysthymien beginnen früher. Häufigste Erstmanifestation *bipolarer* affektiver Erkrankungen um das 3.–4. Lebensjahrzehnt.

Ätiologie und Pathogenese

Enge Durchdringung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren.

7

Genetische Faktoren: Komplexe genetische *Prädisposition*, insbesondere bei bipolaren, aber auch z. T. unipolaren affektiven Erkrankungen. Entsprechende genetisch-epidemiologische Befunde in Familien-, Adoptiv- und Zwillingsstudien, aber auch Kopplungsbefunde mit Hinweisen auf mögliche Prädispositionsgene auf den Chromosomen 3p, 4p, 10q, 12q, 13q, 18p, 22q. Assoziationsbefunde: mögliche Beteiligung des Serotonin-Transporter-Gens (17q) und des Catecholamin-O-Methyltransferase-Gens (22q).

Biochemische Befunde: Antidepressiva hemmen u. a. die präsynaptische Wiederaufnahme von biogenen Aminen an der Nervenendigung; Entwicklung der Monoaminhypothese: Mitverursachung von Depressionen (und Manien) durch Balancestörung der biogenen Amine im ZNS: Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Herabgesetzte (bei Manien: gesteigerte) monoaminerge Neurotransmission, Neurotransmittermangel im synaptischen Spalt, komplexe Dysfunktionen prä- und postsynaptischer Rezeptoren.

Verschiedene endokrine Regulationsstörungen nachweisbar; häufig insbesondere bei schwerer Depression: Hochregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Hyperkortisolismus, Dexamethason-Hemmtest pathologisch).

¹ Angst J (1987) Epidemiologie der affektiven Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 5, S 51–66. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Bildgebung: *Strukturell* Volumenminderung der Frontal- und Parietallappen, des Hippokampus sowie der Basalganglien; *funktionell* (PET) vermehrter Blutfluss im lateralen inferioren präfrontalen Cortex, anteriorem Cingulum und Amygdala; vermindert im orbitofrontalen Cortex und Thalamus; funktionelle Veränderungen bestehen z. T. im symptomfreien Intervall.

Neuropsychologische Befunde: Insbesondere bei längerem und mehrphasigem Verlauf Störungen der Aufmerksamkeit, der Lernfähigkeit und exekutiver Funktionen.

Chronobiologische Befunde: Bedeutsamkeit des zirkadianen Systems bei affektiven Erkrankungen; Desynchronisation rhythmischer Funktionen, z. B. Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Depressiven und Manikern, und Tagesschwankungen bei Depressiven; REM-Schlaf-Latenz verkürzt, REM-Anteil am Schlaf erhöht, Tiefschlafanteil vermindert. Antidepressive Therapie, z. B. mit Schlafentzug, kann die zirkadiane Rhythmik regulierend beeinflussen.

Psychosoziale Risikofaktoren: Traumatische Erlebnisse in der Kindheit, Gewalt und Missbrauchserfahrungen, aber auch emotionale Kühle/Abwendung oder Abwesenheit der signifikanten Bezugspersonen (Eltern), Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Verelendung und Isolation (selbst und in der Herkunftsfamilie).

Prämorbidie Persönlichkeit: keine spezifische, zu Depression prädisponierende Persönlichkeitsstruktur. Bei depressiver Episode (major depression) mit melancholischer Symptomatik oft sog. *Typus melancholicus* (Tellenbach) mit Überangepasstheit, Übergewissenhaftigkeit, starker Ordnungsliebe, Zwanghaftigkeit, Autoritätskonflikten. Bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen, insbes. der Bipolar I Störung oft *hyperthyme Persönlichkeit* mit meist guter Stimmung, aber ebenso Mangel an emotionaler Tiefe und Selbstkritik, Antriebsreichtum, aber Schwierigkeit der Fokussierung.

Auslösende Faktoren:

- **somatische Faktoren:** körperliche Erkrankungen (z. B. auch Grippe), hormonelle Störungen, Operationen, Abmagerungskuren, Wochenbett, Klimakterium;
- **psychosoziale Faktoren:** unspezifische Auslöser privater und beruflicher Art, z. B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, chronische Konflikte, Einsam-

keit/Vereinsamung, Umzug, schwere Kränkungen, Entlastung nach anhaltender Belastung u. a. kritische Lebensereignisse. Subjektive psychische Belastung ausschlaggebender als objektiver Schweregrad. Ausmaß der subjektiven Belastung dem Patienten oft nur teilweise bewusst.

Verlauf und Prognose

- **Unipolar vs. bipolar:** nur depressive bzw. manische Phasen vs. depressive und manische Phasen im Wechsel;
- **monophasisch vs. polyphasisch:** einmalige Depression bzw. Manie vs. mehrmalige Depressionen und/oder Manien;
- **anhaltend:** Vorliegen der Symptomatik in unterschiedlicher Ausprägung über einen längeren Zeitraum (etwa 2 Jahre);
- **Phasisch verlaufende Erkrankungen:** Phasendauer im Mittel zwischen 4 und 8 Monaten, aber auch längere Phasen sind beschrieben; manische Phasen häufig kürzer als depressive. Jede Phase erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Phase, Bindung an Auslöser nimmt von Phase zu Phase ab (Sensitivierung?): Gefahr der Chronifizierung/dauerhaften Destabilisierung, u. a. durch Akzelleration des Auftretens von Phasen bis hin zu dauerhafter affektive Instabilität, z. B. schnellem Phasenwechsel (rapid cycling, ► u.) bei bipolaren Erkrankungen. Bei *depressiven Episoden* im Mittel 5 Phasen; nur einzelne Phase in 20 %; Vollremission nach abgelaufener Phase bei etwa 60–70 %, ansonsten Residualzustand mit persistierenden Störungen von Stimmung, Antrieb aber auch kognitiver Fähigkeiten. *Bipolare Störungen:* höhere Phasenhäufigkeit als unipolare Depression; Verhältnis depressive:manische Phasen etwa 3:1; nur etwa 20 % bleiben über 5 Jahre oder länger phasenfrei. In ca. 30 % Residualzustände. Etwa 15 % der Patienten beider Gruppen sterben durch Suizid (Suizidrisiko >40-fach erhöht!); Prognostisch ungünstig: psychiatrische oder somatische Komorbidität, Rückfallgefährdung und Chronifizierung; Rückfallgefährdung durch mangelnde Compliance (z. B. Medikamenteneinnahme) oder durch chronische Stressoren, interpersonelle oder berufliche Konflikte, Mangel an sozialer Integration und Unterstützung;
- **Anhaltende affektive Erkrankungen:** *Dysthymia* und *Zyklothymia* verlaufen chronisch-persistierend, Beginn im frühen Erwachsenenalter, können lebenslang bestehen bleiben. Wechselhaft ausgeprägte (undulierende) Symptomatik, mit der sich viele Betroffene im Laufe der Jahre unter Hin- und Herbewegung deutlicher Leistungsinsuffizienz arrangieren.

7.2 Spezieller Teil

7.2.1 Depressive Episode (F 32, F 33)

Symptome der depressiven Episode

- **Affektivität:** Verstimmung im Sinne von Traurigkeit, Bedrücktheit, »Herabgestimmtsein« bis hin zu Gefühlen völliger innerer Leere, Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit (»Gefühl der Gefühllosigkeit«, d. h. Unfähigkeit sowohl zu positiven Gefühlen z. B. gegenüber Bezugspersonen oder religiösen Inhalten, als auch zu Traurigkeit, Weinen), Gefühle von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Resignation (»Es wird nie besser werden!«); Unfähigkeit zur Freude und Verlust von Interessen. Gefühle von Insuffizienz und eigener Wertlosigkeit, aber auch Aggressivität gegenüber sich selbst (Suizidgefahr!). Häufig quälende innere Unruhe und/oder Angst (z. B. vor ganz alltäglichen Aufgaben, aber auch irrealer und tiefer existentieller Angst). Tagesschwankungen (meist Morgentief mit abendlicher Besserung) von Stimmung und Antrieb (s. u.) typisch für melancholischen Subtyp (ICD-10: somatisches Syndrom)
- **Antrieb:**
 - *Antriebshemmung* (gehemmte Depression): Energielosigkeit; Verlust von Initiative und Schwung; noch kürzlich bewältigte Alltagsaktivitäten werden zum Problem, erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit; Arbeitsunfähigkeit; schwerste Form der Antriebshemmung: depressiver Stupor (kaum Reaktionen auf Ansprache, kaum Bewegung);
 - *Antriebssteigerung* (agitierte Depression): Depression mit starker innerer und/oder motorisch geäußelter Unruhe, deutlich geäußerte Verzweiflung
- **Denken:**
 - **formal:** *Denkhemmung*. Das Denken ist verlangsamt, einförmig, unproduktiv, reduziert auf wenige Inhalte (Schlaf, Stuhlgang, negative Kognitionen), geringe Aufnahmefähigkeit für neue Gedanken und Anregungen; intellektuelle Funktionen erhalten, aber krankheitsbedingt nicht voll verfügbar
 - **inhaltlich:** bei schwerer Depression oft (*stimmungskongruenter* = *symthym*) depressiver Wahn mit *Schuld- und Versündigung*: extreme Selbstvorwürfe, z. T. wegen lange zurückliegender, harmloser Verfehlungen; entsprechend irrationale Angst vor den Folgen

Verarmung: Krankenkasse bezahlt Behandlung nicht, eigene Existenz und die der Familie wird durch Krankheitskosten vernichtet usw.

hypochondrischer Krankheitswahn: unkorrigierbare Gewissheit, eine schwere, evtl. zum Tode führende Krankheit zu haben (z. B. Krebs, Syphilis, AIDS); Körperfunktionen (z. B. Darm) völlig blockiert; leichtere Form: irrationale Sorge um die eigene Gesundheit

nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom): Existenzvernichtung, bezogen auf die eigene Existenz, die Familie, die ganze Welt

- **Zwangsgedanken**: können führende Rolle spielen (anankastische Depression), z. B. Kontrollzwänge, aber auch Tötungsimpulse (!) gegen den Partner, die eigenen Kinder oder sich selbst

- **Kognitive Leistungen**: subjektiv quälende Unfähigkeit zu Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Lernen (z. B. Lesen oder Fernsehen nicht möglich), wird durch depressives Erleben noch potenziert (»Pseudodemenz«). Aber auch objektivierbare (geringgradigere) Störungen entsprechender Leistungsbereiche, die z. T. auch im symptomfreien Intervall persistieren können (DD: beginnende Demenz)

- **Vitalstörungen und vegetative Symptome**: Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafen), »zerhackter« Schlaf, häufig mit Früherwachen (dann Grübelneigung), aber auch Hypersomnie (atypische Depression); Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme (aber auch -zunahme bei atypischer Depression), Verlust von Libido und Potenz; nicht selten sekundäre Amenorrhoe. Gefühl ständiger Abgeschlagenheit und Erschöpfung. Leibnahe Missempfindungen wie Druckgefühle oder Schmerzen in Brust- und Bauchraum, Rücken; Übelkeit, Obstipation. Manchmal qualitativ eigenartige Missempfindungen (z. B. Stromgefühl): Zoenästhesien

Diagnose

Diagnosestellung gelingt aufgrund charakteristischer Symptomkonstellationen (Kriterien) und typischer Verlaufskriterien (Frage nach früheren abgrenzbaren Phasen, ggf. manischen/hypomanischen Phasen, kontinuierlicher bzw. undulierender Verstimmung, Auslöser).

Differentialdiagnose

Depressive Verstimmungen bei Schizophrenien, depressiv-organisches Psychosyndrom (kognitive Störungen objektivierbar, andersartiger Verstimmung)

mungstyp); Depressionen aufgrund somatischer Grunderkrankungen (z. B. Hypothyreose, M. Cushing), pharmakogene Depression.

Spezielle Formen der depressiven Episode (F 32, F 33)

- **Melancholische Depression:** in der ICD-10 als *depressive Episode mit somatischem Syndrom* klassifiziert; bei mittelschwerer und schwerer depressiver Episode typischer Symptomenkomplex; ausgeprägte Unfähigkeit zur Freude bei fehlender Auslenkbarkeit durch angenehme Außenreize; Gefühl innerer Leere und Gefühllosigkeit, psychomotorische Hemmung, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, häufig Insuffizienz- und Schuldgefühle. Erschwertes Einschlafen, schlechtes Durchschlafen, Früherwachen oft mit Grübelneigung, Stimmungstief am Morgen mit Besserung im Tagesverlauf (► Fallbeispiel 7.1)
- **Psychotische Depression:** schwere depressive Episode, weit überwiegend vom melancholischen Subtypus, mit psychotischen Merkmalen; stimmungskongruente (synthyme) psychotische Symptome: Verarmungswahn, Versündigungswahn, nihilistischer Wahn, synthyme (Pseudo)halluzinationen (z. B. Stimme der Mutter ruft ins Grab)
Stimmungsinkongruente (parathyme) psychotische Symptome: Gedankenausbreitung oder -eingebug, Verfolgungswahn, Halluzinationen (Stimmenhören). Abgrenzung zu schizoaffektiver bzw. schizophrener Psychose schwierig
- **Atypische Depression:** depressive Episode mit Muster charakteristischer »atypischer« Merkmale, erhaltene affektive Reagibilität und Modulationsfähigkeit, gesteigerter (!) Appetit und Gewichtszunahme, Hyper(!)somnie, Gefühl bleierner Gliederschwere, hohe Kränkbarkeit (auch außerhalb der Phase), z. T. Komorbidität mit Dysthymia/neurotische Depression; oft Patienten mit schwerwiegenden neurotischen Konflikten
- **Kurzfristige rezidivierende depressive Störung:** kurze depressive Episoden (deutlich weniger als 2 Wochen, oft nur 1–3 Tage oder nur Stunden) von zum Teil erheblichem Schweregrad; oft melancholische Symptomatik, Suizidgefährdung (!)
- **Saisonale Depression:** jahreszeitliche Gebundenheit der depressiven Episode (Herbst/Winter), meist leichte bis mittelschwere Episoden, Remission im Frühling; Fehldiagnosen durch Überschneidungen mit psychosozialen Bedingungen (z. B. saisonale Arbeitslosigkeit)

Klinisch wichtige Konstellationen

Konstellationen mit charakteristischer Symptomkonstellation und -ausprägung, z. T. auch unter bestimmten Lebensbedingungen, die nicht die Einordnung in eine spezielle Depressionsform (Subtypus) rechtfertigen, aber klinisch prägnant sind und eine speziell abgestimmte Behandlung erfordern.

- **Postpartale Depression:** postpartale Depression etwa 10mal häufiger als in der Schwangerschaft. Auftreten: während der ersten 8 Wochen post partum, besonders in den ersten beiden Wochen. Häufigkeit: 0,4–2 %. Symptomatik: psychopathologisch unspezifisch; Rezidive auch ohne erneute Schwangerschaft/Wochenbett möglich; bei postpartalen Depressionen häufig Suizidgefahr, auch im Sinne von erweitertem Suizid (Mutter und Kind)
- **Erschöpfungsdepression:** insbesondere nach Dauerbelastungen; häufig bei neurotischen Grundkonflikten bzw. zu Abhängigkeit und Anpassung neigender Persönlichkeitsstruktur. Symptomatik: Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, körperliche (nichtorganische) Beschwerden wie Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen
- **Somatisierte (»Larvierte«) Depression:** depressive Verstimmung eher im Hintergrund spürbar, deutliche körpernahe Beschwerden wie Rücken- und Kopfschmerzen, Übelkeit, Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen. Stimmungsqualität wird nicht berichtet, Antriebsstörungen und Vitalstörungen häufig gut nachweisbar. Patienten mit somatisiert depressiver Symptomatik werden oft als somatisch krank fehldiagnostiziert; verlangen selbst (und erhalten!) weit über das sinnvolle Maß hinausgehende organmedizinische Untersuchungen
- **Involutionsdepression:** depressive Syndrome mit Erstmanifestation zwischen dem 45.–65. Lebensjahr; häufig psycho- oder auch somatogene Auslösung; psychogene Auslöser: z. B. Bilanzierungsfragen, Trennung vom Lebenspartner, Bewältigung von Schwierigkeiten mit Kränkungen (u. a. Altern als Kränkung!) und somatischen Erkrankungen, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben
- **Depression im Senium:** depressive Syndrome nach dem 65. Lebensjahr, häufig in Verbindung mit somatischen Erkrankungen bzw. hirnorganischen Abbauprozessen, aber auch Einsamkeit und sozialer Isolierung; Suizidgefahr besonders groß – in höherem Alter auch Bilanzsuizid

Therapie

Vorrangiges Behandlungsziel ist die möglichst zuverlässige und rasche Therapie der depressiven Symptomatik. Vor Therapiebeginn Diagnosesicherung! Bei körperlich (mit)bedingten affektiven Störungen: Therapie der Grunderkrankung. Bei gesicherter Diagnose ist kombinierte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung wichtigstes Behandlungsprinzip. Zusätzliche therapeutische Wirkprinzipien: Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Körperorientierte Verfahren, Physiotherapie und physikalische Therapie.

Bei schwerer Ausprägung: stationäre Therapie (intensivere Behandlungsmöglichkeit, Entlastung von Patienten und Angehörigen; aber auch wegen Suizidgefahr; besonderes Suizidrisiko bei beginnender Besserung beachten!).

Bei der **somatischen Therapie** bestehen folgende Therapiemöglichkeiten:

- **Antidepressiva**: selektive Serotonin- bzw. Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer oder herkömmliche trizyklische Antidepressiva; bei Versagen der Monotherapie: Kombinationstherapie (z. B. Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung) und/oder Augmentation mit Lithiumsalzen oder T3/T4. Erfolge auch mit Monoaminoxidasehemmer (eher Mittel der 2. Wahl). Kombination mit Neuroleptika bei psychotischen Symptomen. Rezidivprophylaxe durch Dauergabe von Antidepressiva; auch Lithiumsalze manchmal erfolgreich
- **Elektrokrampftherapie (EKT)**: bei Versagen von zwei auf einander abgestimmten Versuchen mit Pharmakotherapie und qualifiziertem Versuch mit Psychotherapie. Hochwirksam bei depressiven Episoden vom melancholischen Subtypus, insbes. bei synthymem Wahn; bzgl. Indikation, Durchführung und Nebenwirkungen/Komplikationen der EKT (► Kap. 16.2)
- **Schlafentzug (Wachtherapie)**: durch totalen (ganze Nacht) oder partiellen (2. Nachthälfte) Schlafentzug Milderung von depressiven Beschwerden, evtl. auch Rückgang der depressiven Tagesschwankungen; Effekt hält meist nur kurze Zeit an (► Kap. 16.3)
- **Lichttherapie**: Applikation von hellem Licht (z. B. aus Fluoreszenzlampen), bevorzugt morgens; häufig rascher Eintritt von Besserung (bereits nach 3–4 Tagen), Behandlungsdauer 1–3 Wochen bei ca. 1–2 h/Tag; keine gravierenden Nebenwirkungen; bei Winterdepression

Psychotherapie ist bei allen Formen depressiver Erkrankungen geboten, muss aber dem Schweregrad, dem Subtypus der Erkrankung, aber auch der jeweiligen Persönlichkeit angepasst werden. Dem Patienten darf nur die Anforderung

in der Psychotherapie zugemutet werden, die auch produktiv umgesetzt werden kann! Viele Fehler durch falsche Diagnostik des Depressionstypus, des Erkrankungszustands (Phase) und Fehleinschätzung der Belastbarkeit (Dysthymia: eher hoch; melancholischer Subtypus: eher gering)!

Grundhaltung: kontinuierliche Zuwendung im Gespräch, Vermittlung von Verständnis und Geduld, Informieren über die Erkrankung, Betonung des Krankheitscharakters der Depression und ihrer guten Behandelbarkeit, Ansprechen möglicher Suizidgedanken, Einbeziehung der Angehörigen, insbesondere des Partners.

Spezielle Methoden zur Depressionsbehandlung

- *Supportive Psychotherapie:* gezielte Unterstützung von persönlichen Ressourcen
- *Kognitive Verhaltenstherapie:* z. B. kognitive Psychotherapie nach Beck als strukturierte Methode zum Abbau negativer Einstellungen und dysfunktionaler Kognitionen (Kognitive Triade: negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft)
- *Interpersonale Psychotherapie:* nach Klerman und Weissman (IPT) als fokussierte Form der Kurztherapie, in der sowohl am Krankheitskonzept wie auch an zwischenmenschlichen Problemen, die mit der depressiven Episode verknüpft sind, gearbeitet wird
- *Psychodynamische Psychotherapie:* Herausarbeiten und Verstehen ungelöster und pathogener, oft nur teilweise bewusster Konflikte (die sich z. B. in aktuellen Partnerkonflikten abbilden); auf dieser Grundlage Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten

7.2.2 Anhaltende depressive Störungen

Dysthymia (F 34.1)

Symptome

Die Symptomatik ähnelt derjenigen der depressiven Episode (Major Depression), ist jedoch nie so schwer, dass die Kriterien dieser Störung erfüllt werden. Die Symptomatik ist von wechselndem (undulierendem) Ausprägungsgrad. Insbesondere kommen keine Symptome der melancholischen Depression und keine psychotischen Symptome vor.

- **Stimmung:** traurig-gedrückte Verstimmung, Verlust von Freude, Hoffnungslosigkeit
- **Antrieb:** Minderung von Interesse und Initiative, Schwierigkeiten bei alltäglichen Anforderungen
- **Denken:** oft einförmige Denkinhalte, Grübelneigung (z. B. Vergangenheit), pessimistische Zukunftssicht
- **Vitalstörungen und vegetative Symptome:** Ein- und Durchschlafstörung, aber auch Hypersomnie; unspezifische körperliche Beschwerden wie Schweregefühl, Kopfschmerzen, Rücken- und Bauchschmerzen

Diagnose

Zur Diagnosestellung ist es notwendig, dass die Symptomatik mindestens 2 Jahre lang besteht und nicht von einer normalen Stimmung von mehr als etwa 2 Monaten unterbrochen wird. Die Dysthymia entspricht in vieler Hinsicht der neurotischen Depression (► Kap. 9), wie sie in älteren, typologisch orientierten Klassifikationen (z. B. ICD-9) systematisiert ist. Die Diagnose der Dysthymia schließt (sinnvollerweise) aufgrund ihres deskriptiven Charakters eine neurotische Genese der Erkrankung nicht a priori ein. Andererseits sollte gerade bei dieser Diagnose auf neurotische Merkmale (z. B. Art der Beziehungsgestaltung, dysfunktionale Überzeugungen, Wiederholungszwänge, hohe Krankbarkeit) geachtet werden.

Differentialdiagnose

Abgrenzung in erster Line von der depressiven Episode (Schweregrad, Dauer), der depressiven Reaktion (Bindung an traumatisches Lebensereignis), aber auch von organischen Depressionsformen (kognitive Beeinträchtigung).

Therapie

Es gelten die gleichen Prinzipien wie bei der Behandlung der depressiven Episode, jedoch kommt einer qualifizierten Psychotherapie noch größere Bedeutung zu. Psychodynamische Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie sind wirksam.

Persistierende depressive Episode

Die insbesondere in der ICD-10 vertretene Auffassung, dass depressive Erkrankungen weitgehend entweder episodisch und eher schwer oder anhaltend und eher leicht verlaufen, trifft nicht immer zu. Es kommen Erkrankungen von

der Schwere depressiver Episoden mit den Merkmalen eines Subtypus (Melancholie, atypische Depression) vor, bei denen die einzelne Phase (?) z. T. jahrelang persistiert. Diese Erkrankungsverläufe werden aufgrund von Kenntnis-mängeln nicht selten als Dysthymia/neurotische Depression oder Persönlichkeitsstörung fehldiagnostiziert, obwohl bei genauer Analyse der Psychopathologie eine sichere diagnostische Zuordnung möglich ist. Die Patienten und ihre Angehörigen stehen unter einem anhaltenden hohen Leidensdruck. Die fehlende Einleitung einer in diesen Fällen meist notwendigen intensiven antidepressiven Therapie (einschließlich EKT) führt zur weiteren Chronifizierung.

7 Depressiver Residualzustand

Depressive Episoden bilden sich auch nach fachgerechter Behandlung nur in ca. 80 % der Fälle vollständig zurück. Hieran schließt sich, insbesondere nach Ablauf mehrerer Phasen, ein depressiver Residualzustand (chronisches subdepressives Syndrom) an, der durch persistierende, in der Ausprägung aber wechselhafte Verstimmung (traurig, gedrückt, reizbar), v. a. aber leichtgradigere Antriebsdefizite (leichtere Erschöpfbarkeit, Vitalitätsmangel, Initiativemangel) gekennzeichnet ist. Symptomatik ähnlich wie Dysthymia. Leidensdruck für Betroffene und Familien, Erlebnis- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt; Prognose wegen Persistenz ungünstig; Behandlung schwierig; Versuche mit antriebssteigernden Antidepressiva (auch Kombinationen), insbes. Mao-Hemmer (Tranylcypromin); T3- oder T4-Augmentation; bei melancholischer Charakteristik: Versuch mit EKT.

7.2.3 Manie (manische Episode F 30)

»Manie« von griech. *mania*: Begeisterung, Besessenheit, Raserei! Patienten mit manischer Psychose fehlt meist subjektives Krankheitsgefühl.

Symptome

- **Affektivität:** *gehobene Stimmung* (Hochgefühl, beste Laune, Tendenz zu anhaltender, mitreißender, grundloser Heiterkeit), Selbstüberschätzung (»grandioses Selbst«), *aber auch Gereiztheit* mit Aggressivität (gereizte Manie), Distanzlosigkeit und Kritiklosigkeit im Verhalten anderen gegenüber

- **Antrieb:** *starke Antriebssteigerung* (erhöhte Aktivität, Tatendrang, Rededrang, unermüdliche Betriebsamkeit), evtl. starke (psychomotorische) Erregung, Enthemmung, Promiskuität, Umsetzung der sich selbstüberschätzenden Größenideen in Taten (sinnlose Käufe mit hohen Geldausgaben, wahlloses Verschenken von Gegenständen aus dem Privatbesitz, mit z. T. schädigenden Folgen für den Patienten und seine Familie); auch Aggressivität und aggressive Handlungen. Leistungsfähigkeit häufig zunächst gesteigert, dann durch Mangel an Zielorientiertheit und Fokussierung stark gemindert;
- **Denken:**
 - **formal:** *Ideenflucht* (Denken beschleunigt, häufig auch das Sprechen, Gedankenjagen, ständig neue Einfälle, dabei leichte Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit); gelockerter Zusammenhang zwischen Gedanken und sprachlichen Äußerungen; extrem: verworrene Manie
 - **inhaltlich:** Wahnformen, synthym als *Größenwahn* als Ausdruck von Selbstüberschätzung und Hochstimmung, aber auch stimmungsinkongruente (parathyme) Wahnbildungen (Beobachtungs- und Verfolgungsthematik)
- **Kognitive Leistungsfähigkeit:** Subjektiv eher gesteigert, objektiv z. T. ausgeprägt mangelhafte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, erschwertes Lernen; kann teilweise nach Ablauf der Phase persistieren
- **Vitalsymptome:** Schlafstörungen (z. T. extremes Schlafdefizit wird subjektiv häufig nicht als quälend empfunden); gesteigerte Libido/Potenz; evtl. Gewichtsabnahme (ohne Appetitstörung)

Diagnose

Aufgrund eindrucksvoller Psychopathologie in der Regel wenig problematisch; auch hier entscheidend: charakteristischer Symptomenkomplex, typischer Verlauf. Anamnese beachten; Fremdanamnese besonders wichtig! Diagnosesicherung auch unter forensischem Gesichtspunkt wichtig. Aufgrund häufig fehlender Krankheitseinsicht u. U. Frage der Geschäfts- oder Schuldunfähigkeit. Bei (parathymen) psychotischen Symptomen ist die Manie jedoch schwierig von schizoaffectiven und schizophrenen Psychosen abzugrenzen.

Neben Manie auch:

Hypomanie: Zustand von deutlich gehobener oder gereizter Stimmung und anderen Symptomen der Manie, der mindestens vier Tage anhält, symptomatisch insgesamt weniger ausgeprägt ist und damit weniger stark in das

Leben des Betroffenen eingreift. Wird häufig von Betroffenen nicht nur als angenehm, sondern als »normal« empfunden, von Angehörigen bagatellisiert und von Ärzten/Psychologen oft nicht oder fehldiagnostiziert. Medizinische und forensische Konsequenzen bei Nichtbeachtung.

Differentialdiagnose

Hyperthyme Persönlichkeit (keine Phase, sondern als dauerhafte Persönlichkeitsmerkmale meist durchgehend gehobene Stimmung, aber auch affektive Oberflächlichkeit, Kritikarmut, Schwierigkeit der Antriebsfokussierung), manische Syndrome bei somatischen Erkrankungen (psychische Begleitsymptomatik bei organischen Grundstörungen), maniforme Syndrome bei Schizophrenien (kein phasenhafter Verlauf, häufig durchsetzt mit anderen Schizophreniesymptomen), schizomanische Störung.

Therapie

Oft stationäre Therapie (auch mit Unterbringung nach dem psychiatrischen Krankengesetz) erforderlich.

- **Somatische Therapie** mit zwei verschiedenen Strategien (auch kombinierbar)

stimmungsstabilisierend: Lithium oder Valproat oder (Ox)carbamazepin, auch in Kombination miteinander

hochpotent neuroleptisch, überwiegend dann zusätzlich (!), wenn stimmungsstabilisierende Medikation nicht ausreichend, vorzugsweise sog. atypische Neuroleptika, wenn nicht ausreichend herkömmliche Neuroleptika; Phasenprophylaxe ► Kap. 16!

- **Psychotherapie**: psychotherapeutische Arbeit i. e. S. bei manischen Patienten symptombedingt äußerst schwierig (psychotische Realitätsverzerrung), psychotherapeutisch-supportive Interventionen aber immer versuchen (Beziehungsaufbau, Förderung der Compliance und der Realitätskontrolle). Bei Rückbildung der Phase Psychoedukation: Aufklärung der auslösenden Bedingungen, Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung, Erlernen von Fähigkeiten zur Vermeidung von Gefährdungen. Später Versuch der Klärung und ggf. Analyse persönlicher Konfliktsituationen (häufig)

7.2.4 Bipolare Störungen

Im Verlauf der Erkrankung depressive Episoden und manische Episoden bei symptomfreien (ggf. auch nur symptomarmen) Intervallen. Die depressiven Episoden sind im Querschnitt von unipolaren Depressionen nicht zu unterscheiden und oft durch eine melancholische Symptomatik gekennzeichnet. Aber auch unspezifische oder atypische Formen kommen vor. Bei der Neigung vieler Patienten, (hypo)manische Phasen zu bagatellisieren, kommt der Fremdanamnese große Bedeutung zu.

Bipolar I Störung

Die jeweiligen Erkrankungsphasen erfüllen die Kriterien für depressive bzw. manische Episoden. Insbesondere in der manischen Phase, aber auch im symptomfreien Intervall, kann Substanzmissbrauch vorkommen. Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen häufig, z. T. dissoziale Entwicklungen. Aufgrund der oft hyperthymen Primärpersönlichkeit Neigung zur Bagatellisierung der Erkrankung und der hierdurch hervorgerufenen Probleme. Familiäre Häufung von Bipolar I Störungen (► Fallbeispiel 7.2).

Bipolar II Störung

Die depressiven Erkrankungsphasen erfüllen die Kriterien für die depressive Episode. Hinzu treten jedoch *hypomane* Episoden. Wird häufig als unipolare Erkrankung fehldiagnostiziert, wodurch mögliche therapeutische Konsequenzen (Stimmungsstabilisierung, Suizidvermeidung) zu wenig beachtet werden. Erhöhte Suizidgefahr. Substanzmissbrauch und Angsterkrankungen kommen als komorbide Störungen gehäuft vor. Primärpersönlichkeit der Patienten eher wie bei depressiven Episoden vom melancholischen Subtypus (Typus melancholicus). Homotypische familiäre Häufung von Bipolar II Störungen (► Fallbeispiel 7.3).

Zyklothymia

Persistierende, mit fluktuierender bipolarer Symptomatik einhergehende Erkrankung. Beide Pole erfüllen jedoch nicht die Kriterien für depressive bzw. manische Episoden; es liegen jeweils lediglich *subdepressive* und *hypomane* Symptomkonstellationen vor. Die Erkrankung sollte nur diagnostiziert werden, wenn die Symptomatik etwa 2 Jahre lang besteht und in dieser Zeit keine anhaltende Symptomfreiheit (2 Monate) vorgekommen ist. Zyklothymien

kommen sowohl in Familien mit gehäuftem Auftreten von Bipolar I, wie von Bipolar II Störungen vor; daher eventuell symptomatisch leichtere Form beider Erkrankungen. Bei Zykllothymien handelt es sich um eher seltene, aber durchaus krankheitswertige Störungen, nicht nur um Persönlichkeitsvariationen. Das diagnostische Konzept, aber auch die sich hieraus ergebenden Konsequenzen sind jedoch noch nicht genügend validiert.

Differentialdiagnose

Die Differentialdiagnose der Erkrankungsformen untereinander kann Schwierigkeiten bereiten. Die Abgrenzung von Manie und Hypomanie ist nicht einfach, aber häufig notwendig und praktisch relevant. Organische und substanzbedingte Störungen müssen ausgeschlossen werden. Letzteres kann insbesondere dadurch erschwert werden, dass bei Patienten mit bipolaren Störungen ein Substanzmissbrauch (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, Analeptika) nicht selten ist. Bei Vorliegen stimmungsinkongruenter (parathymen) psychotischer Symptome kann die (therapeutisch relevante) Abgrenzung von schizoaffektiven Psychosen und Schizophrenien schwierig sein und gelingt manchmal erst im Krankheitsverlauf.

Therapie

Zwei unterschiedliche Therapiestrategien:

- Therapie zunächst auf depressive oder manische Akutsymptomatik ausgerichtet: bei depressiver Phase Gabe von Antidepressiva, bei manischer Phase Gabe von hochpotenten Neuroleptika (atypische, bei Nichtansprechen typische), in Kombination mit schwach bis mittelpotenten, sedierenden Neuroleptika, eventuell Benzodiazepine. Erst anschließend (2. Schritt) stimmungsstabilisierende und phasenprophylaktische Behandlung (s. u.). Bei Manie auch akut Einsatz von Lithiumsalzen möglich wegen direkt antimanischer Wirkung; auch Antiepileptika (Valproat, Carbamazepin). Vorteil von (1): (vergleichsweise rasche und zuverlässige) Beherrschung der Akutsymptomatik, Nachteil: Risiko eines abrupten Phasenwechsels (»switch«) mit dem Risiko der Phasenakzeleration;
- Therapie zunächst auf Stimmungsstabilisierung ausgerichtet (Standard in USA): Gabe von Lithiumsalzen und/oder Valproat, (Ox)carbamazepin, ggf. Lamotrigin, auch in Kombination. Nur bei unzureichendem Ansprechen (2. Schritt) Gabe von Antidepressiva bzw. hochpotenten Neuroleptika (atypische, bei Nichtansprechen typische). Atypische Neuroleptika wie

Clozapin und Olanzapin haben ebenfalls stimmungsstabilisierende Wirkungen. Vorteil: Vermeidung von Phasenwechseln, Nachteil: eventuell unzureichende Besserung der Akutsymptomatik mit entsprechender Gefährdung.

Langzeitprophylaxe: unumstritten notwendig; oft nicht sachgerecht durchgeführt und überwacht (!). Lithiumsalze 1. Wahl, wenn ungenügende Stabilität bzw. Wiederauftreten von Phasen, Kombination mit Antiepileptika: Valproat, Oxcarbamazepin, Lamotrigin. Wenn weiterhin instabil, Kombination von Antiepileptika. Auch Kombination mit Clozapin oder Olanzapin bzw. Quetiapin bei Versagen o. g. Vorgehensweisen möglich.

Besondere Erkrankungsformen im Verlauf bipolarer Störungen

Die im Folgenden beschriebenen Störungen werden gegenwärtig nicht als eigenständige Erkrankungseinheiten, sondern als besondere Syndrome bzw. Verlaufsformen i. S. von Komplikationen bei bestehenden Bipolar I oder Bipolar II Störungen angesehen. Es handelt sich um schwerwiegende Krankheitszustände, die oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen und mit ausgeprägtem Leidensdruck für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen verbunden sind.

Mischzustand (F 31.6)

Im psychopathologischen Querschnittszustand (!) für mindestens 2 Wochen (ICD-10; DSM-IV: 1 Woche) gleichzeitiges Bestehen von Symptomen sowohl einer manischen (auch hypomanischen) als auch einer depressiven Episode (Kriterien der jeweiligen Klassifikationen müssen erfüllt sein). Typischerweise schneller Wechsel zwischen Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit und Euphorie oder Reizbarkeit. Dabei wechselndes Antriebsverhalten mit oft durchgängiger psychomotorischer Unruhe; Ein- und Durchschlafstörung; psychotische Symptome kommen vor (meist synthym). Die Diagnose darf nur gestellt werden, wenn anamnestisch mindestens eine depressive, manische, hypomanische oder gemischte Episode vorgelegen hat.

Derart klassifizierbare Mischzustände sind selten (Zeitkriterium!), häufiger sind hingegen nur Stunden bis wenige Tage anhaltende *Mischzustände beim Phasenübergang* von der depressiven in die manische Phase oder umgekehrt.

Bei anhaltendem Mischzustand (hoher Leidensdruck, gefährlich wegen Suizidalität) stimmungsstabilisierend ausgerichtete Behandlung mit Lithium

oder Valproat/(Ox)carbamazepin (auch in Kombination), ggf. zusätzlich Olanzapin; bei Versagen: EKT, anschließend erneute Pharmakotherapie. Supportive psychotherapeutische Begleitung, Beratung der Angehörigen!

Rapid Cycling

Besondere Verlaufsform bei Bipolar I oder Bipolar II Störung (bei letzterer häufiger), die sich meistens erst im Verlauf der entsprechenden Erkrankung entwickelt. Zur Diagnosestellung müssen mindestens 4 affektive Episoden innerhalb der letzten 12 Monate bestehen. Wird vermutlich begünstigt durch hohe Phasenhäufigkeit, langdauernde Behandlung mit Antidepressiva, weibliches Geschlecht, Menopause, Hyperthyreose, Stimulanzien und Alkoholmissbrauch. Schwerwiegender Krankheitszustand, der insbesondere dann zur ausgeprägten Beeinträchtigung führt, wenn nur noch kurze oder sogar keine euthymen Intervalle mehr vorkommen.

Therapie stimmungsstabilisierend; keine Antidepressiva; gute Erfahrungen mit Valproat (Lithiumsalze wirken oft nicht mehr), Kombination mit Lamotrigin oder/und Olanzapin, ggf. Clozapin. Versuch mit EKT, anschließend erneute stimmungsstabilisierende Therapie. Supportive psychotherapeutische Begleitung, Beratung der Angehörigen! (► Fallbeispiel 7.3).

7.2.5 Komorbidität bei affektiven Erkrankungen

Die modernen, deskriptiv orientierten Klassifikationen lassen das Nebeneinanderbestehen mehrerer psychischer Störungen zu.

Es ist jedoch diagnostisch und therapeutisch besonders wichtig zu prüfen, ob ein tatsächliches Nebeneinanderbestehen zweier Erkrankungseinheiten vorliegt, oder aber ob sich eine krankheitstypische Symptomatik erst in engem Zusammenhang mit einer bestimmten Krankheitsentität entwickelt. So handelt es sich bei der anhaltenden Angst, Unruhe und Neigung zum Sich-Sorgen, das im Rahmen einer depressiven Episode recht häufig vorkommt, nur dann um eine echte generalisierte Angststörung (F 41.1), wenn diese Symptomatik auch unabhängig von der depressiven Episode bestanden hat. Ist dies nicht der Fall, gehen die genannten Symptome in der Symptomatik der depressiven Episode auf, mit der therapeutischen Konsequenz der Einleitung einer Depressionsbehandlung. Das Vorliegen einer echten Komorbidität stellt generell eine komplexe Situation dar, die intensive Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Klinisch relevante Konstellationen:

- **Komorbidität von Dysthymia und depressiver Episode (»double depression«):** bei bestehender Dysthymia tritt eine depressive Episode auf; i. A. schwere Beeinträchtigung und hoher Leidensdruck; erfordert systematische und intensive Therapie mit Antidepressiva (ggf. EKT) und Psychotherapie, wobei letztere insbesondere nach Rückbildung der depressiven Episode erforderlich ist; sonst hohe Rückfallgefahr
- **Komorbidität mit Angsterkrankungen:** hohe Komorbidität sowohl bei depressiven Episoden, Dysthymia und bipolaren Erkrankungen. Komorbidität über die Lebensspanne ca. 50 %, in erster Linie mit Panikstörung, Agoraphobie, sozialer Phobie, generalisierter Angsterkrankung; die Angststörung darf nicht im Rahmen der affektiven Störung aufgetreten sein und sich mit ihr zurückbilden; zunächst Behandlung der Depression, danach störungsspezifische Behandlung der Angsterkrankung
- **Komorbidität mit Zwangserkrankungen:** kommt wesentlich seltener vor; Lebenszeitkomorbidität bei bipolaren Störungen höher (ca. 20 %?) als bei unipolaren (ca. 10 %?); etwa $\frac{1}{3}$ der Patienten mit Zwangserkrankungen entwickeln mindestens eine depressive Episode; Abgrenzung gegen zwanghafte (anankastische) Depression, bei der die depressive Symptomatik i. e. S. von einer Zwangssymptomatik nahezu maskiert wird (► oben)
- **Komorbidität mit Essstörung:** häufig Depression bei Essstörungen, seltener E. bei vorausgehenden affektiven Erkrankungen; bei vorliegender Anorexie/ Bulimie in etwa 75 % Dysthymia oder depressive Episode; gleichzeitige Behandlung von Essstörung und Depression
- **Komorbidität mit somatoformen Störungen:** selten auf dem Boden einer affektiven Störung; andersherum jedoch häufig, Lebenszeitkomorbidität von affektiven Störungen (depressive Episoden, Dysthymien) etwa 75 %; antidepressive Behandlung
- **Komorbidität mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit:** Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit bei etwa 15 % der Patienten mit unipolaren Depressionen (aber selten bei Melancholie), bei etwa 30 % mit Dysthymia, aber bei etwa 60–70 % mit bipolaren Störungen; Cannabis-, Kokain- und Analeptikamissbrauch ebenfalls häufig; therapeutisch: Absetzen der Substanzen ggf. Entzug, danach antidepressive bzw. stimmungsstabilisierende Behandlung; Langzeitprophylaxe!
- **Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen:** bei etwa 50 % aller Patienten mit affektiven Erkrankungen; häufig: ängstlich-vermeidende, abhängige,

aber auch emotional instabile und histrionische sowie »gemischte« Persönlichkeitsstörung; bei bipolaren Erkrankungen nicht selten dissoziale Persönlichkeitsentwicklungen; bei ausgeprägter Störung erschwerte Behandlung der affektiven Symptomatik (besonders schwierig und nicht selten: Persönlichkeitsstörung und »double depression«); zunächst Behandlung der depressiven Symptomatik, dann der Persönlichkeitsstörung in geeignetem Setting (vorzugsweise ambulant)

Fallbeispiele

Fallbeispiel 7.1

Anamnese: Eine 64 jährige, verwitwete Frau kommt nach einem Suizidversuch in klinische Behandlung. Zu Belastungen in ihrem derzeitigen Leben war zu erfahren, dass ihr Ehemann 6 Monate vor der Aufnahme nach längerem Krebsleiden verstorben war. Die gezieltere psychiatrische Exploration zeigte, dass die Patientin den Tod ihres Mannes in besonderer Weise wahnhaft verarbeitet hatte: Sie wähnte, ihren Mann mit einer Dosis eines Schmerzmittels umgebracht zu haben, was nun auch in den Zeitungen stünde und sogar über die Nachrichten verbreitet würde: Sie sei eine Mörderin!

Befund: Bei der Aufnahme wirkt die Patientin ausgeprägt traurig-verstimmt. Sie war stark antriebsgemindert, gehemmt und in der mimischen Modulation herabgesetzt. Sie wirkte erheblich abgemagert, da sie in den letzten 4 Monaten keinen Appetit hatte. Ferner berichtet sie über Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen und quälendes morgendliches Grübeln. Die ausgeprägte morgendliche Verstimmung und Antriebshemmung besserte sich regelhaft gegen Abend etwas. Synthymes Wahnerleben im Sinne eine Schuldwahns. Keine Hinweise auf eine relevante körperliche Erkrankung.

Diagnose: Unipolare affektive Erkrankung: Depressive Episode, melancholischer Subtypus mit (synthyemen) psychotischen Symptomen (F 32.3).

Therapie und Verlauf: Diese Wahngewissheit war eng mit der depressiven Symptomatik verknüpft und hatte in diesem Fall auch einen ganz spezifischen



schen lebensgeschichtlichen Hintergrund: Die Mutter der Patientin hatte ihren Ehemann (den Vater der Patientin) mit Tabletten vergiftet, nachdem dieser sie mehrfach betrogen und mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hatte. Die Mutter war daraufhin für viele Jahre ins Zuchthaus gekommen, und die Patientin war bei Verwandten aufgewachsen. Die Erkrankung und der dann folgende Tod des Ehemannes hatten möglicherweise diese frühe Szene wiederbelebt und zu einer wahnhaften Verarbeitung durch eine Identifizierung mit einer »mörderischen Mutter« geführt.

Nach einer längeren antidepressiven Pharmakotherapie und einer vorsichtig aufdeckenden Psychotherapie, die genau dieses eine biographische Detail schwerpunktartig beinhaltete, löste sich die depressiv-wahnhafte Symptomatik nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten allmählich auf.

➤ **Unipolare affektive Erkrankung: Depressive Episode, melancholischer Subtypus mit (synthymen) psychotischen Symptomen (F 32.3)**

vgl. ► Fallbeispiel 17.1

Fallbeispiel 7.2

Anamnese: Ein 52jähriger, in zweiter Ehe verheirateter kaufmännischer Angestellter kommt mit einer schweren depressiven Symptomatik und Suizidalität zur stationären Aufnahme. Die jetzige Depression besteht seit 2 Monaten, zuvor war der Patient 1 Jahr lang gesund. Er macht sich Vorwürfe, den Kunden gegenüber versagt zu haben und befürchtet die Kündigung, die zu recht käme, da er nichts mehr wert sei, zu nichts mehr taue. Er habe seine Firma in große Schwierigkeiten gebracht. Sein Haus werde man demnächst pfänden; seine Familie stünde dann vor dem finanziellen Ruin. Am besten bringe er sich um. Alle diese Befürchtungen sind nach Angaben der Ehefrau völlig ungerechtfertigt.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, dass der Patient seit seinem 38. Lebensjahr an einer manisch-depressiven Erkrankung leidet, die durch die Trennung von seiner ersten Ehefrau ausgelöst worden war. Er hatte bisher 5 depressive und 2 eindeutig manische Phasen gehabt und war deshalb mehrfach in stationärer Behandlung. Im Laufe dieser Vorbehandlung war der Patient auch auf Lithium eingestellt worden, was er aber einige Zeit vor der Phase abgesetzt hatte, da er diese Medikation als nicht mehr notwendig empfand.



Befund: Der stark gehemmt wirkende, mimisch erstarrte Patient leidet während des ganzen Tages unter seiner ausgeprägt gedrückten Verstimmung. Er ist nahezu antriebslos, kann sich zu nichts aufraffen; interesselos: nichts, auch nicht sein geliebter Garten, interessiert ihn mehr. Er schläft schwer ein, wacht gegen 4 Uhr auf, ohne danach noch Schlaf zu finden, grübelt nur noch über sein vermeintliches Versagen. Seit Wochen hat er keinen Appetit, und er hat 9 kg Gewicht verloren. In der internistischen und neurologischen Untersuchung (einschließlich apparativer Verfahren) keine Hinweise auf eine relevante körperliche Erkrankung.

Diagnose: Bipolare affektive Erkrankung: Bipolar I Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit (synthymen) psychotischen Symptomen (F 31.5).

Therapie und Verlauf: Die klinisch-stationäre Behandlung mit Antidepressiva brachte im Laufe von 8 Wochen eine deutliche Besserung. Der Patient konnte sich von seinem Schuld- und Verarmungswahn distanzieren. Gegen Ende der stationären Behandlung bekam er eine »hypomane Nachschwan-
kung«, die jedoch nicht weiter exazerbierte, sondern von selbst abklang. Die Lithiumprophylaxe wurde schon während der klinischen Behandlung wieder aufgenommen.

Die Ehefrau des Patienten nahm an einer Angehörigengruppe teil und konnte dadurch mehr Verständnis für die Erkrankung ihres Mannes und den Umgang damit entwickeln.

➤ ***Bipolare affektive Erkrankung: Bipolar I Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit (synthymen) psychotischen Symptomen (F 31.5)***

Fallbeispiel 7.3

Anamnese: Eine 48 jährige, mit einem Rechtsanwalt verheiratete und in einem kleinen Ort lebende Büroangestellte (2 Söhne am Ort in Berufsausbildung) wird vom Ehemann zur Aufnahme gebracht. Der sehr ordentliche und kontrollierende Ehemann hat über die Stimmungsschwankungen seiner Ehefrau seit Jahren sorgfältig Buch geführt. Seit 2 Wochen zeigt seine Ehefrau (erneut) ein auffälliges, diesmal jedoch die Familie sehr beunruhi-



gendes Verhalten. Sie verbringt viel Zeit in Gaststätten, hat sich mit mehreren Männern angefreundet, mit einem spontan sexuellen Kontakt aufgenommen. Ebenso hat sie vermehrt Einkäufe getätigt, ohne dass diese jedoch deutlich unsinnig erschienen. Das Schlafbedürfnis ist auf etwa 4 Stunden reduziert. Es besteht ein erhebliches, für die Patientin untypisches Mitteilungsbedürfnis, wobei der formale Gedankengang leicht beschleunigt und etwas gelockert, aber im Wesentlichen geordnet bleibt. Die plötzliche Umtriebigkeit der Patientin hat viel Aufsehen im Ort erregt; der Ehemann und die Söhne fühlen sich in ihrem Ansehen zunehmend beschädigt. Versuche, auf die Patientin einzuwirken, werden von ihr zurückgewiesen. Der alarmierte Hausarzt verfügt die Krankenhauseinweisung.

Eine weiterführende Anamnese ist von der Patientin selbst nur bruchstückhaft zu erhalten. Sie berichtet von depressiven Phasen, die früher über Monate angehalten haben, in letzter Zeit jedoch nur noch 1–2 Wochen gedauert haben. Sie möchte hierüber jedoch nicht sprechen, das läge alles hinter ihr, sei nicht mehr wichtig. So gut wie derzeit habe sie sich bereits früher, in letzter Zeit jedoch öfters gefühlt; hierdurch zeige sich, dass sie sich jetzt selbst aus ihrer Krankheit befreie. Fremdanamnestisch lässt sich (bei überangepasst wirkender, zwanghaft-sorgfältiger und leistungsorientierter Persönlichkeit) eine erste, 6 Monate anhaltende schwere depressive Episode vor 15 Jahren sichern, danach weitere 2 abgrenzbare schwere depressive Phasen bis vor zwei Jahren, jeweils mit Ansprechen auf ambulante nervenärztliche Behandlung. Bis vor 2 Jahren auch 2 Phasen von etwa 3 Monaten Dauer, in denen die Patientin ähnlich hochgestimmt war wie derzeit; hier keine Behandlung, wurde aber von der Umgebung als persönlichkeitsfremd empfunden. Seit 2 Jahren ständiger Wechsel von kürzeren depressiven Episoden (mit Gefühl innerer Leere und ausgeprägter Antriebslosigkeit) und Phasen von Hochstimmung (für jeweils etwa 4 Wochen); nur wenige Tage dazwischen »wie früher«; innerhalb von 2 Jahren lassen sich etwa 18–20 Phasen abgrenzen. Ambulant längerfristige Behandlung mit Antidepressiva.

Befund: Bei der Aufnahme ist die Patienten leicht euphorisch verstimmt, aber auch reizbar, insbesondere bei als kränkend empfundener Konfrontation mit möglicherweise problematischem Verhalten. Sie empfindet ihren



Zustand als völlig in Ordnung und als innere und äußere Befreiung von behindernder bürgerlicher Konvention. Ihr Antrieb ist gesteigert; sie scheint sich für alles, was auf der Station passiert, zu interessieren, möchte überall mithelfen; es gelingt ihr jedoch nur schwer, eine Aufgabe vollständig zu bewältigen. Nachts schläft die Patientin spontan etwa vier Stunden; sie wirkt morgens besonders rastlos und unruhig, dabei stimmungslabil.

Diagnose: Bipolar II Störung mit Rapid Cycling (F 31.8).

Behandlung und Verlauf: Zunächst stationär rein stimmungsstabilisierend mit Lithiumcarbonat in Kombination mit Valproat; hierunter deutliche Besserung, dann leichter depressiver Stimmungseinbruch, der mit einem SSRI aufgefangen werden konnte und in der Folge wieder herunterdosiert wurde. Psychotherapeutische Intervention unter regelmäßigem Einbezug der Familie: Aufklärung über die Erkrankung, Vermeidung von Auslösesituationen, aber auch Aufgreifen langjähriger gegenseitiger Frustration zwischen den Ehepartnern, Herausarbeiten eigener Ziele der Patientin und Möglichkeiten zu deren Verwirklichung. Nach 4-monatiger stationärer Behandlung anhaltende Stimmungsstabilisierung.

Klinischer Hinweis: Das Beispiel zeigt auch, wie schwierig die Abgrenzung eines symptomatisch eher milde ausgeprägten Krankheitszustands (hier: Hypomanie) von einer »normalen« und zumindest z. T. nachvollziehbaren Reaktion auf problematische Lebensumstände sein kann, insbesondere dann, wenn beide Sachverhalte einander durchdringen. Es wird so vorstellbar, wie weit Beurteilungen von Laien und Psychiatern bei entsprechenden Sachlagen divergieren können. Bei der Patientin lag jedoch (bei aller Anerkennung persönlicher und gesellschaftsgebundener Konflikte) eine eindeutig erkennbare affektive Erkrankung vor, deren Nichtbehandlung vermutlich fatale Folgen für alle Beteiligten gehabt hätte. Die Behandlung muss auch die Einbettung der Erkrankung in psychosoziale Bedingungen und die Persönlichkeitsentwicklung mitberücksichtigen.

➤ **Bipolar II Störung mit Rapid Cycling (F 31.8)**

8 Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwick- lungen

- 8.1 Schizoaffektive Psychosen (F 25) – 164**
- 8.2 Sondergruppe: Zyклоide Psychosen – 165**
- 8.3 Akute vorübergehende Psychosen (F 23) – 166**
- 8.4 Wahnentwicklungen (F 22) – 167**

In diesem Kapitel sind Psychosen zusammengefasst, die *nicht* im engeren Sinne körperlich begründbar sind und die weder schizophrenen noch affektiven Störungen eindeutig zugeordnet werden können.

8.1 Schizoaffective Psychosen (F 25)

Allgemein: Endogene Psychosen mit Symptomen aus dem Überschneidungsbereich des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises. Diagnostisches Problem: Abgrenzung gegen Schizophrenie und affektive Störungen; keine scharfe Definition, deshalb unterschiedliche Häufigkeit bei verschiedenen Diagnostikern. Nach ICD 10 affektive und schizophrene Symptome in derselben Phase gleichzeitig erforderlich.

Synonyma: Mischpsychosen, atypische endogene Psychosen; zu diesem Bereich gehörig: zyklische Psychosen.

Symptome:

- gehobene euphorische oder expansiv gereizte Stimmung mit Größenideen, Erregung, Gereiztheit, Antriebssteigerung, Distanzlosigkeit (vgl. Symptomatik bei »Manie«, ► Kap. 7.2.3) oder alternativ
- depressive Verstimmung mit Verlangsamung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühlen, Suizidgedanken (vgl. Symptomatik bei »Depression/Melancholie«, ► Kap. 7.2.1 und 7.2.2) sowie
- schizophrene Symptome wie Ich-Störungen, parathymer Wahn, akustische Halluzinationen, Gedankenbreitung (vgl. Symptomatik bei »Schizophrenen Psychosen«, ► Kap. 6)

Verlauf:

- phasenhafter Verlauf, ähnlich bipolaren Psychosen
- im Intervall restitutio ad integrum, in der Regel kein Residuum
- langfristig günstige Prognose, kein Persönlichkeitsdefekt

Therapie

- bei *schizomanischen* Phasen: Neuroleptika
- bei *schizodepressiven* Phasen: Neuroleptika und Antidepressiva, bei Therapieresistenz evtl. EKT; stützende Psychotherapie

- **Phasenprophylaxe** mit Carbamazepin oder Lithium; u. U. zweigleisig mit (Depot-)Neuroleptika (Fallbeispiel 8.1)

8.2 Sondergruppe: Zyklische Psychosen

Von Leonhard (u. a. 1986)¹ herausgearbeitete besondere Gruppe psychotischer Störungen, die mit polar zueinander angelegten Phasen einhergeht, wobei kurze, rasch wechselnde Phasen typisch sind. Ähnlichkeit mit schizoaffektiven Psychosen (dort auch oft klassifiziert) und Schizophrenien, Überschneidungen mit dem Konzept der akuten vorübergehenden Psychosen (► unten). Obwohl in psychopathologischem Querschnitt Ähnlichkeiten mit Schizophrenien bestehen, Prognose eher günstig, keine Ausbildung von Residuen.

- **Angst-Glücks-Psychose:** *Angstpol:* ängstliche Grundstimmung bis zu schwerer Angst und Getriebenheit, Misstrauen mit pathologischem Eigenbezug bis zu Verfolgungswahn; Halluzinationen synthym aus ängstlichem Affekt. Rascher Wechsel in *Glückspol:* ekstatischen Glückszustand z. T. mit Eingebungswahn, Berufungsideen, Kontakt (Pseudohalluzinationen) mit höheren Mächten; dann wieder Wechsel in schweren Angstzustand
- **Erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose:** Leitsymptom formale Denkstörungen. *Erregter Pol:* Denken beschleunigt, Ideenflucht und Zerfahrenheit, Personen- und Situationsverkennungen. *Gehemmter Pol:* Denkhemmung, Ratlosigkeit, Beziehungs- und Bedeutungswahn, Stupor kann vorkommen
- **Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose:** Leitsymptom Störungen der Motorik. *Hyperkinetischer Pol:* starker Bewegungsdrang, übertriebene unwillkürliche Ausdrucksmotorik, übertriebene motorische Reaktion auf Sinneseindrücke. *Akinetischer Pol:* ausgeprägte Verminderung unwillkürlicher Bewegungen; kurze psychotische Episoden; Mischung mit erregt-gehemmter Verwirrtheitspsychose möglich (Fallbeispiel 8.2)

¹ Leonhard K (1986) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie, 6. Aufl. Akademie-Verlag, Berlin

8.3 Akute vorübergehende Psychosen (F 23)

Allgemein: Nach ICD 10 Sammelbezeichnung für unterschiedliche, akut innerhalb von Tagen auftretende, kurzdauernde psychotische Syndrome unterschiedlicher Genese (insbesondere nach aktueller Belastung). Aufgrund Konzeptbildung aus unterschiedlichen psychiatrischen Traditionen wurden die Störungen früher als »psychogene« oder »reaktive« Psychosen klassifiziert; auch symptomatische Überschneidungen mit zykliden Psychosen. Günstigere Situation im Vergleich zu Schizophrenien hinsichtlich Krankheitsauslösung, Verlauf, therapeutischem Kontakt, Ansprechen auf Behandlung, Krankheitsausgang. Vorkommen vermutlich besonders häufig in den Ländern der Dritten Welt.

8

Formen:

- polymorphe Störungen mit oder ohne typisch schizophrene Symptome: wechselnde produktive Symptomatik, starke affektive Schwankungen von Glücksgefühlen und Ekstase bis zu Angst und Reizbarkeit
- akute schizophreniforme Störungen (Dauer: ca. 1 Monat)
- vorwiegend wahnhafte Störungen

Darüber hinaus finden sich akute depressive und katatone Syndrome, sowie solche, bei denen Bewusstseinsstörungen im Vordergrund stehen.

Verlauf: Akuter Beginn, Verlauf i. Allg. günstig, in einem Teil der Fälle Übergang in Schizophrenie.

Therapie: Neuroleptika (atypische Neuroleptika meist ausreichend), evtl. zusätzlich kurzfristig sedierend und antipsychotisch mit mittelpotenten trizyklischen Neuroleptika (manchmal ausreichend). Nach Abklingen der Akutphase oft gut kontaktfähige und affektiv modulationsfähige Patienten. Weiterbehandlung zunehmend psychotherapeutisch (Klärung Erkrankungshintergründe, hieraus Ableitung von Strategien zur Vermeidung von Rezidiven).

8.4 Wahnentwicklungen (F 22)

Allgemein: Entwicklung eines anhaltenden Wahns, in der Regel ohne sonstige produktive Symptome wie Halluzinationen sowie ohne tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung. Oft finden sich psychogen erklärbare Entstehungsbedingungen bei angenommener Disposition.

Nosologische Zuordnung der Wahnentwicklungen: kontrovers diskutiert; Übergänge zu neurotischen Störungen, aber auch zu affektiven Störungen (schwere Depression) und zu Schizophrenie; nosologische Eigenständigkeit immer wieder in Frage gestellt, aus klinischer Evidenz ist »Wahnentwicklung« jedoch ein erforderlicher Krankheitsbegriff!

Diagnostisch in diesem Bereich auch chronische, nichtschizophrene paranoide Psychosen mit Paramnesien und Sinnestäuschungen, im Übrigen aber gut erhaltener Persönlichkeit; Ursprung der Wahnentwicklung oft nicht gut nachzuweisen!

Differentialdiagnose zur spät auftretenden, rein wahnhaften, chronisch verlaufenden Schizophrenie (Paraphrenie) kaum möglich.

Verlauf: Über Jahre mit meist schleichendem Beginn, Verlauf oft nicht günstig. Fehldiagnostik und -behandlung häufig. Verlauf günstiger, wenn als Grunderkrankung eine Schizophrenie, schizoaffektive oder affektive Erkrankung vorliegt.

Therapie: Oft schwierig und mit ungewissem Ausgang, aber möglich. Beziehungsaufbau zum Patienten von großer Bedeutung! Psychotherapeutische Gespräche sind zu versuchen, und wenn möglich, langfristig fortzusetzen (Verständnis vermitteln, Kontakt halten, vorsichtige Bearbeitung grundlegender Konfliktkonstellationen, vorsichtige Auseinandersetzung mit den Wahninhalten, Realitätsprüfung stärken); u. U. auch sozialtherapeutische Betreuung. Zusätzlich Neuroleptika und/oder Antidepressiva. Behandlungsbereitschaft oft nicht oder ungenügend gegeben.

Formen von Wahnentwicklung

- **Paranoia/sensitiver Beziehungswahn.** Historisch mehrfach wechselnde Bedeutung des Begriffs der Paranoia. Vorbild für die heutige Bedeutung ist

der von Gaupp (1914) beschriebene Fall des Hauptlehrers Wagner (► Fallbeispiel 8.3): ein sich aus dem Charakter entwickelnder, nichtschizophrener chronischer systematischer Wahn, der sich auf Beeinträchtigung, Verfolgung, Eifersucht etc. bezieht

Definitiv schwer von diesem Paranoiabegriff zu unterscheiden ist der *sensitive Beziehungswahn* (Kretschmer): Entwicklung aus dem Zusammenreffen von Charakter (sensitiver Persönlichkeitsstruktur), Erlebnis (persönliche Niederlage) und sozialem Milieu. Umschlag des Primärerlebens der peinlichen Kränkung, der Minderwertigkeit in die Gewissheit, von allen betrachtet, gekannt, verachtet zu werden; Negativvariante eines Größenwahns!

Verlauf: Beginn häufig ab 4. Lebensjahrzehnt, öfter bei Frauen; ein Teil der Fälle geht in Schizophrenie über; Prognose nicht primär ungünstig, wenn Therapie rechtzeitig einsetzt

- **Querulantenwahn (*Paranoia querulans*):** Psychopathologisch Übergang von überwertiger Idee zum systematisierten Wahn. Wahnhafte Überzeugung, ständig Rechtskränkungen zu erleiden

Prämorbid Persönlichkeit: starrsinnig, rechthaberisch, oft nachdrücklich, auch kampfeslustig

Beginn mit wirklicher oder vermeintlicher Ungerechtigkeit. Daraufhin häufig jahrelanges Prozessieren durch alle Instanzen, ohne die geringste Kompromissbereitschaft, Beschuldigungen gegen alle übrigen Beteiligten, schließlich gegen die ganze Gesellschaft. In der *Gutachtenpraxis* ist die Frage nach Geschäftsfähigkeit relevant (typisch: großer Umfang der Akte mit zahlreichen Schriftsätzen, engbeschriebene endlose Seiten mit weit-schweifigen, zwar von falschen Voraussetzungen ausgehenden, aber in sich meist schlüssigen Ausführungen). Trotz oft bizarr anmutender Vorstellungen und Verhaltensweisen: von den an der Rechtspflege Beteiligten erstaunlich oft nicht wahrgenommene Wahnentwicklung

Verlauf: i. Allg. ungünstig; therapeutisch schwer beeinflussbar

- **Eigengeruchsparanoia.** Gelegentlich als isolierter Wahn mit eingebildeter Wahrnehmung von unangenehmem Eigengeruch z. B. Fäkalgeruch. Beginn als überwertige Idee, z. B. nach Äußerungen aus der Umwelt; auch als Symptom im Rahmen von schizophrenen Psychosen
- **Dysmorphophobie.** Wahnhafte Entwicklung des Inhalts, von der Umwelt wegen eines vermeintlichen oder tatsächlichen Körperfehlers (häufig Form der Nase, Form der weiblichen Brust oder Größe des Penis) abschätzig

beurteilt zu werden. Konsiliarische Hinzuziehung des Psychiaters durch den Plastischen Chirurgen; häufig Frage der Kostenübernahme durch Krankenkassen

Folge der Wahnentwicklung: depressive Verstimmungen, auch suizidale Handlungen, u. U. psychotische Dekompensation. Gelegentlich auch bei beginnender Schizophrenie. Übergang von überwertiger Idee zu Wahn

- **Dermatozoenwahn.** Gewissheit, dass am Körper kleine Tierchen, Parasiten, Würmer etc. vorhanden sind (Missempfindungen bzw. taktile Halluzinationen). Häufiger in der Dermatologie oder Hygiene; diese Kranken wollen meist nicht zum Psychiater. Vorwiegend ältere Frauen, öfter im Zusammenhang mit psychoorganischen Erkrankungen (v. a. Demenz)
 - **(Prä)seniler Beeinträchtigungswahn/Kontaktmangelparanoid.** Im Alter auftretender Wahn, häufig im Zusammenhang mit demenziellen Prozessen, aber auch bei vereinsamten Personen, nach Verlust des Kontakts zur Umgebung. Oft jahrelang anhaltendes, der Umgebung verborgen bleibendes Syndrom (► Fallbeispiel 4.3)
 - **Wahnentwicklung bei Schwerhörigen.** Auftreten von wahnhaften Projektionen bei Verlust des Kontakts zur Umgebung durch Hörverlust, ähnlich dem Kontaktmangelparanoid. Vergleichbare Störungen auch in sprachfremder Umgebung sowie nach langer Isolation in sensorisch-deprivierten Situation
 - **Induzierte wahnhafte Störung (symbiontischer Wahn, Folie à deux).** (F 24) Übernahme der Wahnsymptomatik eines Kranken durch einen nicht wahnkranken Partner oder auch eine ganze Gruppe (Familie); der Primärerkrankte (Induktor) suggeriert dem Partner oder anderen Nahestehenden (Induzierte) seine Wahninhalte (z. B. Verfolgungswahn, Dermatozoenwahn etc.); typisch ist die enge, symbioseähnliche Verbindung mit dem Partner bzw. der Familie oder anderen bei gleichzeitiger Abkapselung gegenüber Außenwelt (encapsulated unit); Erkrankung der Primärperson häufig an paranoider Schizophrenie; Übergänge in nichtpsychotisches Erleben im Sektenmilieu fließend; erfolgreiche Therapie des Induktors führt zur Auflösung des Wahns bei den Induzierten
- Differentialdiagnose: *konformer Wahn* als gemeinsame Entwicklung eines sich zusammenfügenden Wahns bei zwei kranken, zusammenlebenden Personen; unabhängige Entstehung bei jedem der beiden, sodann Zusammenwachsen in der Art der Ausformung

Fallbeispiele

Fallbeispiel 8.1

Anamnese: Die 22jährige, ledige, in der Ausbildung zur Schneiderin befindliche Frau I. kommt mit 2 Mitgliedern ihrer Wohngemeinschaft am frühen Morgen zur Aufnahme. Sie sei seit dem Vorabend auffällig verändert. Zunächst sei sie zornig gereizt gewesen, dann sei sie in den letzten Stunden in einen immer stärkeren Erregungszustand geraten.

Frau I. stammt aus einer kinderreichen Familie. Der Vater ist wegen politisch linksgerichteter Tätigkeit als Eisenbahnbeamter entlassen worden. Beide Eltern waren politisch stets sehr aktiv, und die Patientin hatte sich wegen häufiger Abwesenheit der Eltern schon als Kind sehr an Selbständigkeit gewöhnen müssen. Die Elternehe war schlecht und sie habe »der Sonnenschein der Familie« sein müssen. Gutes Verhältnis zum Vater, von der Mutter wurde sie häufig herabgesetzt; im Gegensatz zu ihren erfolgreichen Geschwistern habe diese sie als »höchstens handwerklich begabt« bezeichnet. Immerhin machte sie nach der Trennung von zu Hause ihr Abitur mit einem guten Abschluss und begann danach eine Schneiderlehre. Seit der Trennung von den Eltern lebt sie in einer Wohngemeinschaft.

Zur Krankheitsvorgeschichte war zu erfahren, dass sie bereits vor einem Jahr einen Suizidversuch mit Tollkirschen machte; es folgten im selben Jahr mehrere parasuizidale Handlungen bei zunehmender Depressivität und Versagensängsten. Stationäre Behandlung wegen eines depressiven Erscheinungsbildes und einer Essstörung mit Gewichtszunahme von 10 kg. Sie habe die Klinik mehrfach ohne Verabredung mit den behandelnden Ärzten verlassen. Nach der Entlassung wohnte sie zunächst etwa 1 Jahr wieder bei den Eltern. Es fand eine Familientherapie statt. Nach Abklingen der Depression wurde Frau I. sehr umtriebig, sie kaufte sich Kleidung für mehrere Tausend Mark, eine Summe, die sie den Eltern entwendete.

Vor der jetzigen Aufnahme hatte sie sich von ihrem Freund getrennt und war anschließend sehr »aufgedreht« gewesen. In der letzten Nacht demolierte sie ihr Zimmer und warf Gegenstände die Treppe hinunter oder aus dem Fenster. Sie äußerte, sie sei die »heilige Johanna«.

Befunde: Bewusstseinsklar, orientiert, distanzlos; logorrhoeisch, im formalen Denken beschleunigt, assoziativ gelockert, ideenflüchtig; Größenideen,



Bedeutungserleben, Beziehungswahn, Eindruck des Gemachten, Symboldenken, Derealisation; gehobene Stimmung, starke Ambivalenz, Misstrauen, z. T. erhebliche depressive Einbrüche.

Diagnose: Schizoaffective Psychose (F 25.0).

Die Diagnose ergibt sich aus der Mischung von starken affektiven Anteilen mit sowohl manischen und depressiven Verstimmungen als auch den produktiven psychotischen Symptomen im Sinne eines parathymen Wahnerlebens. – Differentialdiagnostisch ist eine Manie mit parathymer psychotischer Symptomatik zu diskutieren.

Therapie und Verlauf: Die Patientin wird neuroleptisch behandelt. Es ist zunehmend möglich, mit ihr Kontakt aufzunehmen, und sie kann über ihre Erlebnisse berichten. Sie habe im Anschluss an eine Teufelsaustreibung in ihrem Zimmer »einen Ausraster« gehabt; in ihrem Freund, der sich jetzt von ihr trennte, habe sie eine Art Gott gesehen. Sie habe, um für seine Liebe rein zu sein, alles Böse aus ihrem näheren Bereich entfernen müssen, alles aus ihrem Zimmer gesammelt und ins Treppenhaus hinuntergeworfen. Sie sei dann im leichten Kleid nach draußen gegangen, um die Sonne zu begrüßen. Daraufhin habe die Polizei sie aufgegriffen. Dieses Geschehnis habe eine bestimmte Bedeutung für sie gehabt, um sie herum seien überall verschlüsselte Botschaften gewesen.

➤ **Schizoaffective Psychose (F 25.0)**

Fallbeispiel 8.2

Anamnese: Der 27jährige Patient, Herr M., ist Fernfahrer, verheiratet. Seine Frau ist jetzt mit dem 1. Kind im 6. Monat schwanger. Er berichtet über eine unglückliche Kindheit. Der Vater habe sich herumgetrieben, viel getrunken, die Mutter musste viel arbeiten und hatte kaum Zeit für den Patienten. Nach der Volksschule konnte er keine Lehre beginnen, sondern musste früh Geld verdienen. Mit 25 Jahren heiratete er.

Seit Beginn der Schwangerschaft der Ehefrau veränderte sich der Patient in seinem Verhalten. Nachdem er zuvor areligiös gewesen war, sprach er häufig von Gott, der ihm zu spirituellen Erkenntnissen ver helfe. Die Ehefrau



erlebte ihn in solchen Momenten innerlich aufgewühlt. Intensiv erlebte er eine platonische Beziehung zu einer Freundin, und er stand in einer »schrecklichen Zerreißprobe« zwischen dieser neuen Liebe und seiner Frau, war zutiefst verzweifelt. Neben diesen Phasen von Verzweiflung erlebte er, wenn auch seltener, intensivste Glücksgefühle, ihn durchfahrende Energieströme, worauf er vor Glück habe weinen müssen. In visionären Erlebnissen erblickte er Gott von Angesicht zu Angesicht. Er hatte Angst, mit sich selbst zu verschmelzen, wahnsinnig zu werden.

Zwei Monate vor der Aufnahme kehrte er nach zeitweiliger Trennung zu seiner Frau zurück und arbeitete weiter als Fernfahrer. Auf einer seiner Fernfahrten in Frankreich flehte er Menschen auf der Straße an, ihm zuzuhören. Er meinte, innerlich zu explodieren, sei geradezu zusammengebrochen. Unter ambulanter nervenärztlicher Behandlung besserte sich zwar zunächst sein Befinden, er beging dann aber einen Suizidversuch mit 20 Tabletten Prothipendyl (Dominal 40[®]) und 10 Tabletten Diazepam (Valium 10[®]). Von der Intensivstation wurde er in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Befund: Bei der Aufnahme zeigte er großen Rededrang und monologisierte in gestelzter Ausdrucksweise über seine Empfindungen tiefster Trauer und visionärer Erlebnisse. Er war jetzt nicht depressiv, vom Suizidversuch distanziert, beschreibt diesen als impulsartig.

Diagnose: Zyklotische Psychose (F 23.0), Subtypus: Angst-Glückspsychose.

Therapie und Verlauf: Zunehmende Besserung unter neuroleptischer Behandlung. Er arbeitete auf der Station an seinem in der letzten Zeit geschriebenen Buch weiter, in dem er auf über 350 Seiten Themen wie Liebe, Verzweiflung, Seele, Kosmos u. Ä. in theoretisierender Form abhandelte. Bei aller Distanz den Mitpatienten gegenüber, versuchte er doch, ihre Nöte zu verstehen. Er bemühte sich dann auch wieder um Integration in das Leben zu Hause, obwohl er sich von der Ehefrau kaum verstanden fühlte. Trotz unserer Warnungen vor zu großer Belastung nahm er kurz nach der Entlassung aus 4wöchiger stationärer Behandlung wieder eine Anstellung als



Fernfahrer an. Wir empfehlen, noch über längere Zeit ein Neuroleptikum einzunehmen.

➤ **Zykloide Psychose (F 23.0)**

Historischer Fall nach Gaupp (1914)²

Fallbeispiel 8.3

»Der 1874 in Eglosheim geborene, aus kleinbäuerlicher Familie stammende Lehrer Ernst Wagner, der seit 1903 verheiratet und Vater von 4 gesunden Kindern war, in geordneten Verhältnissen lebte, hatte in der Nacht vom 3./4. September 1913 zuerst seine Frau und dann seine sämtlichen Kinder durch tiefe Zerschneidung der Halsschlagadern getötet, während sie ahnungslos schliefen. Er war dann mit Eisenbahn und Fahrrad von Stuttgart nach Ludwigsburg, Bietigheim und Mühlhausen gefahren und hatte dort in der folgenden Nacht das in tiefem Schlaf liegende Dorf an 4 verschiedenen Stellen in Brand gesteckt, dann, als die durch den Brand aus ihrer Ruhe aufgeschreckten Bewohner ihre Wohnungen verließen, um sich und ihr Vieh zu retten, mit 2 langen Mauserpistolen auf alle männlichen Einwohner, die er zu Gesicht bekam, geschossen, 8 Personen sofort getötet, 12 andere sowie 2 Stück Vieh schwer verletzt.« Er wurde daran gehindert, seinen ursprünglichen Plan ganz durchzuführen, nämlich weitere Personen zu töten, sein Geburtshaus durch Feuer zu vernichten und dann schließlich auch das Schloss Ludwigsburg anzustecken.

Wagner wurde psychiatrisch von R. Gaupp untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass er einen seit Jahren gehegten und genau vorbereiteten Mordplan ausgeführt hatte. Bei vorhandener Familienbelastung war seine Kindheit offenbar unglücklich. Der Vater war wohl Alkoholiker, die Mutter eine pessimistische Frau mit »Neigung zu Verfolgungsgedanken« und querulatorischen Zügen; von seinen 9 Geschwistern war ein Bruder Trinker, eine Schwester »sehr nervös«. Seit der Kindheit litt er unter angstvollen Träumen, fühlte sich verfolgt, lebte in seiner Phantasie in Räuberromanen.



² Gaupp R (1914) Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner. Münchner Medizinische Wochenschrift, 61: 633–637

Im Laufe seiner Jugendentwicklung trat ein Pessimismus immer mehr in den Vordergrund. Er erlebte sich als der Onanie ausgeliefert. Trotz eines verständnisvollen Arztes kann er sich nicht von Schuldgefühlen frei machen. »Er ist überzeugt, dass auch andere ihm seine geheimen Sünden anmerken; er glaubt das aus allerhand Andeutungen herauszumerken.« In den Jahren darauf litt Wagner unter ständigen Onanieskrupeln und Kämpfen gegen die Onanie. Sodann soll er sich einige Male unter Wirkung von Alkohol an Tieren vergriffen haben, Sodomie begangen haben, ohne dass diese Handlungen etwa von anderen beobachtet wurden. »Unmittelbar nach den Verirrungen war seine Verzweiflung darüber, seine Angst vor Entdeckung und seine Scham, dass er sich mit seiner Sodomie an der ganzen Menschheit vergangen habe, ungeheuer. In qualvoller Unruhe geht er umher, schon am Tage darauf glaubt er, in gespannter ängstlicher Erwartung wahrzunehmen, dass andere ihm seine schändliche Handlung ansehen.«

Hier ist der Ausgang seiner Wahnentwicklung, in die er immer mehr Personen um sich herum einbezieht. Wagner lebt in der sicheren Überzeugung, dass die Bewohner von Mühlhausen seine Verfehlungen kennen, sich über ihn lustig machen, ihn verhöhnen. Hier setzt eine Entwicklung ein, die sich schließlich gegen die Verfolgung durch die Bürger von Mühlhausen richtet. Er steigert seinen Hass gegen die Urheber seiner Qual und »beschließt den Untergang seiner Familie und aller männlichen erwachsenen Einwohner von Mühlhausen.« Den Plan hat er schließlich weitgehend durchgeführt.

Bei Wagner handelt es sich »um die psychologische Weiterentwicklung einer von Haus aus abnormen Persönlichkeit, die unter dem Einfluss einer schweren Schuld einen unheilbaren inneren Riss erlebte«. Bei einem selbstunsicheren, sensitiven und zugleich hochbegabten Menschen entwickelte sich in Projektion eigener Schuld ein Beziehungs- und Verfolgungswahn, der sich schließlich in schweren Aggressionen entlud.

➤ **Paranoia: »Der Fall Wagner« (F 22.0)**

9 Neurotische Störungen

9.1 Allgemeiner Teil – 176

9.1.1 Allgemeine Neurosenlehre – 177

9.2 Spezieller Teil – 181

9.2.1 Neurotische Depression (Dysthymia F 34.1)

(► Fallbeispiel 9.2) – 181

9.2.2 Zwangsneurose (Zwangsstörung F 42)

(► Fallbeispiel 9.3) – 182

9.2.3 Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F 41)

(► Fallbeispiel 9.1) – 183

9.2.4 Phobien (Phobische Störung F 40) – 184

9.2.5 Hysterische Neurose/Konversionsreaktion

(Dissoziative Störung F 44)

(► Fallbeispiel 9.4) – 185

9.2.6 Hypochondrische Neurose

(Hypochondrische Störung F 45.2) – 186

9.2.7 Charakterneurose (nicht näher bezeichnete

Störung F 48.9 und: Persönlichkeits- und

Verhaltensstörungen F 60) – 187

9.2.8 Neurotisches Depersonalisationssyndrom

(Depersonalisations-/

Derealisationssyndrom F 48.1) – 188

9.1 Allgemeiner Teil

Definition

Krankhafte Störungen der Erlebnisverarbeitung; Versuch einer Kompromissbildung zwischen subjektiv nicht zu vereinbarenden Tendenzen. Erklärung der Symptomatik (abnormes Erleben und Verhalten, evtl. auch mit funktionellen Störungen):

- *aus psychoanalytischer Sicht:* Fehlentwicklung/-haltung mit Symptomcharakter durch Reaktivierung in Adoleszenz/jungem Erwachsenenalter von ätiologisch und pathogenetisch bis in die Kindheit zurückreichenden, unbewussten, nicht gelösten infantilen Konflikten; intrapsychische Konflikte zwischen psychischen Substrukturen (► Kap. 9.1.1: »Allgemeine Neurosenlehre«)
- *aus lerntheoretischer Sicht:* erlernte (klassisch wie auch operant konditionierte), aber in der Gegenwart dysfunktionale Fehleinschätzung von Beziehungen und Situationen, die zu psychischen Symptomen, aber auch zu Fehlverhalten führt

Klassifikation

Während die Einteilung der Neurosen in der ICD 9 noch in traditionell klarer Trennung von der der Psychosen erfolgte, wurde in der ICD 10 diese Dichotomisierung nicht beibehalten. »Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen« finden sich in der ICD 10 im Abschnitt F 4, versehen mit dem Hinweis, dass das Neurosenkonzept nicht als Organisationsprinzip beibehalten worden sei.

Weitere Störungen, insbesondere depressive Neurosen (Dysthymia) finden sich im Abschnitt F 3.

Epidemiologie

Psychogene Störungen insgesamt (Reaktionen, Neurosen, Persönlichkeits-, Sexual- und psychosomatische Störungen) 10–20 % in der Bevölkerung, 10–30 % in der Praxis des Allgemeinarztes, 40–50 % beim Internisten. Lebenszeitprävalenz für psychogene Symptome bei Erwachsenen 80–95 % (Schepank 1986)¹

¹ Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Störungen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 1, S 1–27. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Vorkommen psychogener Störungen *transkulturell*, Symptommanifestationen (Erscheinungsformen) jedoch durch kulturelle Unterschiede geprägt

- **Geschlecht:** bei Frauen Überwiegen von Neurosen und psychosomatischen Störungen, bei Männern Überwiegen von Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Suizid, Delinquenz
- **Alter:** Manifestationsalter von Neurosen zwischen 20. und 50. Lebensjahr, Gipfel in der 3. Lebensdekade
- **Sozialschicht:** keine sichere Beurteilung möglich
- **Genetik:** erbliche Komponenten nachgewiesen (Zwillingsforschung, Adoptivstudien)

Verlauf und Prognose

Bei unbehandelten neurotischen Störungen sind nach 20 und mehr Jahren 10–20 % der Patienten geheilt (Kriterium: soziale Anpassung), 50–60 % gebessert, 20–30 % verschlechtert bzw. ungebessert, ca. 50 % der Patienten weisen neurotische Residualsymptomatik auf (z. B. Resignation, Stagnation, emotionale Einengung, Verlust an Lebensgefühl). Im Alter häufig Milderung neurotischer Symptome.

Prognoseregeln: Prognose günstiger, wenn Störung akut beginnt, mit starken Emotionen einhergeht und prämorbid Persönlichkeit relativ gesund ist. Eher günstiger Verlauf bei neurotischer Depression, hysterischer Neurose, nicht chronifizierter Angstneurose. Eher ungünstiger Verlauf bei Zwangsneurosen, hypochondrischen Neurosen.

Die *Chronifizierung* neurotischer Symptome ist u. U. abhängig von frühzeitiger Erkennung der Psychogenese und rechtzeitiger Vermittlung adäquater Therapie. Häufiger Schwachpunkt: Erstbehandlung nach organisch-naturwissenschaftlichem Krankheitskonzept, »Marsch des Neurotikers durch die ärztlichen Institutionen« häufig 5–10 Jahre, bis adäquate Therapie beginnt!

9.1.1 Allgemeine Neurosenlehre

Psychoanalytisches Phasenmodell (Neurosenentwicklung)

Orale Phase (bis 2. Lebensjahr): Libidinöse Erfahrung oral fokussiert. Im Mittelpunkt des Erlebens steht Nahrungsaufnahme, Triebbefriedigung und Lustgewinn am Saugen. Vermittlung von Gefühlen der Nähe, Wärme, Geborgen-

heit, Sicherheit; »Urvertrauen«. Frühestes Erleben von Bindung, Abhängigkeit, Angenommenwerden.

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während oraler Phase:

- mangelndes Vertrauen in sich selbst und andere (Selbstwertproblematik)
- Nähe-Distanz-Probleme, starke Abhängigkeit von Anderen
- Identitätsstörungen, Ich-Schwäche
- Sexualstörungen (Hingabestörung)
- psychosomatische Störungen
- depressive Charakterstruktur
- süchtiges Verhalten

Anale Phase (2.–3. Lebensjahr): Libidinöse Erfahrung anal fokussiert. Lustempfindung an Ausscheidungsorgane und -prozesse gebunden; Erleben von Hergeben und Zurückhalten des eigenen »Produkts«. Weiterentwicklung von Autonomie, Beherrschung von Körperfunktionen, Entwicklung von Selbstwertgefühl.

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während analer Phase (z. B. durch inadäquate Reinlichkeitserziehung):

- zwanghafter Charakter mit Pedanterie und Ordnungsliebe
- starke Autonomie- und Machtwünsche
- Sparsamkeit/Geiz
- Rigidität im Denken und Handeln
- Querulanz
- Zwangsneurose

Ödipale (phallische) Phase (ca. 4.–6. Lebensjahr): Libidinöse Erfahrung genital fokussiert. Zunehmende Aufmerksamkeit/Interesse an Miktion und Genitale, Erleben der sexuellen Unterschiede, Akzeptieren des eigenen Geschlechts und der Geschlechtsrolle als Basis für Geschlechtsidentität (damit weitere Sicherung des Selbstwertgefühls). Lösung der ödipalen Konstellation durch Relativierung der Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil.

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während ödipaler Phase:

- Störungen der Geschlechtsidentität
- Sexualstörungen und Sexualängste
- Partnerprobleme
- Konversionssymptome
- Phobien

Latenzphase (ca. 6.–10. Lebensjahr): Erleben und Erfahrungen primär auf Weiterentwicklung von Ich-Fähigkeiten (z. B. Wissenserwerb, soziale Fertigkeiten, Auseinandersetzung und Behauptung in Gruppen) gerichtet, Orientierung an Leitbildern.

Störungsmöglichkeiten insb. dann, wenn die früheren Phasen konflikthaft durchlaufen wurden:

- Verhaltensstörungen (z. B. Autismus, Aggressivität)
- autoaggressive Tendenzen
- Enuresis
- Konzentrationsmangel
- Leistungsschwächen
- überstarke Fixierung an das Elternhaus
- Schulängste/Schulverweigerung
- Angst vor Auseinandersetzungen mit anderen (z. B. Klassenkameraden)

Genitale Phase/Pubertät (ca. 11.–16. Lebensjahr): Verstärktes Erleben des eigenen Selbst, der Triebwünsche, der Geschlechtsidentität. Autonomiebedürfnis vs. Abhängigkeit von den Eltern; Austesten eigener Fähigkeiten und ihrer Grenzen; neue Idealbildungen.

Störungsmöglichkeiten, insb. bei vorbestehenden früheren Traumatisierungen:

- schwere Selbstwertprobleme (Unsicherheit, Verlegenheit, Scham)
- Sexualängste und Onanieskrupel (Scham-/Schuldgefühle)
- Flucht in Phantasiewelten (Tagträume)
- Störungen der Geschlechtsidentität (z. B. Homosexualität, sadomasochistische Neigungen)
- Isolierungstendenzen
- triebfeindliche Einstellungen
- Regressionstendenzen (z. B. erste Suchtmanifestation)
- Suizidalität

Psychoanalytische Instanzenlehre, Ich-Psychologie und Abwehrmechanismen

Instanzenlehre: Aus der ursprünglichen Einteilung in Unbewusstes, Vorbewusstes, Bewusstes wurde die spätere Formulierung der Strukturhypothese (psychischer Apparat), bestehend aus den drei das Selbst bildenden Instanzen: Es, Ich, Über-Ich.

- *Es* umfasst Gesamtheit der Triebe (Lust-Unlust-Prinzip)
- *Ich* umfasst koordinierende Funktionen zur Regelung der Beziehung des Individuums zu seiner Umgebung nach dem Realitätsprinzip
- *Über-Ich* enthält die moralischen Maßstäbe des Selbst sowie Idealbildungen

Ich-Psychologie: Zentrale Bedeutung des Ichs ist Regelung und Bewältigung der z. T. divergierenden Wünsche/Bestrebungen/Forderungen von Es und Über-Ich. Konflikthanfälligkeit z. B. durch Triebwünsche vs. Verbote (Es vs. Über-Ich) unter Berücksichtigung der Realität (Realitätsprüfung). Das Ich verfügt über eine Reihe von Abwehrmechanismen, die bei Angst (Signal bei drohender Reizüberflutung) einsetzen.

Abwehrmechanismen:

- **Verdrängung** der mit dem Gesamtleben nicht zu vereinbarenden eigenen Impulse oder auch äußerer Erfahrungen/Erlebnisse in den Bereich des Unbewussten. Eine Form von Nichtwahrhabenwollen (»was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß«). Das Verdrängte bleibt aber aus dem Unterbewusstsein heraus wirksam
- **Verleugnung** schmerzhafter bzw. schamhafter, unangenehmer Teile der Realität (»es kann nicht sein, was nicht sein darf«)
- **Projektion:** Eigene Konflikte/Wünsche/Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) und dort häufig bekämpft, d. h. Verlagerung eigener Vorstellungen auf einen anderen Menschen, an dem diese Regungen (tatsächlich oder vermeintlich) wahrgenommen und möglicherweise kritisiert werden, während sie im eigenen Erleben nicht ertragen werden können
- **Identifikation:** Bestrebungen, Ziele, Persönlichkeitscharakteristika anderer werden in das eigene Selbst integriert und damit sich zu eigen gemacht
- **Reaktionsbildung:** Verkehrung ins Gegenteil (z. B. besonders freundliche Behandlung eines ungeliebten, verachteten Gegenübers)
- **Regression:** Rückzug (phantasiert und/oder im manifesten Verhalten) in frühere Entwicklungszeiten (»harmonischer Primärzustand«). Häufiger Abwehrmechanismus bei starken Kränkungen/Versagungen und dadurch bedingter Frustration
- **Verschiebung:** Konflikthaft erlebte Impulse/Gefühle gegenüber einer Person werden auf andere (Personen oder Sachen) verschoben

- **Rationalisierung:** Versuch, einem abgewehrten Motiv eine moralisch akzeptable Lösung zu geben
- **Wendung gegen das Selbst:** Wendung eines Triebimpulses (z. B. Wut) gegen die eigene Person
- **Sublimierung:** sozial bzw. kulturell akzeptierte und gratifizierte Ersatzbetätigungen für das Ausleben von Triebimpulsen
- **Isolierung:** Gedanken werden von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit »unschädlich« gemacht
- **Spaltung:** Trennung von »total guten« und »total bösen« Objekten z. B. in der Übertragung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur
- **Ungeschehenmachen:** Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durch neue Gedanken/Handlungen, die häufig gegenteilige Bedeutung haben. Häufiger Mechanismus bei Zwangssyndromen
- **sog. psychosoziale Abwehr:** belastende Manipulation anderer zur eigenen Konflikt- und Leidensentlastung. Beispiel: Eine Mutter stiftet ihren Sohn zu Streichen an, an die sie sich selbst nie traute, und bestraft ihn womöglich dafür

9.2 Spezieller Teil

9.2.1 Neurotische Depression (Dysthymia F 34.1)

(► Fallbeispiel 9.2)

Definition: An der vermuteten Ätiologie orientierter diagnostischer Begriff, inhaltlich erhebliche Überschneidung zum (deskriptiv bestimmten) Konzept der Dysthymia. Andauerndes leicht- bis mittelschweres depressives Erleben und Verhalten aufgrund erkennbar lebensgeschichtlich bedingter, weitgehend unbewusster und ungelöster Konflikte (psychodynamische Konzeption) bzw. internalisierten, dysfunktionalen Lernerfahrungen, die zu Enttäuschungen, Kränkungen und subjektiver Hilflosigkeit führen (kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzeption).

Epidemiologie: Häufigste Neurosenform; ca. 10–20 % in der psychotherapeutischen Sprechstunde; 5–7 % in der Allgemeinbevölkerung; häufiger bei Frauen.

Symptomatik: Traurig-gedrückte Verstimmung leichter bis mittelgradiger Ausprägung, Selbstwertzweifel, Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Angst (z. B. vor Ablehnung, Trennung, Verlassenwerden, Verlust), leichtere Störung des Antriebs (Interesse- und Initiativhemmung), Arbeitsstörungen, vegetative Symptome (chronische Abgeschlagenheit, Müdigkeit), Suizidgedanken; bezeichnend für die neurotische Struktur ist die Tendenz zur Abhängigkeit von und Anlehnung an starke (dominante) Bezugspersonen; oft rigide Gewissensbildung und unbewusste Größenphantasien. Abwehrmechanismen: Verdrängung, Regression, Wendung der Aggression gegen das Selbst.

Verlauf und Prognose: Tendenz zu wellenförmiger Chronifizierung mit Neigung zu Rezidiven, verkürzte Lebenserwartung durch erhöhtes Suizidrisiko(!).

Therapie: Psychotherapie: psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie (Klerman, Weissman), Gesprächstherapie (Rogers), Pharmakotherapie: Antidepressiva, in Abhängigkeit vom Symptomschweregrad.

9.2.2 ➤ Zwangsneurose (Zwangsstörung F 42) (► Fallbeispiel 9.3)

Definition: Patient leidet unter verschiedenen, sich ihm aufdrängenden Zwängen bzw. Zwangsimpulsen, gegen die er sich nicht oder nur mit großer Anstrengung wehren kann. Auftreten zwangsneurotischer Symptome häufig bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (Neigung zu Kontrolle, Perfektionismus; Streben nach Dauer und Sicherheit, Absicherungstendenzen, Angst vor Wandlung).

Zwangskrankheit: Maligne Ausprägungs- und Verlaufsform der Zwangsneurose.

Epidemiologie: Nicht seltene Neuroseform, in der Bevölkerung bei 1–2 %, in Psychiatrischen Kliniken über 3 %; innerhalb der Neurosen über 4–5 %; kein geschlechtsbedingter Häufigkeitsunterschied.

Symptomatik: Zwangsgedanken/-vorstellungen (z. B. Verbindung von Buchstaben oder Zahlen mit Unglück oder Bedrohung), Zwangshandlungen (z. B.

Kontroll- oder Waschzwang), bei deren Unterlassung heftige Angst auftritt. Meist vergeblicher Widerstand gegen die Zwänge. Angst bei Unterdrückung der Zwänge. Zwangsimpulse (z. B. sich oder andere umbringen zu müssen, Drang zu obszönen Handlungen); zwanghafte Charakterzüge (Pedanterie usw.), Arbeitsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (Hingabestörung). Psychosomatische Störungen (z. B. Asthma, Obstipation, Schreibkrampf), starke Verheimlichungstendenzen bei den Betroffenen (»heimliche Krankheit«).

Verlauf und Prognose: Insgesamt wenig günstig, da Tendenz zu Chronifizierung; häufig Beginn bereits in der Kindheit, sekundärer Krankheitsgewinn. Bei intensiver Therapie günstiger.

Therapie: Sofern Indikationskriterien erfüllt, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie (Exposition mit Reaktionsverhinderung), ansonsten stützende Psychotherapie; auch Versuch mit Antidepressiva (z. B. Clomipramin, Fluoxetin oder Fluvoxamin).

9.2.3 **Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F 41)**

 Fallbeispiel 9.1)

Definition: Vorherrschen von Angstsymptomatik (frei flottierende Angst, zunächst nicht objekt- oder situationsgebunden, vgl. »Phobien«; auch als plötzlich anfallsartig einsetzende Angstanfälle/Panikattacken) verbunden mit Vermeidungsverhalten. Häufig begleitet von verschiedenen Somatisierungen (Angstäquivalente). Trennungsempfindlichkeit oder Trennungskonflikt.

Epidemiologie: Relativ häufig, bei bis zu 5 % der Bevölkerung; Geschlechtsspezifität nicht eindeutig; unterschiedliche Angaben je nach Diagnostiker (Kombination von Angst und Depression unterschiedlich bewertet).

Symptomatik: Erhöhte Angsterwartung (z. B. vor Atemnot, Ohnmacht, weiteren Angstanfällen etc.), Angstanfälle (mit vegetativen Begleiterscheinungen), vegetative Symptome (z. B. Schweißausbrüche, Zittern, Parästhesien, Magen-Darm-Irritationen, Schwindel, Schlafstörungen).

Verlauf und Prognose: Erstmanifestation meist im 3. Lebensjahrzehnt, Neigung zu Chronifizierung. Gefahr sekundärer Suchtentwicklung (Alkohol und/oder Medikamente) zur Angstbekämpfung (häufig iatrogen unterstützt!). Depressive Begleitverstimmungen relativ häufig.

Therapie: Sofern Indikationskriterien erfüllt, spezielle Psychotherapie (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie); evtl. psychopharmakologische Begleittherapie, insbesondere bei akuten Angstanfällen (Antidepressiva; keine abhängigkeitsgenerierenden Tranquilizer).

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst F 41.0)

Definition: Wiederkehrende, schwere Angstattacken (Panik), nicht vorhersehbar und nicht spezifisch ausgelöst.

Symptomatik: Plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Ersticken- und Schwindelgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation). Konsekutiv häufig Angst zu sterben. Angst vor Kontrollverlust, Angst, wahnsinnig zu werden. Anfallsdauer meist kurz (einige Minuten), gelegentlich auch länger.

Verlauf und Prognose: Unterschiedlich; häufig Herausbildung eines Circulus vitiosus im Sinne der Angst vor der Angst (Angst vor der nächsten Panikattacke, Phobophobie, Vermeidungshaltung).

Therapie: wie bei Angststörung

9.2.4 Phobien (Phobische Störung F 40)

Definition: Vorherrschen stark ausgeprägter, an bestimmte Objekte bzw. Situationen gebundener Angstsymptomatik, auch im Sinne von Erwartungshaltung (einhergehend mit Vermeidungsverhalten). Einengung des Lebensraums.

Formen: Agoraphobie F 40.0, Soziale Phobien F 40.1, spezifische (isolierte) Phobien F 40.2 (Tierarten, Naturgewalten, Blut und Verletzungen, situativer Typ).

Epidemiologie: Häufige Neuroseform: leichte Phobien bei bis zu etwa 7 % der Bevölkerung (schwere phobische Störungen: 0,2 %). Frauen erkranken häufiger als Männer. Kein spezifisches Erkrankungsalter, Beginn schon in früher Kindheit möglich (z. B. Tierphobien). Öfter Verknüpfung mit Panikstörung und/oder mit Depression.

Symptomatik: Leitsymptom ist eine situations- bzw. objektbezogene Angst (z. B. Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen, Menschenansammlungen, somit Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln, Kaufhäusern etc.); Begleitsymptome wie bei Angstneurose; Einsicht, dass die Furcht übertrieben ist.

Verlauf und Prognose: Spontane Rückbildungen möglich, im Übrigen Tendenz zu Chronifizierung mit Ausweitung der Ängste und des Vermeidungsverhaltens mit Rückzug und Isolation.

Therapie: Psychotherapie mit differentieller Indikation. Guter Indikationsbereich für verhaltenstherapeutische Verfahren (z. B. systematische Desensibilisierung).

9.2.5 **Hysterische Neurose/Konversionsreaktion** (Dissoziative Störung F 44) (► Fallbeispiel 9.4)

Definition: Störungen des Erlebens verbunden mit Störungen körperlicher Funktionen (Konversionssymptome). Auftreten häufig bei ausgeprägter, hysterischer Persönlichkeitsstruktur. Als Gruppenphänomen in Schulen, Sekten etc. in Identifikation mit einer »Führungsperson«, häufiger beim weiblichen Geschlecht.

Epidemiologie: In Nervenarztpraxen etwa 2,5 %. Abnahme der klassischen hysterischen Konversionssymptome (z. B. Schüttellähmungen im Ersten Weltkrieg, Ohnmachten, »Arc-de-cercle« = »Kreisdrehen«, hysterisches Phänomen mit anfallsartigem Aufbäumen des Körpers), Zunahme somatisierter Formen der hysterischen Neurose. Kulturelle Einflüsse (häufiger bei südländischen und östlichen Völkern). Frauen erkranken häufiger als Männer.

Symptomatik: Konversionssymptome (unbewusste symbolische »Körpersprache« der Affekte): z. B. Lähmungen, psychogene Anfälle, Parästhesien, Sehstö-

rungen, Schmerzsyndrome; dissoziative Störungen (psychogene Bewusstseinsveränderungen): z. B. Amnesien, Dämmerzustände, Stupor, Trancen; insgesamt eher selten; sexuelle Funktionsstörungen und Sexualängste (z. B. Anorgasmie, Vaginismus, Dyspareunie, Kastrationsangst); Verhaltensstörungen (z. B. übertriebenes, künstlich wirkendes, teilweise bis ins Dramatische gesteigertes Auftreten, starker Drang nach Anerkennung und Bestätigung, z. B. durch sexuelle Eroberungen).

Zu den dissoziativen Störungen zählt auch:

- multiple Persönlichkeit (in den USA häufig, in der BRD sehr selten); zwei und mehr »abgetrennte« Persönlichkeiten in einer Person
- Ganser Syndrom (meist psychogen bedingtes Vorbeiantworten/ Vorbeihandeln; Zweckreaktion)

Verlauf und Prognose: Häufig Symptomenwandel (z. B. innerhalb der hysterischen Symptomatik selbst). Häufig ungünstiger Verlauf.

Therapie: Sofern Indikationskriterien erfüllt, psychoanalytische Behandlung (ursprünglich eine der klassischen Indikationen zur Psychoanalyse), evtl. auch Indikation für Hypnose. Entzug sozialer Verstärker (z. B. bei Gruppenphänomenen).

9.2.6 Hypochondrische Neurose (Hypochondrische Störung F 45.2)

Definition: Vorherrschen einer ängstlichen, körperbezogenen Selbstbeobachtung des Patienten und Befürchtung, an einer schweren Erkrankung zu leiden.

Epidemiologie: Schwer abschätzbar; generelle Krankheitsbefürchtungen sind häufig, hypochondrische Neurosen im engeren Sinne selten (unter 0,5 %).

Symptomatik: Verstärkte, häufig ängstliche Selbstbeobachtung in Bezug auf die eigene Gesundheit; unrealistische Krankheitsbefürchtungen (z. B. Herztod, Karzinom, unzureichende Darmtätigkeit, Geschlechtskrankheit); meist Konzentration auf ein oder zwei Organe (Organsysteme).

Verlauf und Prognose: Häufig Chronifizierung.

Therapie: Psychotherapeutische Maßnahmen häufig wenig erfolgreich. Supportive Psychotherapie, vorübergehend pharmakologische Therapie (leichte Sedierung, z. B. niederpotente Neuroleptika).

9.2.7 Charakterneurose (nicht näher bezeichnete Störung F 48.9 und: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 60)

Definition: Keine umschriebene Symptomatik, sondern umfassende Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens; »Charakterpanzer« nach Reich (1989)².

Epidemiologie: Schwer abschätzbar, auch wegen differentialdiagnostischer Probleme (Persönlichkeitsstörungen); fließender Übergang zu »Normal«-Persönlichkeiten, häufig Mischstrukturen.

Symptomatik: Im Einzelnen nicht festlegbar, Neurotisierung der ganzen Person je nach neurotischer Charakterstruktur (Riemann 2004)³:

- *schizoide Struktur:* Individualisten mit starkem Autarkiestreben, distanziert bis kühl; gesteigerter Narzissmus, Verletzlichkeit, Misstrauen; Scharfsicht, intuitive Begabung, ungenügende Ich-Grenzen, schizoides Unsicherheitserleben. Häufig Pseudokontakte (Pseudoherzlichkeit). Bezüge zur präoralen sensorischen Phase (nach Riemann)
- *depressive Struktur:* Suche nach Nähe, Wärme und Geborgenheit, nach Anerkennung; Anklammerungs- und Abhängigkeitstendenzen; Gefügigkeit, Vermeidung von Aggression; Angst vor Ich-Werdung und Autonomie; Bezüge zur oralen Phase
- *zwanghafte Struktur:* Tendenz zum Perfektionismus, Risikofurcht, Skrupelhaftigkeit, Schuldgefühle; Rechthaberei, Dogmatismus, Orthodoxie; Liebesleben häufig emotional gestört, systematisiert; Bezüge zur analen Phase
- *hysterische Struktur:* labiles Selbstwertgefühl, Ich-Schwäche, Selbstbezogenheit, Geltungsbedürfnis; Sich-nicht-festlegen-wollen; illusorische Wunschwelt; Bezüge zur ödipalen Phase

² Reich W (1989) Charakteranalyse. Kiepenheuer & Witsch, Köln

³ Riemann F (2004) Grundformen der Angst. 36. Aufl. Reinhardt, München

Verlauf und Prognose: Neigung zu chronischem Verlauf, ähnlich wie bei Persönlichkeitsstörungen.

Therapie: Aufdeckende Psychotherapie nur bei starkem Leidensdruck, ansonsten psychotherapeutische Hilfestellungen bei aktuellen Konflikten.

9.2.8 Neurotisches Depersonalisationssyndrom (Depersonalisations-/Derealisationssyndrom F 48.1)

Definition: Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation) im Vordergrund des Erlebens; kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neuroseform, sondern – häufig transitorisches – *Begleitsyndrom* bei bestimmten Neurosen (z. B. Angstneurose, neurotische Depression, Zwangsneurose).

Epidemiologie: Ubiquitär, häufig bei jüngeren Menschen (Adoleszenz); außer bei Neurosen auch bei Psychosen, Epilepsie und Hirntumoren.

Therapie: Keine spezifische Therapie, sondern Behandlung der Grundkrankheit.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 9.1

Anamnese: Eine 34jährige Verkäuferin kommt mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik in klinische Behandlung.

Die Symptomatik hatte ½ Jahr zuvor begonnen, nachdem die Patientin erlebt hatte, dass ein Kunde in dem Kaufhaus, in dem sie arbeitete, zusammengebrochen und dort auch verstorben war (Herztod). Wenige Tage später verspürte die Patientin Angst, das Haus, in dem sie wohnte, zu verlassen. Sie mochte auch nicht mehr einkaufen gehen, ließ sich krankschreiben und wartete täglich angstvoll auf die Heimkehr ihres Mannes von der Arbeit, in dessen Gegenwart die Angst weniger stark war.

Weitere Symptome: Hinzu kamen Herzsensationen, die von der Patientin ängstlich als Hinweis auf einen möglichen eigenen plötzlichen Herztod



gedeutet wurden. Innerhalb kurzer Zeit war die zuvor vitale Patientin in ihrem Erleben und ihrer Bewegungsfreiheit derart eingeengt, dass sie depressiv und suizidal wurde und deshalb zur Aufnahme kam. Die akute Symptomatik wurde zunächst niedrigdosiert antidepressiv und schwach neuroleptisch behandelt.

Therapie: In der Psychotherapie wurde bald deutlich, dass die Patientin in den letzten 3 Jahren 3 für sie bedeutsame Menschen durch Tod verloren hatte (Mutter, Schwiegermutter, eine Freundin). Diese Verluste waren in der inneren Verarbeitung der Patientin nicht abgeschlossen. Ebenso wenig der frühe Verlust des Vaters, der – die Patientin war damals 3 Jahre alt – an den Folgen eines Verkehrsunfalls plötzlich verstorben war. In der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie ging es daher themenzentriert um die Bedeutung und Bearbeitung von Verlusten. Die Angstsymptomatik besserte sich im Verlauf der stationären Behandlung soweit, dass die Patientin nach 6 Wochen in ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung entlassen werden konnte.

➤ **Diagnose:** Angstneurose (Agoraphobie) (F 40.0).

Fallbeispiel 9.2

Anamnese: Ein 24-jähriger Student der Elektrotechnik sucht die Poliklinik auf, weil er seit einigen Monaten unter massiven Arbeitsstörungen leidet. Mehrere Examina hatte er deshalb bereits aufschieben müssen. Der Vater droht jetzt mit Beendigung seiner finanziellen Unterstützung.

In den diagnostischen Erstgesprächen wirkt der Patient depressiv verstimmt, eher passiv-abwartend, was der Untersucher ihn wohl fragen und was er ihm an Hilfe anbieten werde. Neben der Arbeitsstörung wird eine Beziehungsproblematik deutlich: Die letzte Freundin hatte den Patienten kurz zuvor verlassen, weil sie ihn als zu anklammernd und zu wenig aktiv empfand. Gemeinsame Aktivitäten hätten immer von ihr ausgehen müssen.

Biographie: Der Patient war als einziges, spätes Kind seiner Eltern sehr verwöhnt aufgewachsen, ihm waren viele Schwierigkeiten aus dem Weg



geräumt worden. Die Mutter wurde vom Patienten als weiche, stille Hausfrau beschrieben, die nur wenig Kontakte gepflegt habe und in der Sorge um Haus, Haushalt und ihre kleine Familie ganz aufgegangen sei. Der Vater wurde als eher distanziert beschrieben (»kein Gefühlsmensch«), der sich leistungsorientiert in einer Firma hochgearbeitet und mit 48 Jahren einen Herzinfarkt bekommen hatte. Die Ehe der Eltern wurde als symbiotisch beschrieben, mit wenigen Außenkontakten und gemeinsamen Unternehmungen. Das Leben der Familie spielte sich weitgehend abgekapselt im eigenen Haus ab.

Therapie: Dem Patienten wurde eine tiefenpsychologisch orientierte Einzelpsychotherapie vermittelt, nachdem der Leidensdruck und ein, wenn auch ambivalentes, Interesse an einer Bearbeitung der bisherigen Lebensgeschichte deutlich waren. Als längerfristige Perspektive wurde auch an eine Gruppentherapie gedacht.

➤ **Diagnose:** Neurotische Depression (Dysthymia, F 34.1).

Fallbeispiel 9.3

Anamnese: Ein 28jähriger Rechtsreferendar sucht wegen seit 2 Jahren bestehender Zwangssymptome psychotherapeutische Hilfe auf. Er berichtet u. a., dass er bei bestimmten Buchstabenkombinationen an den eigenen Tod denken müsse. So bedeuten z. B. CA oder KA Karzinom, und das bedeute für ihn Tod. Wenn er solche Kombinationen sehe, müsse er Zwangshandlungen ausführen (z. B. laut Zahlenreihen herunterbeten), um nicht mehr daran denken zu müssen. Für dieses »Wegdrücken« benötige er häufig viel Zeit. Durch die Zwangshandlungen sei es auch zu einer Arbeitsstörung gekommen, die an seinem Arbeitsplatz auch schon bemerkt worden sei. Der Patient berichtet ferner diverse, ebenfalls zeitraubende Kontrollzwänge und einen, wenn auch nicht stark ausgeprägten Waschzwang.

Biographie: Der Patient stammt aus einem ordnungsliebenden und rigiden Elternhaus, in dem die Mutter viel putzte und ihrem Sohn im Laufe der Jahre mehrfach stolz erzählt hatte, dass er bereits mit 10 Monaten »tro-



cken« gewesen sei. Der Vater des Patienten ist ein zwanghaft strukturierter Archivar, der im Haus auf Sauberkeit und von ihm peinlich kontrollierte Ordnung Wert legte. Politisch setzte er sich für Parteigruppierungen ein, die gegen Ausländer und Asylanten eingestellt und denen »law and order« oberstes Prinzip war.

Therapie: Der Patient wurde zunächst, um eine Entlastung von den akuten Symptomen zu erreichen, in eine Ambulanz für Verhaltenstherapie überwiesen, die auf die Behandlung von Zwangsneurosen spezialisiert ist. Eine daran evtl. anschließende tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie wurde mit dem Patienten besprochen.

➤ **Diagnose:** Zwangsstörung (Zwangsrituale) (F 42.1).

Fallbeispiel 9.4

Anamnese: Die Patientin, eine 28jährige Verkäuferin, kommt mit einer Lähmung zu uns, nachdem sie zuvor in der neurologischen Klinik aufgenommen war. Frau N. ist als letztes von 7 Geschwistern geboren. Mit all diesen Geschwistern wie auch mit den Eltern hatte sie sich im Laufe der letzten Jahre überworfen. Nur mit einer Schwester bestand bis vor kurzem noch Kontakt.

Im Alter von 9 und 12 Jahren sei sie von Nachbarn sexuell missbraucht worden. Mit 25 Jahren wurde die Patientin unehelich schwanger. Ihr damaliger Freund, ein Alkoholiker, trennte sich während der Schwangerschaft von ihr. Um ihre Aversion gegen das ungeborene Kind zu verringern, behandelte ihr Nervenarzt sie mit Hypnose. Nach der Geburt ihrer Tochter, zum Zeitpunkt, als sie zum ersten Mal ihr Kind anblickte, kam es zu einer rechtsseitigen Armlähmung und anschließender zweimonatiger Behandlung in der neurologischen Klinik mit Verdacht auf PRIND. Dies ließ sich jedoch nicht objektivieren und die Abschlussdiagnose lautete psychogene Lähmung.

Weitere Symptome: 8 Wochen vor der jetzigen Aufnahme kam es bei einem Besuch ihres Schwagers in ihrer Wohnung im Rahmen einer Verführungssituation zu Geschlechtsverkehr. Kurz nach diesem Ereignis verspürte



sie Pelzigkeit, Ungeschicklichkeit und Schwäche in der rechten Hand. In den darauffolgenden Wochen stellten sich Kribbelparästhesien und eine Lähmung der rechten Hand und des rechten Armes ein. Etwa einen Monat vor der jetzigen Krankenhausaufnahme kam es zu einer Scheinschwangerschaft, die innerhalb weniger Tage zu einer deutlichen Wölbung des Unterleibes führte (ein ähnliches Ereignis war bei ihr vor mehreren Jahren bereits einmal aufgetreten). Bei der Untersuchung in der Klinik findet sich eine unvollständige schlaffe Lähmung der rechten oberen Extremität ohne Differenz der Eigenreflexe, die Ausprägung der Parese wechselt während des Tages.

Biographie: Wir erfuhren von Frau N., dass sie als Jüngste wohl sehr verwöhnt wurde. Stets idealisierte sie den Vater und ging mit der eher schwachen Mutter in Konkurrenz, aber auch mit den Geschwistern, was oft zu verbalen Aggressionen, aber auch zu Tätlichkeiten führte. Die alte Rivalität gegenüber ihrer nächstältesten Schwester verstärkte sich, als diese einen älteren erfolgreichen Mann heiratete; dessen »Inbesitznahme« bedeutete für sie einen Triumph, von dem sie jedoch schnell wieder Abstand nahm, zunächst in eine Scheinschwangerschaft flüchtete und zugleich regredierend die Symptome einer Armlähmung ausbildete, symbolisch das Glied, mit dem sie Aggressionen, aber auch intime Berührungen erlebt hatte.

Psychodynamik: Bei mangelnder Verbalisierung fanden wir eine starke Regressionstendenz bei der Patientin, die jegliche Schuldgefühle stark abwehrte und sich der Abwehrmechanismen Verleugnung und Ungeschehenmachen bediente. Die Aggression ihrem eigenen Kind gegenüber wurde überkompensiert und erschien als Angst vor dem plötzlichen Kindstod.

Therapie: Mit dieser Patientin wird neben Gesprächen, die an ihrer Aktualität orientiert sind, mit gutem Erfolg ein übendes Programm einschließlich Krankengymnastik durchgeführt. Für eine konfliktorientierte Psychotherapie erscheint sie nicht ausreichend introspektiv und zu stark abwehrend.

➤ **Diagnose:** Dissoziative Bewegungsstörung (Konversionsstörung) (F 44.4).

10 Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen)

10.1 Allgemeiner Teil – 194

10.2 Spezieller Teil – 194

10.2.1 Akute Belastungsreaktion (F 43.0) – 194

10.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) – 195

10.2.3 Anpassungsstörungen (F 43.2) – 195

10.1 Allgemeiner Teil

Definition: Akute, meist kurzdauernde Fehlverarbeitung eines Traumas. Unterscheidet sich von normalen Erlebnisreaktionen in Stärke und Dauer. In jeder Altersstufe möglich, keine Geschlechtspräferenz.

Diagnostik: Vorhandensein eines Traumas bzw. Auslösers (enge Verbindung zwischen Reaktion und Situation). In der Regel Einzelvorgang (der jedoch wiederholt auftreten kann), keine weiteren psychischen Grunderkrankungen vorhanden. Diagnosestellung nach gründlicher Anamnese (da häufig Neurosen Grundlage für abnorme Reaktionen bilden).

10.2 Spezieller Teil

10.2.1 Akute Belastungsreaktion (F 43.0)

Definition: Vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Mögliche Auslöser: Überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder einer geliebten Person (z. B. Naturkatastrophe, Unfall, Verbrechen, Vergewaltigung); ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes (z. B. Verluste, Arbeitslosigkeit).

Symptome: Beginn mit »Betäubung«, evtl. Bewusstseinseingengung und eingeschränkte Aufmerksamkeit; Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, möglicherweise Desorientiertheit. Mögliche Folgen: Rückzug aus der Umwelt, aber auch Unruhezustände und/oder Fluchtreaktionen. Vegetative Begleitsymptome sind häufig. Symptomatik tritt unmittelbar nach dem belastenden Ereignis auf und geht meist innerhalb kurzer Zeit (bis zu 3 Tagen) zurück.

Therapie: Ärztliches Gespräch mit Elementen der Krisenintervention, evtl. begleitende Psychopharmakotherapie.

10.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)

Definition: Verzögerte oder protrahierte Reaktion (innerhalb von 6 Monaten) auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (z. B. Katastrophen durch Naturereignisse oder von Menschen verursacht, Kampfhandlungen, schwerer Unfall, Vergewaltigung, Terrorismus etc.). Kann mehrere Jahre andauern, evtl. in andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) übergehen.

Symptome: Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen; Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Lustlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, ferner Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit, häufig assoziiert mit Angst und Depression sowie auch Suizidgedanken.

Therapie: Konfliktzentrierte Psychotherapie (Kurzpsychotherapie, Fokalpsychotherapie), ggf. mit psychopharmakologischer Unterstützung.

10.2.3 Anpassungsstörungen (F 43.2)

Definition: Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen (auch schwerer körperlicher Erkrankung) auftreten.

Symptome: Depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, Sorge, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurechtzukommen, evtl. auch Probleme bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Bei Jugendlichen können Störungen des Sozialverhaltens (z. B. aggressives oder dissoziales Verhalten) zu dieser Störung gehören. Beginn der Störung meist innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis. Dauer der Symptomatik meist nicht mehr als 6 Monate.

■ **Kurze depressive Reaktion** (F 43.20): vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert

- **Längere depressive Reaktion** (F 43.21): leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Dauer: nicht länger als 2 Jahre
- **Angst und depressive Reaktion gemischt** (F 43.22): Vorhandensein von Angst und depressiven Symptomen
- **Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen** (F 43.23): Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger
- **Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens** (F 43.24): bei dieser Störung ist überwiegend das Sozialverhalten auffällig (z. B. aggressives oder dissoziales Verhalten)
- **Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten** (F 43.25): führende Symptome sind sowohl Störungen der Gefühle als auch des Sozialverhaltens
- **Andere spezifische Anpassungsstörungen** (F 43.28): z. B. Kulturschock (nach Immigration, Emigration), Trauerreaktion, Hospitalismus bei Kindern.

Wegen der klinischen Bedeutsamkeit wird die Störung der Trauerverarbeitung hier deutlicher beschrieben: Reaktion auf Todesfälle/Verlust nahestehender Menschen oder bei Verlust des gewohnten sozialen Milieus. Kennzeichen: Trauer- oder Trennarbeit kann nicht geleistet werden, da der verlorene Mensch häufig eine besondere Bedeutung hatte oder spezifische Gefühle die Trauarbeit behindern (z. B. ungelöste symbiotische Bindungen, unbewusste Wut oder Schuldgefühle gegenüber dem Toten). Symptome: häufig Fehlen von Traurigkeit, statt dessen Versteinerung, Affektstarre, Hemmung, hypochondrische Klagen, Schlaflosigkeit, psychosomatische Beschwerden. Überkompensation durch übertriebene Aktivitäten, latente Feindseligkeit.

Therapie bei Belastungs- und Anpassungsstörungen: Ärztliches Gespräch, stützende Psychotherapie, Krisenintervention, Kurzpsychotherapie, evtl. psychopharmakologische Unterstützung.

Fallbeispiele**Fallbeispiel 10.1**

Anamnese: Eine 24jährige Verkäuferin bekam, nachdem sich vor zwei Monaten ein Freund auf für sie sehr kränkende Weise von ihr getrennt hatte, Schlafstörungen, wurde dann zunehmend depressiv. Suizidgedanken kamen hinzu, sodass sie von ihrem Hausarzt krankgeschrieben wurde. Interventionen von Angehörigen und einer Freundin bestanden darin, sie aufzufordern, ihren ehemaligen Freund als schlecht und gemein anzusehen und sich um einen raschen Ersatz zu bemühen. Diese Hilfen vermochten die Frau aber nicht aus ihrer Verzweiflung zu lösen. So kam es zu einer Überweisung zu einem Psychotherapeuten, bei dem 3 Sitzungen im Sinne einer Krisenintervention stattfanden.

Biographie: In diesen Sitzungen stellte sich heraus, dass biographische Erlebnisse an der momentanen Depressivität entscheidend beteiligt waren: Die Patientin hatte in ihrer Kindheit mehrere Trennungen erleben müssen, denen sie ähnlich hilflos ausgesetzt war wie der jetzigen von ihrem Freund. Aus dieser Zeit hatte sie eine Trennungsängstlichkeit bewahrt, die in der aktuellen Situation erneut zum Tragen kam.

Therapie: Die Bearbeitung dieser Hintergründe brachte der Patientin deutliche Erleichterung, sie konnte wieder ihrer Arbeit nachgehen und unterzog sich wenig später einer Kurzpsychotherapie von 12 Stunden, in der ihre Trennungstraumata und deren Bewältigung Hauptinhalt der therapeutischen Arbeit waren.

➤ **Diagnose:** Längere depressive Reaktion (F 43.21).

Fallbeispiel 10.2

Anamnese: Ein 26jähriger Medizinstudent versagte im mündlichen Teil des Staatsexamens dadurch, daß er sich völlig blockiert fühlte und schließlich an ihn gerichtete Fragen der Prüfer nicht mehr beantworten konnte, obwohl er sich bestens auf die Prüfung vorbereitet hatte. Als er dann durchgefallen war, wandte er sich tief verzweifelt an einen ambulant arbeitenden Psychiater und Psychotherapeuten mit der Bitte um Hilfe. Das Examen



wollte er 4 Monate später erneut versuchen, spürte aber eine erhebliche Angstbarriere.

Therapie: In einer konfliktzentrierten Psychotherapie stellte sich heraus, dass bei ihm schon immer ein problematisch erlebter Umgang mit Autoritäten bestanden hatte: Der Student erzählte, dass er sich oft mit sog. Autoritäten hätte anlegen müssen, das sei schon in der Schule so gewesen. Ausgehend von diesem Problem ging es in der Therapie dann um die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Vater, die seit jeher spannungsreich gewesen sei, weil sein Vater, ebenfalls Mediziner, ihn von Kind auf dazu gedrängt habe, später einmal die Praxis zu übernehmen, obwohl er lieber Physiker geworden wäre. Überhaupt sei der Vater einer von denen gewesen, die unter Erziehung verstehen, dass man ihren Willen gehorsam ausführe.

Dem Studenten wurde an diesem Punkt deutlich, dass er offensichtlich seine Vaterbeziehung auf die Prüfer übertragen hatte und deren »Willen«, das Examen zu bestehen und damit Mediziner zu werden, etwas Eigenes, nämlich das Gegenteil, entgegensetzen mußte. Die Blockierung bei der Prüfung war der Ausdruck dieses inneren Vorgangs.

Die Erkennung dieser Psychodynamik brachte ihm Erleichterung und versetzte ihn schließlich in die Lage, das Examen doch noch zu bestehen – ohne die Blockierung, aber noch mit deutlich vegetativen Irritationen. Bemerkenswerterweise entschied er sich später für eine Spezialisierung im Bereich der Medizinphysik.

➤ **Diagnose:** Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F 43.22).

Fallbeispiel 10.3

Anamnese: Eine 59jährige Frau hat nach 32jähriger Ehe ihren Mann durch Tod verloren. Nach seinem Tod entwickelte sie Schlafstörungen und Unruhe und ging wochenlang täglich zum Friedhof, wo sie Gespräche mit ihrem Mann an dessen Grab führte. Nachbarn und Verwandte bemerkten bald, dass sie die allergrößte Mühe hatte, die Trennung von ihrem Mann innerlich zu akzeptieren und sukzessive zu bewältigen.



Therapie: So kam es zu einer Überweisung zu einem Psychiater und zu einer 8 Stunden dauernden Kurzpsychotherapie, bei der vor allem deutlich wurde, dass die Patientin ihrem Mann, der an den Folgen einer alkoholischen Leberzirrhose verstorben war, nach wie vor heftige Vorwürfe wegen seines Alkoholabusus machte, der zu diesem Ausgang geführt hatte. Die Patientin warf ihm das Verlassenwerden schuldhaft vor, weil sie sich mit der neuen Einsamkeit und dem allein Auf-sich-gestellt-Sein nicht abfinden konnte. Diese ihr unbewusste Wut auf den Ehemann hatte ebenso wie die Angst vor der neuen Autonomiesituation eine abnorme Trauerreaktion entstehen lassen, die unter der Bearbeitung in der Therapie im Verlauf von etwa 3 Monaten abklang.

➤ **Diagnose:** Störung der Trauerverarbeitung (Anpassungsstörung) (F 43.23).

11 Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)

11.1 Allgemeiner Teil – 202

**11.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen
(F 60, F 34) – 203**

11.1 Allgemeiner Teil

Definition: Störungen der Persönlichkeit insofern, als bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur (bestimmte Persönlichkeitszüge) in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepasst sind. Beginn in der Kindheit oder Jugend. Merkmalsakzentuierung, die eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder subjektive Beschwerden (Probleme der sozialen Anpassung) zur Folge haben kann.

Epidemiologie: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in einem ländlichen Bezirk 0,7 %, in einer Großstadt 5,5 % (Schepank et al. 1984)¹, Prävalenzangaben internationaler Studien 2–10 %. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Bezüglich Sozialschicht keine eindeutigen Ergebnisse.

Ätiologie: multikonditionale Entstehung aufgrund verschiedener Faktoren:

- *genetische Faktoren:* sehr wahrscheinlich (vgl. Zwillings- und Adoptionsstudien), aber nicht allein verursachend; eher Vererbung bestimmender Persönlichkeitszüge
- *erworbene Hirnschäden:* an Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mitbeteiligt (frühkindliches exogenes Psychosyndrom)
- *Entwicklungsbedingungen* (in Kindheit und späteren Lebensabschnitten), Reaktionen auf Umwelteinflüsse (z. B. schwere traumatisierende Ereignisse) und soziale Bedingungen für Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mit maßgeblich (Fiedler 1994)². Psychodynamische Faktoren inzwischen gut beschrieben (z. B. Kernberg 1988)³

Diagnostik/Differentialdiagnostik: Persönlichkeitsstörungen können zu 3 großen Krankheitsgruppen der Psychiatrie in Bezug gesetzt werden:

- *Neurosen:* enge Beziehung zwischen Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (Charakterneurosen, vgl. ► Abschn. 9.2.7); bei beiden keine Einzelsymptome, sondern charakteristische Erlebnis- und Verhaltensweisen

¹ Schepank H, Hilpert H, Hönemann H et al. (1984) Das Mannheimer Kohorten-Projekt. Z Psychosom Med Psychoanal 30: 43–61

² Fiedler P (2001) Persönlichkeitsstörungen. 5. Aufl. Beltz, Weinheim

³ Kernberg O (1996) Schwere Persönlichkeitsstörungen. 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

11.2 · Spezifische Persönlichkeitsstörungen

- *Psychosen*: z. B. depressive Persönlichkeit, hyperthyme Persönlichkeit als mögliche Randformen bipolarer affektiver Psychosen
- *hirnorganische Krankheiten*: Persönlichkeitsstörungen aufgrund meist perinatal erworbener Schäden (»Pseudopsychopathie«)

Diagnose »Persönlichkeitsstörung« möglichst nur in Verbindung mit weiteren diagnostischen Aussagen (z. B. Suizidversuch bei depressiv-hysterischer Persönlichkeitsstörung) und nur bei Patienten im Erwachsenenalter stellen!

Verlauf/Prognose: Persönlichkeitsstörungen treten insbesondere in für die jeweilige Persönlichkeitsstörung charakteristischen, kritischen Lebenssituationen und Umweltgegebenheiten in Erscheinung. Mit fortschreitendem Alter oft Abschwächung der Merkmalsakzentuierung. In Bezug auf die Lebensbewältigung gilt für Menschen mit Persönlichkeitsstörung in etwa die Drittelregel:

- bei ca. $\frac{1}{3}$ *ungünstiger Verlauf/Lebenslauf* (Versagen, Konflikte, evtl. ständige ärztliche Behandlung)
- bei ca. $\frac{1}{3}$ *kompromisshafte Lebensbewältigung* (Vitalitätsverlust und Einnengung der Umweltbeziehungen zugunsten von Entlastung und Ausgeglichenheit: Residualzustände bei Persönlichkeitsstörungen)
- bei ca. $\frac{1}{3}$ *günstiger Verlauf* mit ausreichender Lebensbewältigung

Therapie: Auch Persönlichkeitsstörungen sind prinzipiell therapierbar. Die Indikation zu den einzelnen Therapieverfahren ist wie auch sonst von verschiedenen Kriterien abhängig, z. B. den situativen Gegebenheiten, Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit und Motivation des Patienten. Die Prognose ist jedoch vorsichtiger zu sehen als bei Patienten mit Neurosen.

11.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60, F 34)



Paranoide Persönlichkeitsstörung (F 60.0)

Symptome: Neigung, Erfahrungen und Erlebnisse als gegen die eigene Person gerichtet zu interpretieren (Erniedrigung, Bedrohung, Ausnutzung oder Benachteiligung). Neigung zu Misstrauen und Argwohn, leichte Kränkbarkeit; unbelehrbar-rechthaberischer Kampf gegen das Unrecht bzw. für eine Idee/Vorstellung (Fanatiker).

Differentialdiagnose: Paranoides Syndrom, sensitive und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Querulantenwahn.

Schizoide Persönlichkeitsstörung (F 60.1)

Symptome: Kontakthemmung, extreme Distanz und emotionale Kühle, Misstrauen und Ambivalenzen, Neigung zu Isolation und Vereinsamung.

Differentialdiagnose: Schizophrenie, depressive Persönlichkeitsstörung, schizoide Charakterneurose.

Dissoziale (soziopathische, antisoziale) Persönlichkeitsstörung (F 60.2)

Symptome: Neigung zu dissozialem Verhalten (Delinquenz, Rücksichtslosigkeit gegenüber sozialen Spielregeln/Normen, betonter Egoismus, Verwahrlosungstendenzen, fehlendes Schuldbewusstsein, Neigung, andere zu beschuldigen). Die Störung macht sich vor allem im sozialen Kontext bemerkbar.

Differentialdiagnose: Hirnorganisches Psychosyndrom, Süchte, emotional instabile Persönlichkeitsstörung.

➤ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3)

Symptome: Tendenz, Impulse auszuagieren, wechselnde, launenhafte Stimmung. Wutausbrüche aus geringfügigen Anlässen können zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen, Ich-strukturelle Defizite.

Zwei Unterformen können beschrieben werden:

- *emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus* (F 60.3): emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle stehen im Vordergrund. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten, insbesondere bei Kritik durch andere
- *emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus* (F 60.31): Vorkommen: gehäuft bei jungen Frauen. Instabilität bezüglich Selbstbild, zwischenmenschlicher Beziehungen und Stimmung. Multiple Störungen wie z. B. frei flottierende Angst, polymorph-perverse Sexualität, multiple Phobien, ausgeprägte Konversionssymptome, dissoziative Reaktionen, chronisches Depersonalisationserleben, episodischer Verlust der Impulskontrolle, selbstschädigende Handlungen, Suchttendenz, Zwangssymptome, konfliktbezogene Denk- und Wahrnehmungsstörungen, pseudohallu-

zinatorische Erlebnisse, Depressivität, ohnmächtige Wut gegen sich selbst oder andere, kurzfristige psychotische Dekompensationen

Differentialdiagnose: Psychosen, affektive Störungen.

Therapie: Zunehmende Verbreitung der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (kognitive Verhaltenstherapie mit dialektischer Grundhaltung).

Hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung (F 60.4)

Allgemeines: Ich-zentrierte Persönlichkeit mit umgebungsabhängiger wechselnder Erscheinungsweise; hysterisch (hystera (griech.) = Uterus; in der Antike Theorie vom Umherschweifen des Uterus im Körper), zu histrionisch (histrion (lat.) = Schauspieler), die Neubenennung dokumentiert die pejorative Belastung des Terminus hysterisch.

Symptome: Starkes Geltungsbedürfnis, Neigung zu Effekthascherei und demonstrativem, unechtem Verhalten. Starkes Kontaktbedürfnis bei gleichzeitig bestehender Kontaktunfähigkeit im Sinne von Liebes- und Bindungsunfähigkeit. Auch Neigung zu Simulation und Pseudologia phantastica (phantastisches Lügegebäude).

Differentialdiagnose: Hysterische Neurose, emotional instabile Persönlichkeitsstörung.

Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F 60.5)

Symptome: Pedanterie, Perfektionismus, Übergenauigkeit, Ordnungsliebe, charakterliche Rigidität, geringe Kompromissbereitschaft. Gelegentlich auch Zwangsimpulse, Kontrollzwänge.

Differentialdiagnose: Zwangsneurose, evtl. auch Zwangssyndrom bei Schizophrenie.

Sensitive (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung

(ICD 10: ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, F 60.6)

Symptome: Mangel an Selbstvertrauen, Störung des Selbstwertgefühls, daraus resultierend leichte Kränkbarkeit und starke Selbstunsicherheit. Überempfind-

lichkeit gegenüber Ablehnung und Zurückweisung, daher Vermeidungstendenzen in Beziehungen zu Mitmenschen, übermäßiges Distanzverhalten. Ferner Aggressionshemmung, geringes Durchsetzungsvermögen und Neigung zu Affektstau.

Differentialdiagnose: Borderline- und depressive Persönlichkeitsstörung.

Asthenische (abhängige) Persönlichkeitsstörung (F 60.7)

Symptome: Rasche Erschöpfbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, diverse körperliche Missempfindungen, Schwäche, Mangel an Spannkraft und Durchhaltevermögen. Neigung zu körperbezogenem Klagen, Schlafstörungen, Depressivität.

Differentialdiagnose: Depressive Neurosen, larvierte Depressionen.

Hyperthyme Persönlichkeitsstörung (F 34.0, »Zyklothymia«)

Symptome: Fröhlich-heitere Grundstimmung, gesteigerte Aktivität, lebhaftes Temperament (»Betriebsnudel«, »Stimmungskanone«). Durch diese Grundstimmung und ständige Unruhe (oft begleitet von Distanzlosigkeit und Geltungsdrang) Belastung für die Umgebung.

Differentialdiagnose: Manie, maniforme Syndrome.

Depressive Persönlichkeitsstörung (F 34.1, »Dysthymia«)

Symptome: Pessimistisch-skeptische Lebenseinstellung, Gehemmtheit, gedrückte Stimmungslage, Kontaktstörungen. Symptomatik insgesamt ähnlich wie bei Charakterneurosen.

Differentialdiagnose: Depressive Neurosen, depressive Phase bei endogenen Depressionen.

Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60.8)

Persönlichkeitsstörungen, für die keine der spezifischen Kategorien (F 60.6 bis F 60.7) zutreffen.

Dazugehörige Begriffe: Narzisstische Persönlichkeitsstörung, exzentrische Persönlichkeitsstörung, haltlose Persönlichkeitsstörung, unreife Persönlichkeitsstörung, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, neurotische Persönlichkeitsstörung.

Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F 60.9)

Dazugehörige Begriffe: Charakterneurose, pathologische Persönlichkeit.

➤ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Definition: Veränderung der Persönlichkeit nach langanhaltenden extremen Belastungen (z. B. Folter, Gefangenschaft, Geiselhaft). Merkmale extremer Belastungen sind z. B. permanente Todesfurcht und tiefgehende Entwürdigung der persönlichen Existenz. Bei den schwer geschädigten Opfern nationalsozialistischer Konzentrationslagerhaft spricht man vom Überlebenssyndrom u. U. mit Gefühl der Überlebensschuld.

Symptomatik: Misstrauische, feindselige Haltung gegenüber der Umgebung; sozialer Rückzug; Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung; aktuelle unbegründete Ängste; chronische Nervosität; Schlafstörungen; Entfremdungserlebnisse.

Die Persönlichkeitsänderung muss über mindestens zwei Jahre bestehen.

Differentialdiagnose: Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1).

Fallbeispiele**Fallbeispiel 11.1**

Anamnese: Ein 52jähriger arbeitsloser, ehemaliger Angestellter wird anlässlich einer Begutachtung in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Das das Gutachten anfordernde Gericht fragt nach der Schuldfähigkeit des Angeklagten. Die übersandten Akten sind so umfangreich, dass sie in 4 Paketen angeliefert werden. Im Einzelnen handelt es sich um über 700 Seiten Aktenmaterial. Aktueller Anlass für die Begutachtung war, dass der Patient einen Richter, der ihm nicht Recht zugesprochen hatte, beleidigt und bedroht und an dessen Vorgesetzten, einen Landgerichtspräsidenten, einen Brief geschrieben hatte, in dem er den Richter in grober Weise verunglimpft und als »Rechtsverdrehler« hingestellt hatte.

Bei der Durchsicht der Akten zeigte sich, dass der Patient bereits seit 12 Jahren diverse Gerichte mit Prozessen und Eingaben beschäftigte, bei



denen es ihm zunehmend darum ging, seine Rechtsauffassungen in rechtshaberischer und rigider Weise durchzusetzen. Entscheidungen gegen seine Meinungen wurden als feindselig und gegen ihn persönlich gerichtet interpretiert und zogen weitere Anzeigen und Eingaben nach sich. Nach Verlust des Arbeitsplatzes hatte der Patient sich ganz in seine Prozessaktivitäten gestürzt, seine Ersparnisse weitgehend dafür aufgebraucht und seine Familie soweit vernachlässigt, dass die Ehefrau ihn verlassen hatte, nachdem die Kinder aus dem Haus waren.

Der Patient war von früheren, wichtigen Bezugspersonen (Ehefrau, Mutter, Schwester) als primär leicht verunsicherbar und verletzlich beschrieben worden. Die jetzige querulatorische Entwicklung hatte eingesetzt, nachdem der Patient 13 Jahre zuvor eine Kränkung am Arbeitsplatz hatte hinnehmen müssen: Er war bei einer Beförderung, die ihm bereits angekündigt worden war, zugunsten eines jüngeren, aber forschere auftretenden Kollegen übergangen worden.

Diagnose: Bei der Begutachtung wurde die Diagnose einer paranoid-querulatorischen Persönlichkeitsstörung (F 60.0) gestellt. Die Frage der Schuldfähigkeit wurde von dem Gutachter im Sinne des § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) beantwortet.

Therapie: Die mit dem Patienten erörterte Möglichkeit, eine Psychotherapie zu versuchen, wurde von ihm vehement abgelehnt und führte zu einer abrupten Verschlechterung der Gutachter-Patient-Beziehung, da dieser wähnte, dass der Gutachter mit den Gerichten unter einer Decke stecke.

➤ **Paranoide (querulatorische) Persönlichkeitsstörung (F 60.0)**

Fallbeispiel 11.2

Anamnese: Ein 26jähriger Mann mit abgebrochenem Elektroingenieur-Studium wird von einer niedergelassenen Nervenärztin mit der Einweisungsdiagnose »Verdacht auf Borderline-Syndrom« zur stationären Behandlung angemeldet.

Symptome: Auf der Station fällt der Patient in mehrfacher Hinsicht auf: Er hat episodenhafte, heftige Angstattacken sowie besondere phobische



Symptome: So kann er z. B. im Aufenthaltsraum nur in unmittelbarer Nähe zur Tür sitzen, weil er sonst Platzangst bekommt. Mehrfach wird er auf der Station mit einer Alkoholfahne angetroffen. Auf Nachfragen gibt er zu, dass er gelegentlich wie unter einem inneren Drang trinken müsse. Die Beziehung zu seinem behandelnden Stationsarzt gestaltet er in charakteristischer Weise: Nach anfänglicher Kooperativität entwertet er den Arzt massiv und stellt alles bisher Erreichte in Frage. Trotz dieser »Wechselbäder« vermittelt er dem Arzt, dass er ihn braucht. In Zeiten von akuter Angst, in denen er auch Depersonalisationsphänomene berichtet, klammert er sich kurzfristig stark an den Arzt, um wenig später so zu tun, als habe man noch nie ein persönliches Wort miteinander gesprochen. Auffällig waren während des stationären Aufenthalts ferner diverse Körpersensationen (im Sinne von Konversionssymptomen) und ein mehrfach wiederholtes Ritzen der Haut mit Rasierklingen.

Diagnose: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F 60.31). Die Diagnose einer »Borderline-Persönlichkeitsstörung« wurde bestätigt.

Therapie: In der zeitlich begrenzten Therapie ging es überwiegend um die Prüfung der Motivation des Patienten zu einer längerfristigen stationären Psychotherapie, zu der sich der Patient angesichts seiner Symptomatik und fehlender tragender Sozialbeziehungen und Perspektiven entschließen konnte. Er wurde in die Psychotherapieabteilung eines Krankenhauses verlegt und blieb dort 4 Monate stationär, danach noch 2 Jahre in ambulant durchgeführter Gruppentherapie.

➤ **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F 60.31)**

Fallbeispiel 11.3

Anamnese: Eine 65jährige Frau kommt zur Begutachtung und berichtet, dass sie seit vielen Jahren unter Depressionen und Gefühlen tiefer Hoffnungslosigkeit, verbunden mit Schlaflosigkeit, leide. Sie habe keinerlei zwischenmenschliche Kontakte und fühle sich bei Entfernung aus ihrer



Wohnung unwohl, habe Angst vor anderen Menschen, könne es in dunklen Gängen und engen Räumen nicht aushalten, da diese Bilder aus der Zeit ihrer Inhaftierung in ihr wachrufen würden. Sie verträgt keine verschlossenen Türen, kann nicht eingesperrt sein, nicht unter die Dusche gehen oder sich röntgen lassen, da diese Orte Erinnerungen an ihre Haftzeit wachrufen und sie befürchten lassen, vergast zu werden bzw. zum Schafott geführt zu werden. Sie habe sich immer mehr und mehr zurückgezogen, sei misstrauisch, da die Geheimpolizei auch hier noch ihre Machtmöglichkeiten habe.

Symptome: Die Symptomatik begann nach Verfolgung und Inhaftierung durch das polizeistaatliche System, in dem sie lebte. Sie schildert, dass sie während der Haftzeit insbesondere psychischer Folter ausgesetzt gewesen sei; so habe es brutale Verhöre gegeben. Ferner sei sie in ihrer Zelle ständig beobachtet worden, wurde Schlafentzug ausgesetzt, z. B. über Lichtquellen, die immer an- und ausgingen. Beim Verlassen der Zelle musste sie die Hände auf dem Rücken halten, was ihr das Gefühl vermittelt habe, zum Schafott gehen zu müssen. Außerdem musste sie gegen ihren Willen viele Psychopharmaka einnehmen. Auch nach dem Ende der Inhaftierung wurde sie weiter unter Druck gesetzt und politisch bespitzelt. Auch die Ausreisemöglichkeit in ein freiheitlich demokratisches Land habe an der beschriebenen Symptomatik nichts geändert. Immer wieder kämen die Erinnerungen in ihr hoch.

Auch in der Begutachtungssituation ist die Frau außerordentlich misstrauisch, hinterfragt jedes Interesse an ihr, ist unruhig, und zwar insbesondere über die Enge des Raumes und die verschlossene Tür. Die Fragen des Gutachters erlebt sie als Tortur. Immer wieder wird die Gesprächssituation durch sie unterbrochen mit der Sorge, sie solle nur ausgehört werden, so wie das bei der politischen Polizei damals auch gewesen sei. Immer wieder phantasiert sie dabei auch Abhörsituationen, kann sich jedoch bei direkter Konfrontation davon innerlich distanzieren.

➤ **Diagnose:** Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0).

12 Psychosomatische Störungen

12.1 Allgemeine Psychosomatik – 212

12.2 Spezielle Psychosomatik – 213

12.2.1 Essstörungen (F 50) – 213

12.2.2 Nicht-organische Schlafstörungen (F 51) – 216

12.2.3 Somatisierungsstörung (F 45.0) – 219

12.2.4 Somatoforme autonome
Funktionsstörung (F 45.3) – 220

12.2.5 Anhaltende somatoforme
Schmerzstörung (F 45.4) – 220

12.3 Spezielle Aspekte – 220

12.3.1 Organische Krankheiten mit möglichem
psychosozialen Hintergrund – 220

12.3.2 Somatopsychische Störungen – 221

12.4 Therapiemöglichkeiten in der Psychosomatik – 222

Vorbemerkung: Psychosomatische Störungen werden nicht regelhaft in der Psychiatrie, sondern stationär in Kliniken/Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Universitäten, Allgemeinkrankenhäusern und speziellen Fachkliniken, ambulant in erster Linie von Psychotherapeuten behandelt. In der psychiatrischen Versorgung spielen nur bestimmte Erkrankungen dieses Formenkreises von Fall zu Fall eine Rolle und werden deshalb hier mit aufgeführt. Eine Systematik psychosomatischer Krankheiten findet sich u. a. bei Klußmann (2002)¹.

12.1 Allgemeine Psychosomatik

Definition: Psychosomatische Medizin beinhaltet die Erforschung der Wechselwirkungen zwischen körperlichen oder körperlich erscheinenden, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung, im Verlauf und bei der Bewältigung von krankheitswertigen Störungen.

Diagnostik:

- immer erst mögliche organische Genese der Beschwerden klären (aber häufig bereits in der Vorgeschichte psychosomatischer Patienten »Überdiagnostik« mit der Gefahr der Organisierung und Chronifizierung der Beschwerden); die geklagten Symptome können auch psychische Reaktionen auf eine primär körperliche Erkrankung sein (somatopsychische Reaktion); auch an alexithyme Patienten denken, die ihre Gefühle nicht oder kaum wahrnehmen und beschreiben können
- Anamneseerhebung i. S. des bio-psycho-sozialen Modells (Beachtung und Exploration von Wechselwirkungen zwischen Körper, Seele und Umwelt)

Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung:

- auch nach organischer Ausschluss-Diagnostik Würdigung der somatisch erlebten Beschwerden des Patienten als subjektiv real erlebte Symptomatik, d. h. den Patienten als Kranken annehmen!
- Versuch der »Übersetzung« der psychosomatischen Beschwerden durch vertiefte Exploration aktueller und lebensgeschichtlicher Problemkonstel-

¹ Klußmann R (2002) Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

12.2 · Spezielle Psychosomatik

lationen und behutsame Herstellung möglicher Zusammenhänge zwischen Konflikten und Symptomen

- bei psychosomatischen Patienten besteht häufig auch durch Chronifizierung der Beschwerden und Überdiagnostik eine starke **Abwehr** gegenüber einer psychogenen Zugangsweise; hier ist Geduld des Arztes gefordert; der Behandler muss auch bedenken, dass Patienten enttäuscht und auch beschämt sein können, wenn nichts Organisches zur Erklärung der Beschwerden gefunden werden konnte; nicht selten sind sie auch in den langen Phasen der Vordiagnostik gekränkt worden (»Sie haben nichts!«)
- zur Würdigung der somatisch erlebten Beschwerden können die Psychotherapie begleitende physiotherapeutische Maßnahmen (z. B. Massagen) unterstützend und hilfreich sein

12.2 Spezielle Psychosomatik

12.2.1 Essstörungen (F 50)

Oberbegriff für verschiedene Formen gestörten Essverhaltens. Hauptformen: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie).

Anorexia nervosa (F 50.0)

Definition: Überwertige Idee, zu dick zu sein; Angst vor Gewichtszunahme; erheblicher Gewichtsverlust, herbeigeführt durch Reduktion der Nahrungszufuhr; Körpergewicht mindestens 15 % unter dem für Körpergröße und Alter zu erwartenden Normalgewicht. Bestimmung entweder nach Broca-Formel (Sollgewicht in kg gleich Körpergröße in cm minus 100 Variationsbreite 10–20 %) oder genauer mittels Quetelets-Index (Body Mass Index-BMI), der sich errechnet aus Körpergewicht in kg geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in m. Sollwerte 20.0 bis 25.0. Anorexia nervosa unter 17.5.

Vorkommen: Überwiegend bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; ca. 1 % der Frauen während der Adoleszenz (unter 0,1 % der Männer). Verhältnis Männer zu Frauen = 1:20. Familiäre Häufung.

Diagnose und Symptomatik: Klinische Merkmale sind leicht erkennbar: jugendliches Alter, tatsächliches Körpergewicht deutlich unter dem erwarteten,

ritualisierte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, Weglassen von Mahlzeiten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika, Körperschemastörung (Fehleinschätzung der eigenen gesunden Körpergrenzen), häufig Hyperaktivität (hohes Leistungsideal/Sport), Kontaktstörungen (Isolierung), geringer Leidensdruck.

Endokrine Störungen: Cortisolsekretion erhöht, LH- und GH-Ausschüttung erhöht, Amenorrhoe (oft sekundär); trockene Haut. Kachexie (unter 50 % des Sollgewichts: vitale Bedrohung!).

Zwei Unterformen:

- asketische (passive) Form der Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Erbrechen etc.)
- bulimische (aktive) Form der Anorexie mit Heißhungerattacken, Erbrechen, Abführen

Differentialdiagnose: Somatische Ursachen eines Gewichtsverlustes bei jungen Patienten (z. B. chronisch konsumierende Erkrankungen, Hirntumoren, Darmerkrankungen etc.).

Psychodynamische Faktoren: Störung der psychosexuellen Entwicklung, häufig Retardierung; ambivalente Einstellung zum eigenen Körper; Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle, auch Ablehnung von Sexualität; häufig gestörte Beziehung zu den primären Bezugspersonen (Mutter, Vater); evtl. auch Reaktion auf Essgewohnheiten innerhalb der Familie und Einstellungen/Verhaltensweisen gegenüber Nahrungsaufnahme im sozialen Umfeld.

Verlauf: Anorektische Reaktionen finden sich als vorübergehendes Erscheinungsmerkmal bei vielen Jugendlichen. Eine voll ausgeprägte Anorexie ist eine lebensbedrohliche Erkrankung (ca. 10 % Mortalität), Chronifizierungsneigung bei etwa 40 % der Krankheitsfälle. Einige Patienten können einen Symptomwechsel durchmachen (z. B. Medikamentensucht). Somatische Komplikationen können vital bedrohlich werden, gelegentlich finden sich auch Psychosen und Suizid.

Therapie: Verschiedene Formen von Psychotherapie stehen im Vordergrund der Therapie, zusätzlich sorgfältige Beobachtung des somatischen Zustandes und Kontrolle der Laborparameter und des Gewichtes. In vital bedrohlichen Fällen Sondenernährung.

➤ **Bulimia nervosa (F 50.0)**

Definition: Häufige Anfälle von Heißhunger mit großer Nahrungsaufnahme (»Fressanfälle«) mit konsekutivem, selbst herbeigeführtem Erbrechen.

Synonym: Ess-Brech-Sucht.

Vorkommen: Überwiegend bei jüngeren Frauen zwischen 20 und 30 Jahren (ca. 95 % Frauen-Anteil bei dieser Erkrankung), etwa 1–5 % der weiblichen Bevölkerung.

Diagnose und Symptomatik: Fressattacken mit Gier nach Nahrung, ständige Beschäftigung mit Essen, selbst induziertes Erbrechen, ausgeprägte Angst, zu dick zu sein; Folge: Setzen einer scharf definierten Gewichtsgrenze. Zeitweilig Diät, Verwendung von Laxantien und Diuretika. Verheimlichungstendenzen. Gelegentlich: depressive Verstimmungen, Selbstbeschädigungen, Suizidversuche, Amenorrhoe. Nach Fressanfällen häufig depressive Verarbeitung mit Schuld- und Schamgefühlen, öfter mehr Krankheitseinsicht und Leidensdruck als bei Anorexie.

Mögliche medizinische Komplikationen: Zahnschmelzabbau, Karies, Parotitis, Oesophagitis, Elektrolytstörungen (Hypokaliämie).

Differentialdiagnose: Störungen des oberen Gastrointestinaltraktes mit wiederholtem Erbrechen; organische Hirnstörungen z. B. traumatisch; Persönlichkeitsstörungen.

Psychodynamische Faktoren: Narzisstische Spannungen mit Gefühlen innerer Leere; Suche nach Geborgenheit und Selbstwertgefühl; Problematik der Akzeptanz der eigenen Geschlechtsrolle bzw. der eigenen Attraktivität; unbewusste Fixierung an gesellschaftliche Schönheitsideale; orale Grundstörung.

Verlauf: Keine vital bedrohliche Erkrankung wie die Anorexia nervosa, Störung kann ebenfalls chronifizieren.

Therapie: Verschiedene Formen von Psychotherapie (z. B. analytisch orientiert oder Verhaltenstherapie); auch Selbsthilfegruppen (z. B. OA = Overeaters Anonymous).

➤ Adipositas (E 66.0)

Definition: Adipositas (Übergewicht, Fettsucht) liegt vor, wenn das Idealgewicht um 30 % überschritten ist (BMI > 30).

Vorkommen: Übergewicht bei mehr als 50 % der über 40 Jahre alten Einwohner der Bundesrepublik; häufiger bei Frauen als bei Männern, häufiger in unteren sozialen Schichten.

Diagnose und Symptomatik: Fetteinlagerung durch übermäßige Kalorienzufuhr (z. B. zu viel essen, naschen, Alkohol etc.); zusätzlich häufig Bewegungsmangel.

Mögliche medizinische Komplikationen: Hypertonie, Diabetes mellitus, Arteriosklerose, Fettstoffwechselstörung. Multiple andere körperliche Beschwerden.

Unterform: Binge-Eating-Störung (F 50.4): Essanfälle mit Kontrollverlust. Vorkommen bei ca. 20–50 % der Übergewichtigen.

Psychodynamische Faktoren: Unlust, Spannungen, Kränkungen, Enttäuschungen, Frustration, diverse affektive Dysbalancen (z. B. Angst, Depressivität).

12

Verlauf: Signifikante Verkürzung der Lebenszeit durch Folgeerkrankungen.

Therapie: Verhaltenstherapeutische und/oder psychodynamische Ansätze; Diätberatung; Sport; Selbsthilfegruppen (overeaters anonymus).

Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F 50.4)

Emotional besonders belastende Ereignisse (z. B. Verluste, Unfälle, Operationen) können von einem »reaktiven Übergewicht« gefolgt sein.

Übergewicht kann auch in Verbindung mit einer lange dauernden Behandlung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka auftreten.

Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F 50.0)

Wiederholtes Erbrechen kann Ausdruck folgender Störungen sein: hysterische (dissoziative) Störungen, hypochondrische Störungen, Erbrechen in der Schwangerschaft bei emotionalen Konflikten. Diese Formen des Erbrechens können auch als »psychogenes« Erbrechen gekennzeichnet werden.

12.2.2 Nicht-organische Schlafstörungen (F 51)

Definition: Schlafstörungen, bei denen emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen. Schlafstörung kann Symptom einer anderen psychischen oder auch körperlichen Erkrankung sein. Man unterscheidet zwischen Dys-somnien (Insomnie, Hypersomnie, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) und Parasomnien (Schlafwandeln, Pavor nocturnus, Alpträume).

➤ Nicht-organische Insomnie (F 51.0)

Schlafstörung mit einer ungenügenden Dauer oder Qualität des Schlafes, die über einen beträchtlichen Zeitraum bestehen bleibt. Häufig geklagte **Symptome:** Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen. Entwicklung einer Insomnie häufig in zeitlichem Zusammenhang mit gravierenden Belastungen im aktuellen Leben des Betroffenen. Störung tritt gehäuft auf bei Frauen, älteren Menschen, psychisch gestörten und sozioökonomisch benachteiligten Personen. Störung führt häufig zur Angst vor Schlaflosigkeit und einer ständigen Beschäftigung mit deren Konsequenzen (Circulus vitiosus).

Subjektive Konsequenzen dieser Schlafstörung können sein: Ängstlichkeit, Anspannung, Depressivität, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsmangel; Gefahr der Bekämpfung mit Alkohol und/oder Medikamenten.

Differentialdiagnostisch ist zu bedenken, dass Insomnie ein häufiges Symptom anderer psychischer Störungen ist (z. B. affektiver, neurotischer, organischer, schizophrener Störungen etc.). Die Diagnose »nicht-organische Insomnie« sollte nur gestellt werden, wenn die Klagen über Schlafdauer und -qualität die einzige Symptomatik des Patienten darstellen. Die zugrundeliegenden möglichen emotionalen Konflikte sind zu explorieren.

Nicht-organische Hypersomnie (F 51.1)

Zustand exzessiver Schläfrigkeit während des Tages mit Schlafanfällen, die nicht durch eine unzureichende Schlafdauer erklärbar sind; auch als verlängerte Übergangszeiten vom Aufwachen aus dem Schlaf bis zum völligen Wachsein. Diese Schlafstörung ist häufig mit psychischen Störungen verbunden, vor allem Depressionen bzw. Dysthymia.

Differentialdiagnostisch ist an Narkolepsie zu denken (bei der Narkolepsie sind ein oder mehrere zusätzliche Symptome vorhanden, wie z. B. Wachanfälle, affektiver Tonusverlust (Kataplexie), gehäufte REM-Schlafphasen und hypnagogische Halluzinationen). Ferner Hypersomnie bei Schlafapnoe und andere organische Hypersomnien. Hypersomnie kann auch Folge einer definierbaren organischen Ursache (z. B. Enzephalitis, Commotio cerebri und andere Hirnschädigungen) sein.

Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F 51.2)

Mangel an Synchronizität zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünschten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung. Folge: Klagen über Schlaflosigkeit und Hypersomnie. Störung kann psychogenen oder auch möglicherweise organischen Ursprungs sein. Eine meist vorübergehende Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann sich ergeben aus Schichtwechselarbeit und als Folge von Reisen über Zeitzonen hinweg. Folge dieser Störung für die betroffene Person: Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode.

Die **Diagnose** »nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus« sollte nur verwendet werden, wenn keine psychiatrische oder körperliche Ursache der Störung gefunden wird.

12

Schlafwandeln (Somnambulismus) (F 51.3)

Zustand veränderter Bewusstseinslage, in dem Phänomene von Schlaf und Wachsein kombiniert sind. Patient verlässt meist im ersten Nachtdrittel während des Schlafwandeln das Bett, geht mit starrem Gesichtsausdruck umher, zeigt eine niedrige Schwelle des Bewusstseins, der Reaktivität und motorischer Fähigkeiten; nur schwer ansprechbar. Verletzungsgefährdung. Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Schlafwandeln mehr. Die Störung tritt gehäuft in der Kindheit auf und kann mit einer organischen (z. B. infektiös-fiebrigen) Erkrankung zusammenfallen.

Differentialdiagnostisch: Abgrenzung von psychomotorischen epileptischen Anfällen; ferner dissoziative Störung.

Pavor nocturnus (F 51.4)

Nächtliche Episoden äußerster Furcht und Panik mit heftigem Schreien, Bewegungen und starker autonomer Erregung. Die betroffene Person setzt sich oder

steht mit einem Panikschrei meist während des ersten Drittels des Nachtschlafes auf. Nach dem Erwachen meist Amnesie für die Episode.

Aufgrund der vielen Ähnlichkeiten mit dem Schlafwandeln betrachtet man diese beiden Zustandsbilder als Teil eines gleichen nosologischen Kontinuums, bei dem genetische, entwicklungsbedingte, organische und psychologische Faktoren zusammenspielen.

Differentialdiagnostisch ist der Pavor nocturnus von Alpträumen und epileptischen Anfällen zu differenzieren.

Alpträume (Angsträume) (F 51.5)

Traumerleben – meist in der zweiten Nachthälfte – voller Angst und Furcht mit sehr detaillierter Erinnerung an den Trauminhalt. Sehr lebhaftes Traumerleben. Trauminhalt: Bedrohung von Leben, Sicherheit und Selbstgefühl. Tendenz zur Wiederholung derselben oder ähnlicher Alptraumthemen.

In der Kindheit könnten Alpträume zu einer spezifischen Phase der emotionalen Entwicklung gehören. Bei Erwachsenen sind häufig Persönlichkeitsstörungen, aber auch gravierende längeranhaltende Belastungen Hintergrund des Auftretens.

Therapie bei nicht-organischen Schlafstörungen

Ärztliches Gespräch, je nach Lage des Einzelfalles Krisenintervention oder verschiedene Formen und Methoden von Psychotherapie. Gegebenenfalls kurzfristige psychopharmakologische Unterstützung.

Differentialdiagnose: Von den nichtorganischen Schlafstörungen sind die organischen abzutrennen: Hypersomnien bei Kline-Levin-Syndrom, bei Narkolepsie (mit imperativen Schlafattacken, kataplektischen Anfällen (Kataplexie), Schlafähmung und hypnagogen Halluzinationen) und bei periodischen Myoklonien oder »restless-legs«-Syndrom. Hypsomnien z. B. bei Schlafapnoe-Syndrom.

12.2.3 Somatisierungsstörung (F 45.0)

Störung, bei der multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome charakteristisch sind; die Symptome bestehen meist bereits

seit einigen Jahren. Häufig haben die entsprechenden Patienten eine Patientenkarriere hinter sich (viele negative Untersuchungen, evtl. auch ergebnislose Operationen). Symptome können auf einen Körperteil oder das gesamte Körpersystem bezogen sein. Häufige Klagen beziehen sich auf Magen und Darm (z. B. Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit) und auf die Haut (z. B. Jucken, Brennen, Taubheitsgefühle). Ferner auch sexuelle und menstruelle Störungen.

Psychisch können Ängste und Depressionen mit der Somatisierungsstörung verbunden sein und bedürfen dann einer spezifischen Behandlung.

Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter, ist häufiger bei Frauen als bei Männern.

Verlauf: Chronisch fluktuierend, verbunden mit längerdauernder Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens.

Missbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten findet sich häufig, nicht selten iatrogen gefördert.

Synonyma: Funktionelles Syndrom.

Differentialdiagnostisch ist an diverse körperliche Störungen zu denken; ferner auch an die hypochondrische Störung (F 45.2, ► Kap. 9.2.6).

12

Therapie: Sie entspricht der Therapie bei nicht-organischen Schlafstörungen.

12.2.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)

Die Schilderung der Symptome durch den Patienten geschieht so, als beruhten diese auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird (z. B. kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorisches System), ohne dass eine körperliche Erkrankung nachweisbar wäre. Sowohl vegetative Symptome z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern wie wechselnde subjektive Beschwerden, z. B. Druck, Brennen, flüchtige Schmerzen. Klinische Bezeichnungen für diesen Symptomenkomplex können z. B. sein: Herzneurose, psychogene Hyperventilation, Magenneurose etc.

Psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Lebensprobleme finden sich bei Patienten mit dieser Störung häufig.

12.2.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)

Anhaltender schwerer Schmerz in einem Körperteil (z. B. Kopf oder Rücken), der pathophysiologisch nicht vollständig zu erklären ist; Verbindung zu emotionalen Konflikten oder zu Belastungen; Dauer mindestens 6 Monate.

12.3 Spezielle Aspekte

12.3.1 Organische Krankheiten mit möglichem psychosozialen Hintergrund

Bei einer Reihe von Krankheiten mit Organmanifestation können psychosoziale Faktoren in unterschiedlich ausgeprägter Weise mit verursachend sein.

Beispiele:

- Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt. Möglicher psychosozialer Hintergrund: ungesunde Lebensführung (z. B. Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht), (Dauer-) Stress i. S. chronischer Belastungen
- Essenzielle Hypertonie: neben möglichen genetischen Faktoren können anhaltende Ängste/Anspannungen/Ärger und Feindseligkeit/insgesamt Stressbelastungen mit verursachend sein
- Asthma bronchiale: multifaktorielle Genese, bei der u. a. auch psychische Faktoren eine Rolle spielen können
- Ulcus ventriculi und duodeni: Alleinverursachungsthese (*Helicobacter pylori*) fraglich. Psychosoziale Faktoren können über vegetative Steuerungsmechanismen zusätzlich auslösend sein (unterschiedliche Stressbelastungen, z. B. durch Leistung/Ehrgeiz/Aufstieg)
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn): Ätiopathogenese nicht geklärt; primär psychosomatische Ätiologie eher unwahrscheinlich. Mögliche psychosoziale Faktoren: aggressive Gehemmtheiten, Ängste, Konfliktvermeidung, Trennungsängste
- Chronische Polyarthrit: Reaktive psychische Störungen, z. B. auf anhaltendes Schmerzerleben, möglich (z. B. depressive Verstimmung)
- Fibromyalgie-Syndrom (»Weichteilrheumatismus«): Psychosoziale Faktoren bedeutsam (z. B. Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch)

- Neurodermitis (atopisches Ekzem) und chronische Urtikaria: genetische Faktoren belegt; psychische Faktoren, z. B. Stress und Alltagsbelastungen, können Auslöser von Schüben sein. Schamgefühle durch Sichtbarkeit der Erkrankung; autodestruktives Verhalten durch exzessives Kratzen

12.3.2 Somatopsychische Störungen

Dabei handelt es sich um die psychischen Folgen und Verarbeitungsmechanismen von Krankheiten und Verletzungen (in der somatischen Medizin häufig als »psychische Überlagerung« bezeichnet).

Beispiele:

Erlebens- und Verarbeitungsmodi schwerer lebensbedrohender Erkrankungen (z. B. Krebs, Aids, chronische Niereninsuffizienz mit Dialyseabhängigkeit, Hepatitis C).

Mögliche psychische Folgen:

- Akute Belastungsreaktion (F 43.0)
- Anpassungsstörung (F 43.2)
- Affektive Störungen (z. B. depressive Episode, F 32)
- Angststörungen (z. B. Angst und depressive Störung gemischt, F 41.2)
- Suizidalität

Für die Art der Verarbeitung spielen die vorhandenen Coping-Mechanismen eine entscheidende Rolle.

Aus den genannten Störungen ergibt sich ein psychosozialer Betreuungsbedarf parallel zur somatischen Behandlung (beispielhaft: psycho-onkologische Betreuung); ggf. auch Techniken der Krisenintervention und spezifische psychotherapeutische Interventionen (im Einzel- oder Gruppen-Setting).

Psychosoziale und ggf. psychosomatisch-psychotherapeutische Begleitung auch bei Transplantations-Patienten wichtig!

12.4 Therapiemöglichkeiten in der Psychosomatik

Grundsätzlich bei psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne gleiche Indikationskriterien wie z. B. bei neurotischen Störungen; ambulante oder stationäre Therapiemöglichkeiten.

Bei psychosomatischen Patienten ist wegen ihrer häufigen Fixierung auf subjektive organische Erklärungsmodelle für die beklagten Symptome und der daraus resultierenden Abwehr besonderen Wert zu legen auf

- Erklärungen psychosomatischer Zusammenhänge
- Motivationsarbeit im Hinblick auf eine indizierte Psychotherapie

Neben den Möglichkeiten der Psychotherapie im engeren Sinne (► Kap. 17) bieten sich alternativ auch noch andere Zugangsmöglichkeiten an:

- **supportive Psychotherapie:** stützendes, nicht-konfrontierendes Vorgehen, Handlungsanweisungen und Hilfen zur Lebensbewältigung im Hier und Jetzt; auch beratende, ermutigende, suggestive Haltung des Therapeuten. Geeignetes Vorgehen bei Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen (z. B. strukturelle Defizite, mangelnde intellektuelle Fähigkeiten) von den üblichen psychotherapeutischen Methoden nicht profitieren können
- **Psychosomatische Grundversorgung:** psychologische Basiskompetenz in der allgemeinärztlichen bzw. primär organmedizinischen Praxis im Sinne einer allgemeinen Psychotherapie in der Primärversorgung
Indikation: Erkrankungen, bei denen seelische Faktoren maßgeblich beteiligt sind.
Inhalte: ärztlich-psychotherapeutisches Gespräch; Beratung und Führung des Patienten; stützende Psychotherapie; ggf. Anwendung übender Verfahren wie z. B. autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation.

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist die Psychosomatische Grundversorgung inzwischen Pflichtkurs für den Facharzt für »Innere Medizin und Allgemeinmedizin« (Hausarzt) und für den Facharzt »Frauenheilkunde und Geburtshilfe«. Die Qualifikation in Psychosomatischer Grundversorgung kann aber von allen Fachdisziplinen auf Fortbildungsveranstaltungen erworben werden.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 12.1

Anamnese: Eine 23jährige Studentin sucht die psychosomatische Ambulanz auf und klagt über eine seit 3 Jahren bestehende Essstörung: Sie leide unter Anfällen von Heißhunger, könne dann den ganzen Kühlschrank ausräumen und die enthaltenen Lebensmittel wahllos in sich »hineinschlingen«. Danach komme Ekel in ihr auf, sodass sie dann das Erbrechen selbst induziere, indem sie einen Finger tief in den Hals stecke.

Zum psychologischen Hintergrund war zu erfahren, dass die Patientin sich von ihrer übergewichtigen Mutter, von der sie als Kind und Pubertierende auch stets in rigider Weise zum Essen angehalten worden war, abgestoßen fühlte und dabei Angst hatte, dass sie die Anlage zum Übergewicht von ihr »geerbt« haben könnte. Die aktuelle Esssymptomatik entwickelte sich, als die Patientin nach dem Abitur von zu Hause auszog und für sich allein sorgen (sich allein ernähren) musste.

Die äußerlich unauffällig wirkende, normalgewichtige Patientin fühlte sich außerdem durch eine Studienfreundin unter Druck gesetzt, die einen »Schlankheitswahn« habe und gemeinsam mit ihr bewirken wolle, dass beide mindestens 10 Kilogramm unter dem Normalgewicht erreichten.

Therapie: Der erhebliche Leidensdruck der Studentin führte zunächst zu einer stationären psychosomatischen Behandlung von 8 Wochen und danach zu einer 2^{1/2} jährigen ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung.

➤ **Diagnose:** Bulimia nervosa (F 50.2).

Fallbeispiel 12.2

Anamnese: Ein 54jähriger kaufmännischer Angestellter in leitender Position in der Werbebranche sucht einen niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten auf, weil er massive Schlafstörungen hat, die ihn »völlig aufreiben«: Seit einigen Wochen habe er sowohl Probleme beim Ein- als auch beim Durchschlafen, liege nachts oft wach, sei unruhig, grübele viel und sei am Morgen, wenn der Wecker läute, wie zerschlagen.



Zum Hintergrund war zu erfahren, dass ein Chefwechsel in seiner Firma stattgefunden hatte und dass die nachfolgende Führungsgeneration »mit Ellenbogen« gegen viele langjährige Beschäftigte vorgegangen sei. Manche von denen seien auch schon gekündigt worden. Er selbst werde seitdem umgangen, indem wichtige Entscheidungen, die seinen Verantwortungsbereich beträfen, an ihm vorbei getroffen würden. Man habe ihm zwar von Seiten der Geschäftsführung bedeutet, dass er mit einer Kündigung nicht zu rechnen habe, de facto sei er aber weitgehend entmachtet worden und fühle sich eigentlich überflüssig.

Der Patient, für den seine Arbeit einen zentralen Stellenwert in seinem Leben einnahm, war zutiefst über die Veränderungen in seinem Arbeitsbereich und über den Mangel an Wertschätzung seiner Person verunsichert. Die Schlafstörungen waren Symptom dieser tiefgreifenden Irritation.

Therapie: In einer Kurzpsychotherapie von 18 Stunden in Kombination mit einer vorübergehenden Schlafmedikation war eine gewisse Beruhigung und Besserung des Schlafs zu erreichen. Wie eine Einjahreskatamnese zeigte, hielt die Verunsicherung aber noch ein gutes halbes Jahr an, begleitet von dann milder ausgeprägten Schlafstörungen.

➤ **Diagnose:** Nicht-organische Insomnie (F 51.0).

Fallbeispiel 12.3

Anamnese: Eine 36jährige Frau, verheiratet, 3 Kinder, entdeckt während eines Urlaubs eine Verhärtung in ihrer linken Brust. Stark beunruhigt bricht sie den Urlaub ab und unterzieht sich einer Mammographie. Der sich daraus ergebende Karzinomverdacht wird bioptisch bestätigt. Lymphknotenbefall ist nicht nachweisbar. Die Patientin wird Brust erhaltend operiert und chemotherapiert.

Symptome: Schon vor der OP entwickelt die Patientin Zustände von Angst und Unruhe mit Schlafstörungen. Postoperativ und während der Chemotherapie entwickelt sich Suizidalität, sodass ein stationärer Aufenthalt in der Kriseninterventionseinheit einer psychosomatischen Klinik erforderlich wird.



Therapie: Psychotherapeutische Krisenintervention unter Einbeziehung des Partners. Zusätzlich vorübergehend antidepressive Medikation und Schlafmedikation. Während der stationären Behandlung werden tiefer liegende Ängste sichtbar, die bis in die Kindheit der Patientin zurückreichen, sodass eine ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung empfohlen wird.

➤ **Diagnose:** Akute Belastungsreaktion (F 43.0) bei Mamma-Karzinom (C 50.1).

13 Sexualstörungen

13.1 Allgemeiner Teil – 228

13.2 Ungestörte Sexualität – 228

13.3 Sexuelle Funktionsstörungen (F 52) – 229

**13.4 Störungen der sexuellen Orientierung
und der Geschlechtsidentität – 231**

13.4.1 Homosexualität – 231

13.4.2 Heterosexualität – 232

13.4.3 Transsexualismus (Transsexualität) (F 64.0) – 232

**13.5 Sexuelle Abweichungen/Störungen der Sexual-
präferenz (Deviationen, Perversionen, Paraphilie)
(F 65) – 233**

13.1 Allgemeiner Teil

Definition: Zu den »Sexualstörungen« werden sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsrolle sowie sexuelle Abweichungen gerechnet.

Sexualanamnese: Diese unterbleibt häufig aus Scheu (auf Seiten des Patienten wie des Untersuchers) vor dem Gespräch über Sexualität, obwohl sehr viele Patienten gerne darüber sprächen, wenn der Arzt dazu bereit wäre.

Im Gespräch Takt, Verständnis und zugewandte Neutralität; keine Selbstoffenbarung des Arztes, aber Vertrautsein mit der Problematik spüren lassen! Beachtung der Sprache: weder wissenschaftlich-abstrakte Begriffe, noch Vulgärsprache! Besprechungspunkte der Anamnese (nicht nur Sexualität, sondern auch damit verbundene emotionale Bereiche, z. B. Zärtlichkeit in der Ursprungsfamilie oder Stellenwert der Körperlichkeit):

- sexuelle Entwicklung in der Kindheit
- frühe sexuelle Identifizierung
- Geschlechtsrolle (Akzeptanz, Ablehnung; Homosexualität)
- Richtung der Partnerwahl (Träume, Phantasien)
- Partnerbeziehungen (nicht nur nach Sexualität fragen!)
- sexuelle Konflikte und Krisen
- Initiativen und Abwehr in der Partnerschaft
- gegenwärtige Beziehungen (Partner, Koitus, Masturbation)

13.2 Ungestörte Sexualität

Sexueller Reaktionszyklus nach Masters u. Johnson (1973) in Phasen:

- **Erregungsphase:** Stimulierung physiologischer Reaktionen, vorwiegend parasympathisch
 - beim Mann: Erektion
 - bei der Frau: Lubrikation
- **Plateauphase:** zunehmende Vasokongestion
- **Orgasmusphase:**
 - beim Mann: Emission und Ejakulation, vorwiegend sympathisch



13.3 · Sexuelle Funktionsstörungen

- bei der Frau: Auslösung direkt oder indirekt (vaginal) klitoridal; multiple Orgasmen möglich
 - **Rückbildungsphase:**
 - beim Mann: Penisabschwellung
 - bei der Frau: z. B. rasche Abschwellung der Areolae mammae
- Masters WH, Johnson VE (1973) Impotenz und Anorgasmie. Stahlberg, Frankfurt a. M.

Sexualverhalten (wesentlich durch kultur- und zeitbedingte Normen geprägt) laut Befragungen in BRD:

- Menarche durchschnittlich mit 13 Jahren
- erste Ejakulation durchschnittlich mit 14 Jahren
- erster Koitus durchschnittlich mit 18 Jahren (auch abhängig von Sozial-schicht)
- erster Orgasmus bei Frauen ca. 3 Jahre nach erstem Koitus (oft ohne sich durch den fehlenden Orgasmus gestört zu fühlen)
- gleichzeitiger Orgasmus der Partner bei nur ca. 25 % (beim Mann meist früher)
- Koitushäufigkeit sehr variabel, Altersunterschiede: im Alter bei beiden Geschlechtern zwar Abnahme sexueller Aktivität, aber grundsätzlich befriedigende Sexualkontakte bis ins höchste Alter möglich
- Masturbation bei 90 % der Männer (vorwiegend Jugendlichen), bei etwa 50 % der Frauen Masturbationserfahrungen

13.3 Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)

Allgemein: Störungen im Ablauf des sexuellen Funktionsgeschehens: Funktionsstörungen der Lust/Appetenz-, der Erregungs-, der Orgasmus- oder der Rückbildungsphase. Häufig, oft aber larviert durch andere Symptome (Depression, Angst, körperliche Funktionsstörungen), die Ursache aber auch Folge der Störung sein können.

Ätiologie: Multikausale Verursachung möglich (durch Sexualanamnese zu ermitteln).

- *psychogene Ursachen* (am häufigsten): Angst vor Genitalverletzung, vor Schwangerschaft, vor venerischen Infektionen (AIDS!); sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte. Aversion gegen den Partner, sexuelle Leistungsprobleme. Oft Kontakt- und Bindungsangst; Erwartungsangst bei Unerfahrenen; Gefühl von Niederlagen durch missglückte sexuelle Kontaktversuche; Erlebnis der Minderwertigkeit; im Regelfall beide Partner an der Genese beteiligt
- *organische und sonstige Ursachen*: z. B. Diabetes mellitus, Einnahme von Medikamenten (dämpfende Neuroleptika, z. B. Thioridazin oder Antidepressiva, ferner β -Blocker, ACE-Hemmer, Lithium, Carbamazepin, Levodopa u. a.) oder Alkohol; endogene Depression

Symptome/Formen beim Mann:

- *Alibidimie* (fehlendes sexuelles Bedürfnis) primär (oft somatische Verursachung) und sekundär
- *Erektionsstörungen* (Impotentia coeundi): mangelhafte oder zu kurz dauernde Versteifung des Penis. Primäre Impotenz oft psychogen, sekundäre oft somatisch verursacht. Früher war damit auch in allen Fällen Impotentia generandi verbunden (gegenwärtig häufigste Ursache für die Impotentia generandi: Störung der Spermiogenese)
- *Ejakulationsstörungen*: vorzeitiger Samenerguss (Ejaculatio praecox) bei fehlender Kontrolle oder verzögerter Samenerguss (Ejaculatio retardata) bei übermäßiger Kontrolle des Erlebens
- *Satisfaktionsstörungen* (Impotentia satisfactionis): bei Ejakulation ohne Orgasmus, aber auch nach stattgefundenem Orgasmus Auftreten von Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verstimmungen etc.
- ➤ *Dyspareunie, Algopareunie* (Überempfindlichkeit und Schmerzen bei Sexualverkehr)

Symptome/Formen bei der Frau:

- *Alibidimie*: mangelnde Ansprechbarkeit, fehlende sexuelle Appetenz und Reagibilität (Ausbleiben der vaginalen Erregung und Lubrikation)
- *Orgasmusstörungen*: bei Stimulierbarkeit und sexueller Erregung Ausbleiben des Orgasmus; unterschiedliche Orgasmusschwelle und -störbarkeit; unterschiedliche Lernerfahrungen. Tritt insbesondere bei jungen Frauen auf
- *Vaginismus*: erhöhte Spannung der Vaginal- und Beckenbodenmuskulatur. Unmöglichkeit der Immissio penis

13.4 · Störungen der sexuellen Orientierung

- larvierte Sexualstörungen: zahlreiche funktionelle Störungen, vor allem im Urogenitalbereich, als Ersatz oder Verstärkung direkter sexueller Abwehr (Abwehrfluor, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Miktionsstörungen, Pelvipathie, Rückenschmerzen, kalte Füße und Hände, ferner u. U. habitueller Abort, Hyperemesis gravidarum, Laktationsstörungen, Sterilität)
- *Dyspareunie* (► oben)

Therapie: Nach Klärung der Ätiologie mehrere Möglichkeiten, in der Regel unter Einbeziehung des Partners; gegenwärtig eine Fülle therapeutischer Möglichkeiten (Sigusch):

- in leichteren Fällen *Sexualberatung* (z. B. bei mangelhafter Aufklärung; Entlastung im ärztlichen Gespräch)
- *Sexualtherapie* nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien (Masters und Johnson): zunächst Abbau von Leistungsängsten, Koitusverbot, sodann Training der sexuellen Sensibilität und Erlebnisfähigkeit und schließlich Zulassung des nicht als Forderung erlebten Koitus; Paartherapie
- bei schweren neurotischen Entwicklungen *psychoanalytisch orientierte Therapie* (Bearbeitung des »neurotischen Vorfeldes«. Spontane Besserung der Sexualstörung möglich, oder später durch zusätzliche Sexualtherapie)

13.4 Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität

13.4.1 Homosexualität

Allgemein: Auf Menschen des eigenen Geschlechts gerichtetes sexuelles Erleben und Verhalten bei ungestörter Geschlechtsidentität. Bei männlichen Homosexuellen öfter Probleme der Partnerbindung (und Isolation) als bei weiblichen Homosexuellen. Zahlreiche Möglichkeiten des Erlebens. In vielen Fällen auch Zuwendung zu beiden Geschlechtern (Bisexualität).

Sexual-»Störung« (Orientierungsstörung) im psychiatrischen Sinne nur dann, wenn der Homosexuelle an seiner Sexualität oder deren Auswirkungen leidet: egodystone Homosexualität (F 66.11).

Formen:

- *Neigungshomosexualität* (genuine Homosexualität): nicht als psychische Störung, sondern als eigenständige Form sexueller Selbstverwirklichung und Partnerschaft zu betrachten. Behandlungsbedürftig nur im Zusammenhang mit durch die Homosexualität bedingten Problemen und Konflikten wie Isolierung (bei häufigem Partnerwechsel oder anonymer Triebbefriedigung oder bei gesellschaftlicher Isolierung homosexueller Paare) und Vereinsamung (Depressionen bei alternden Homosexuellen). Bei jüngeren Menschen häufig Probleme der Akzeptanz der Homosexualität (z. B. Familienkonflikte)
- *Entwicklungshomosexualität*: homosexuelle Durchgangsphase bei zahlreichen Jugendlichen (etwa $\frac{1}{3}$ der Männer), meist ohne Behandlungsnotwendigkeit
- *Hemmungshomosexualität*: bei infantil retardierten oder neurotischen, oft kontaktschwachen, selbstunsicheren Menschen mit Störungen in der sexuellen Entwicklung; (öfter bei Männern) auch mit pädophilen Neigungen. Indikation zur Psychotherapie im Einzelfall je nach Leidensdruck
- *Pseudohomosexualität*: keine eigentliche Homosexualität, sondern materielle Motivation zu homosexuellen Handlungen im Sinne männlicher Prostitution (Strichjunge). Öfter dissoziale Neigungen, so z. B. Erpressung von homosexuellen Kunden

13

13.4.2 Heterosexualität

Gesteigertes sexuelles Verlangen (Hypersexualismus) (F 66.20): Bei Bindungsunfähigkeit bzw. -angst als oft süchtige oder narzisstische Fehlhaltung; Surrogat für partnerbezogene Sexualität: krankhaft gesteigerter heterosexueller Geschlechtstrieb:

- Don-Juanismus bzw. Satyriasis bei Männern
- Nymphomanie bei Frauen

13.4.3 ➤ Transsexualismus (Transsexualität) (F 64.0)

Allgemein: Identifikation mit dem entgegengesetzten biologischen Geschlecht (»weibliche Seele im männlichen Körper«) und vice versa: keine Homosexua-

13.5 · Sexuelle Abweichungen

lität, sondern psychische Identitätsstörung des Geschlechts. Dem Betreffenden geht es um sich selbst. Häufig eher asexuelles Erleben. Unklare Ätiologie. Mit Bekanntwerden dieser Störung zunehmende Tendenz, insb. in Großstädten. Öfter Mann zu Frau als Frau zu Mann. Transsexualität ist zu unterscheiden vom Transvestitismus (als Deviation mit engen Beziehungen zum Fetischismus) (F 64.1).

Therapie: Frustrationen auf dem Weg zu gegengeschlechtlicher Rolle führen zu depressiven Reaktionen, Suizidversuchen, u. U. Selbstverstümmelung. Psychotherapieversuche mit dem Ziel der Beibehaltung des bisherigen Geschlechts in der Regel jedoch vergeblich.

Dem in den letzten Jahrzehnten häufig geäußerten Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung verbunden mit Vornamens- und Personenstandsänderung (vgl. Transsexuellen-Gesetz von 1980: Möglichkeit der Änderung von Personenstand und Vornamen) sollte (wenn überhaupt) frühestens nach mindestens einjähriger Probezeit (Alltagstest) in der gewünschten Geschlechtsrolle und Gabe von Sexualhormonen über 6 Monate nachgekommen werden.

Voraussetzung: Ärztliches Gutachten. – Transformationsoperation: bei Männern Penektomie, Kastration und Neovagina; bei Frauen Mastektomie, Ovar- und Hysterektomie. Klitoris mobilisierung.

Beim psychischen Hermaphroditismus dagegen keine Identifizierung mit einem der beiden Geschlechter.

13.5 Sexuelle Abweichungen/Störungen der Sexualpräferenz (Deviationen, Perversionen, Paraphilie) (F 65)

Allgemein: Alle Erlebens- und Verhaltensweisen zur Erlangung des Orgasmus als Triebziel (Befriedigung) durch suchthafte, zwanghafte, ritualisierte Praktiken: Abwandlung von Sexualakt und/oder Sexualpartner (Sexualobjekt); apersonale Sexualität mit abnormem Triebobjekt oder abnormer Triebrichtung. Einengung des Erlebnisbereichs: der (die, das) Andere ist Gegenstand der Praktik. Liebesunfähigkeit, Promiskuität, Anonymität, Vereinsamung. Sucht-artiger Charakter mit abnehmender Satisfaktion, Überwuchern von Phanta-

sien; Aggressivität gegenüber sich und anderen; die Deviation wird von der Person selbst häufig abgelehnt und als belastend erlebt, Sexualtrieb ist nicht im Einklang mit Gefühlen und Wertungen. Unterschiedliche Bewertung sexueller Abweichungen je nach kulturellem Kontext (häufig auch fließende Übergänge zum Normalen).

Beispiel: Im Laufe der Geschichte auch religiös bedingte unterschiedliche Bewertung der Masturbation (Onanie, »Selbstbefleckung«) mit unterschiedlichen Formen der Unterbindung (»Therapie«) bis hin zu chirurgischen oder orthopädischen Maßnahmen. Heutige Bewertung: nur bei zwanghaftem, suchtartigen Vollzug als Störung.

Ätiologie: Psychodynamisch als Ausdruck einer neurotischen Hemmung der psychosexuellen Entwicklung bzw. Regression auf frühere Entwicklungsstufen. Als Abwehrmechanismus vor reifer Sexualität bei Kastrations- und Selbstverlustangst.

Der Einfluss von Minderbegabung, hirnorganischen oder konstitutionellen Faktoren ist unklar; gehäuft bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen, z. B. dissozialer Persönlichkeit.

Therapie: Bei Leidensdruck Sexualberatung sowie verschiedene Psychotherapieverfahren. Bei *aggressiven Deviationen* und *Exhibitionismus* somatische Behandlung mittels temporärer hormoneller Kastration durch Kombination von Antiandrogen und Gestagen: Cyproteronazetat (Androcur®) 50–200 mg/die oder 300 mg Androcur®-Depot i. m. alle 1–4 Wochen. Effekt: Hemmung von Libido und Potenz; weitgehende Aufhebung der Spermiogenese. Effekt reversibel. In schwersten Fällen Diskussion stereotaktischer Ausschaltung des Nucleus ventromedialis des Hypothalamus.

Formen sexueller Abweichung

die Partner-/Objektwahl betreffend:

- **Pädophilie:** sexuelle Beziehungen zu Kindern beiderlei Geschlechts. Oft infantil retardierte Männer sowie minderbegabte und hirnorganisch veränderte alte Männer. Schädigung bei den Kindern je nach angewandeter Gewalt und Reaktion der Umgebung unterschiedlich
- **Päderastie** (Knabenliebe): homosexuelle Beziehung zu Knaben
- **Inzest:** sexuelle Beziehungen zwischen Verwandten 1. Grades (z. B. Vater-Tochter, Mutter-Sohn, unter Geschwistern sowie zwischen weiteren Ver-

wandten in aufsteigender Linie). Nach § 173 StGB mit Strafe bedroht (sog. Blutschande)

- **Sodomie:** geschlechtliche Handlungen mit Tieren (weiter gefasster Begriff: Zoophilie)
- **Nekrophilie:** geschlechtliche Handlungen mit Verstorbenen

die Sexualpraktiken betreffend:

- **Exhibitionismus:** Zeigen des männlichen Genitale vor Frauen und Mädchen (oft verbunden mit Masturbation). Selbstunsichere Täter, auch im heterosexuellen Kontakt. Lustgewinn durch erschreckte Reaktion der Zuschauerinnen. Häufig verheiratete Männer mittleren Alters, Neigung zu Rückfällen. Bestrafung nach § 183 StGB (Erregung öffentlichen Ärgernisses) möglich
- **Voyeurismus:** Zuschauen beim Sexualakt anderer; ähnlich pornographischen Bedürfnissen
- **Frotteurismus:** sexuelle Erregung bei genitaler Berührung von Frauen, z. B. in Menschenmengen, in überfüllten öffentlichen Verkehrsmitteln durch reibende Bewegungen, hierdurch Erektion und Orgasmus
- **Fetischismus:** sexuelle Erregung durch Kleidungsstücke (Unterwäsche, Schuhe, Strümpfe) oder sonstige Gegenstände von möglichen SexualpartnernInnen und damit verbundene Masturbation bzw. Ejakulation; u. U. vermehrter Lustgewinn durch Diebstahl der verwendeten Gegenstände. Substitution des Triebobjektes durch ein fetischistisches Symbol
- **Transvestitismus:** Erregung durch Tragen von Frauenkleidern (cross dressing) und Erleben der weiblichen Rolle mit Imitation der Frau; kann mit und ohne das Ziel des Orgasmus auftreten. Beziehungen zum Fetischismus
- **Sadismus und Masochismus:** in erster Linie Erlebensweisen, weniger spezielle Formen von Perversion; (Divide: moralischer (psychischer) Masochismus mit unbewusster Konstellation von Bestrafung, z. B. bei Depressionen)
- **Kleptomanie und Pyromanie:** u. U. auch Spielsucht können mit sexueller Erregung einhergehen
- **Erotophonie:** obszöne (anonyme) Telefonanrufe

Fallbeispiele

Fallbeispiel 13.1

Anamnese: In die Sexualambulanz der psychiatrischen Poliklinik kommt ein derzeit arbeitsloser 34-jähriger Mann. Er ist 192 cm groß und 115 kg schwer, trägt Frauenkleidung mit ausgestopftem BH, die Körperbehaarung ist z. T. rasiert. Er lebt teilweise, vor allem im privaten Bereich, in der Frauenrolle. Jetzt möchte er konkrete Schritte in Bezug auf die von ihm gewünschte Geschlechtsumwandlung – Mann zu Frau – unternehmen.

Er sei als unehelicher Sohn geboren. Der Vater habe die Mutter kurz vor der geplanten Hochzeit verlassen. Die 10 Jahre ältere Schwester stamme aus einer Vergewaltigung. Zu Hause habe ein männerfeindliches Klima geherrscht. Als kleiner Junge habe er die Kleidung der älteren Schwester auftragen müssen, habe am liebsten mit einer Puppe gespielt und nur Mädchenbücher gelesen. Die Mutter habe ihm pinkfarbene Kleidchen und Strumpfhosen angezogen. Erst mit dem Beginn des Kindergartenbesuches sei für ihn Knabenkleidung gekauft worden, die er aber nur widerwillig angezogen habe. Der Versuch der Mutter, ihn nun zu jungenhaftem Verhalten und Spielen zu bewegen, konnte seine Neigung, Mädchenkleider zu tragen und sich nur mit Mädchen zu beschäftigen, nicht mehr korrigieren. In der Pubertät litt er unter den körperlichen Veränderungen und hatte Impulse, das männliche Genitale abzutrennen, da es nach seinem Empfinden nicht zu seinem Körper gehörte. Er setzte damals das »cross-dressing« fort, bemerkte aber selbst, dass die Frauenkleidung kein Requisit für die sexuelle Erregung bedeutete, sondern äußerer Ausdruck seiner inneren Befindlichkeit als Frau war. Auf Drängen der Mutter begann er eine Metzgerlehre, die er aber später abbrach, um dann Baggerfahrer zu werden.

Ebenfalls der Mutter zuliebe heiratete er. Sexuelle Kontakte mit der Ehefrau seien nur der Ehefrau zuliebe zustande gekommen. Zu einer Erektion sei es nur durch manuelle Stimulation durch die Ehefrau gekommen. Nach der Geburt des 2. Kindes wurden die seltenen sexuellen Kontakte auf seinen Wunsch ganz eingestellt. Die Unvereinbarkeit zwischen der von ihm erwarteten Rolle als Ehemann und Vater und seinem Wunsch, entsprechend seiner inneren Befindlichkeit als Frau zu leben, führten schließlich zu einem Suizidversuch und einer stationären Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Kurz danach fand die Ehefrau die Frauenkleidung in der Wohnung. Nach einer heftigen



Auseinandersetzung kam es zu einem zweiten Suizidversuch und bald darauf zur endgültigen Trennung und Scheidung, da die Ehefrau dem Wunsch ihres Mannes, als Frau zu leben, völlig verständnislos gegenüberstand.

Die früheren ärztlichen Kontakte habe er als wenig hilfreich erlebt. Bereits im Kindesalter suchte die Mutter mit ihrem Sohn eine Universitätsklinik auf mit der Frage, ob ihr Sohn ein Zwitter sei. Später hatte der Patient mehrfach versucht, sich Hormone zu beschaffen. Bei einer genetischen Untersuchung fand sich bei dem völlig gesunden Mann ein Chromosomensatz mit dem Karyotyp 46 XY. Die verschiedenen Ärzte reagierten auf die Problematik des Patienten verständnislos und hilflos und rieten, er solle sich ändern. Auch während der stationären psychiatrischen Behandlung nach dem ersten Suizidversuch kam es nicht zu einer Thematisierung der transsexuellen Entwicklung.

Zum Zeitpunkt der ersten Vorstellung bei uns spielte die genitale Sexualität keine Rolle. Sexuelle Kontakte mit Frauen oder Männern hatte es nach der Ehe nicht gegeben. Wichtiger waren romantische Phantasien, eine Frau zu sein, zu heiraten und Zärtlichkeiten auszutauschen, sowie die Beschäftigung damit, sich weiblich zu kleiden und zu geben.

Diagnose: Transsexualismus (F 64.0).

Behandlung und Verlauf: In der festen Überzeugung, eine Frau zu sein, lehnte der Patient eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Bearbeitung seines Wunsches ab und forderte das nach dem Transsexuellengesetz notwendige Gutachten für die Personenstandsänderung und geschlechtsangleichende Operation, sowie hormonelle Behandlung, Brustaugmentation und die Epilation der Körperbehaarung.

➤ **Transsexualismus (F 64.0)**

Fallbeispiel 13.2

Anamnese: Die 29jährige unverheiratete Patientin betritt das Untersuchungszimmer etwas schüchtern, sie hat Schwierigkeiten, im Gespräch Blickkontakt zu halten und zeigt Verlegenheitsgesten. Sie wirkt sehr gepflegt, die Frisur vielleicht etwas altmodisch.



Sie klagt, dass sie seit mehreren Jahren, vermehrt aber seit einigen Monaten, wöchentlich mehrfach Angstanfälle habe. Wenn die Angst käme, müsse sie weglaufen, sie könne nicht im Zimmer bleiben. Sie habe Herzklopfen und bekomme Panikzustände. Alles habe sich so verstärkt, dass sie nicht mehr in der Lage sei, in ihr Büro zu gehen.

Frau St. berichtet über eine Vorgesetzte, unter der sie mehr und mehr leide, die alle Arbeit an sich ziehe, die Patientin und ihre Kolleginnen, also ihre fünf Untergebenen, geradezu schikaniere. Allerdings seien die anderen wohl nicht so beeindruckt davon wie sie. Sie sei überzeugt, wenn überhaupt eine seelische Ursache vorläge, müsse man die Beschwerden auf diese Vorgesetzte zurückführen.

Im darauf folgenden Gespräch berichtet sie über ihren Partner, den sie seit sechs Jahren kennt. Seit 5½ Jahren besteht auch eine intime Beziehung. Es stellt sich heraus, dass er häufiger sexuelle Beziehungen möchte, sie seltener. Sie berichtet dann, dass sie nicht fähig sei, Orgasmus zu erleben, außer durch manuelle oder orale Stimulation. Dabei lasse sie nicht zu, dass er sein Glied in ihre Vagina führe, da sie dabei Schmerzen habe. Wenn sie ihre Erregung gehabt habe, dann werde ihr Freund ihr zu viel; auch wenn er noch nicht soweit sei, habe sie keine Lust mehr, sich weiter mit ihm zu befassen. Meist müsse er dann für sich masturbieren. – Die Patientin ist zunächst konsterniert, dass sie nach sexuellen Einzelheiten gefragt wird und meint, dass die Probleme sicherlich nicht mit ihrem Schwindelgefühl zusammenhängen. Sie erzählt dann, dass eine »Schwägerin« von ihr gerade ihr 2. Kind bekommen hat, woraufhin die »Schwiegereltern« meinten »dass es jetzt bei ihnen vielleicht auch bald Zeit für Nachwuchs sei«. Daraufhin habe sich ihre Angst verstärkt.

Diagnosen: Episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung) (F 41.0), nicht-organische Dyspareunie (F 52.6).

Therapie und Verlauf: Zunächst spezifische, kognitiv-verhaltenstherapeutische Sexualtherapie gemeinsam mit dem Partner. Bei deutlicher Besserung der Symptomatik dann auch Behandlung der Angsterkrankung.

➤ **Episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung) (F 41.0)**
Nichtorganische Dyspareunie (F 52.6)

14 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des Erwachsenen- alters

- 14.1 Definition – 240**
- 14.2 Epidemiologie – 240**
- 14.3 Ätiologie – 240**
- 14.4 Symptome – 241**
- 14.5 Diagnose – 242**
- 14.6 Unterformen – 242**
- 14.7 Verlauf und Prognose – 242**
- 14.8 Therapie – 242**

14.1 Definition

Entspricht im Terminus der hyperkinetischen Störung des Kinder- und Jugendalters. Diese Störung kann aber bis weit ins Erwachsenenalter hinein persistieren und ist gekennzeichnet durch einen kognitiven und einen motorischen Pol, also durch eine Störung insbesondere der gerichteten Aufmerksamkeit als auch eine Störung der Motorik oft im Sinne von abnormer innerer Unruhe. Beginn der Störung im Kindesalter ist für die Diagnose des ADHS im Erwachsenenalter obligat. Allerdings tritt beim Übergang ins Erwachsenenalter die Konzentrationsstörung gegenüber der Hyperaktivität deutlich in den Vordergrund.

14.2 Epidemiologie

Prävalenz 1 bis 3 %. Von kindlicher ADHS bleiben bei etwa 10 % die Symptome vollständig bis ins Erwachsenenalter erhalten, bei einem weiteren Drittel teilweise, bei etwa 60 % leichtere Restsymptomatik. Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen 2–3:1.

14.3 Ätiologie

Ätiologie unbekannt.

- genetische Faktoren spielen eine starke Rolle (ca. 70 bis 80 %). Angehörige ersten Grades haben 7–8fach erhöhtes Risiko für Symptomatik
- minimale frühe Hirnschädigung wird diskutiert
- morphologische Befunde: MRT: verminderte Volumina des rechten präfrontalen Kortex und des Nucleus caudatus sprechen für frontostriatale Störung
- biochemische Befunde: Störung des Dopamin- aber auch des Noradrenalinstoffwechsels werden diskutiert aufgrund der Wirksamkeit von Amphetaminen. Verminderte Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt, die durch Stimulantientherapie normalisiert wird
- Einfluss der Primärsozialisation nicht geklärt, Auffälligkeiten der Persönlichkeit und des Verhaltens vermutlich eher Resultat der Erkrankung

14.4 Symptome

Für die Diagnostik ist es obligat, dass die Symptomatik *bereits im Kindesalter* bestanden haben muss. Die betroffenen *Kinder* fallen als unruhig und zappelig auf, neigen zu Impulsivität einschließlich erheblicher Gefühlsausbrüche und Neigung zu riskantem Verhalten. Im Zusammenhang der Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit vor allem Probleme mit gerichteter und andauernder Aufmerksamkeit (Konzentration), daher geringes Durchhaltevermögen, bei normaler Auffassungs- und Merkfähigkeit aber insgesamt verminderte Leistungsfähigkeit. Aufgrund des impulsiven und inkonstanten Verhaltens oft erhebliche Probleme in der Sozialisation, wenig Freundschaften, Probleme mit Autoritäten, oft Rückzug mit Depressivität und Gefühl des Ausgeschlossenseins. Im Erwachsenenalter persistiert ein Teil dieser Symptome, weniger die Hyperaktivität und Impulsivität mehr und nahezu unverändert die Störung der Aufmerksamkeit.

■ Unaufmerksamkeit

Die Patienten haben Schwierigkeiten, über längere Zeit die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aufgaben zu richten und aufrecht zu erhalten. Arbeiten werden typischerweise angefangen und wieder abgebrochen. Widerwillen gegen konstante Beschäftigung mit einer Aufgabe. Häufiges Verlegen von Gegenständen oder Werkzeugen, ablenkbar durch äußere Reize »Vergesslichkeit« im Hinblick auf übliche Alltagstätigkeiten.

■ Hyperaktivität

Neigung zu innerer Unruhe oder sogar äußerer motorisch bemerkbarer Unruhe wie z. B. ständige Bewegung der Hände, Wippen mit Füßen und Beinen, Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl. Typischerweise unfähig zur Entspannung mit ständiger Betriebsamkeit bei gleichzeitiger Unfähigkeit zur Fokussierung der Aktivität. Oft Abreaktionen durch exzessives Sporttreiben.

■ Impulsivität

Neigung zu impulshaften Handlungen bei Unterschätzung des Risikos, z. B. beim Sport. Häufig spontane Entscheidungen, Neigung zu Unüberlegtheit. Teilweise explosives Verhalten mit Wutausbrüchen. Aber auch ausgeprägter Rückzug nach Kränkungen.

■ Emotionale Irritierbarkeit

Entsprechend der Impulsivität rasche Stimmungswechsel zwischen Niedergeschlagenheit und Euphorie, auch Langeweile sowie Wut und Aggressivität. Oft ausgelöst durch vergleichsweise geringe Anlässe.

- Beeinträchtigung des Sozialverhaltens sowie der schulischen und beruflichen Funktionsfähigkeit durch die genannten Symptombereiche.

14.5 Diagnose

Sorgfältige Abgrenzung gegenüber Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline Persönlichkeitsstörung oder dissozialer Persönlichkeitsstörung), gegenüber affektiven Störungen (insbesondere Manien und Hypomanien), gegenüber Schizophrenien und gegenüber organischen Störungen. Die Differentialdiagnose ist aufwändig und beruht auf sorgfältiger Anamneseerhebung, einer sorgfältigen Beachtung der Kriterien sowie einer neuropsychologischen Leistungsdiagnostik als auch die Beobachtung eines Ansprechens auf eine spezifische Pharmakotherapie mit Stimulantien.

14.6 Unterformen

Es wird diskutiert, ob sich ein vorwiegend unaufmerksamer Typus von einem vorwiegend hyperaktiv impulsiven Typus abgrenzen lässt (DSM IV).

14.7 Verlauf und Prognose

14
Ausprägung der Symptomatik aber auch durch Sozialisationsschwierigkeiten eingetretene Persönlichkeitsbeeinträchtigung tragen zur Prognose bei.

14.8 Therapie

Wirksamste Therapie mit Stimulantien z. B. Methylphenidat (Ritalin) Dosierung 0,5 bis 1 mg pro kg Körpergewicht, Verteilung auf 2 bis 4 Einzeldosen; auch Retardpräparate verfügbar. Praktisch keine Toleranzentwicklung, keine Abhängigkeitsentwicklung, Missbrauch selten. Wirkung zeigt sich schnell in

deutlicher Beruhigung, Entspannung («paradox») sowie Verbesserung der Aufmerksamkeit.

Auch Behandlung mit Noradreanaliniwiederaufnahmehemmern Atomoxitin (Strattera), Reboxetin (Edronax) erfolgreich.

Psychotherapie: Obwohl noch keine gut gesicherte Erkenntnis zu Psychotherapieergebnissen vorliegen, sprechen jedoch kasuistische Erfahrungen, aber auch die problematische biographische Erfahrung der Patienten sowie konkrete Defizite im Umgang mit der vorliegenden Symptomatik für eine Einbettung der Pharmakotherapie in einen sorgfältig geplanten und mit hoher Konstanz bereitgestellten psychotherapeutischen Rahmen.

Fallbeispiel

Fallbeispiel 14.1

Anamnese: Ein 21-jähriger Mann (W.M.) kommt in Begleitung seiner Mutter in die Sprechstunde. Die Mutter berichtet, dass Sie verzweifelt und ratlos sei, da ihr Sohn mehrfach bei Ladendiebstählen erwischt worden sei und ihm nun womöglich eine Gefängnisstrafe drohe. Der jünger wirkende Mann berichtet, dass er überwiegend hochprozentige Alkoholika entwendet habe, aber auch Zigaretten, Schokolade und was er »gerade habe so brauchen« können. Er habe ja auch wenig Geld, da er mit dem Taschengeld, das ihm die Mutter gebe, nicht auskomme. Im weiteren Gespräch zeigt sich, dass der Patient nach dem Abbruch mehrerer Ausbildungsverhältnisse derzeit arbeitslos ist und immer noch bei seiner Mutter wohnt. Er hat jedoch nach insgesamt 3-maligem Wiederholen von verschiedenen Klassen und nachhaltiger Unterstützung durch die Mutter schließlich einen Real-schulabschluss erreichen können. W.M. hat zwei ältere Geschwister, die beide offenbar gesund sind, auch keinerlei schulische Probleme und jeweils erfolgreich Studiengänge abgeschlossen haben. Die Mutter des Patienten leitet als Geschäftsführerin ein mittelständisches Unternehmen recht erfolgreich. Sie hat sich vor etwa 15 Jahren von dem Vater ihrer Kinder getrennt. Als wesentlichen Trennungsgrund schildert Sie, dass ihr Mann zwar ein durchaus intelligenter und auch gewandter Mensch sei, dass Sie aber dessen grundsätzliche Unfähigkeit, einmal angefangene Dinge auch zu Ende zu bringen, nicht mehr habe aushalten können; die Trennung sei ihr



gleichwohl sehr schwer gefallen. Ihr jüngster Sohn erinnere sie sehr an Ihren Ex-Mann, wodurch sich Ihre Ratlosigkeit nur noch verstärke.

Im weiteren Gespräch stellt sich heraus, dass W.M. als Kind ungewöhnlich »lebendig« war, er habe viel mehr als seine Geschwister herumgetobt und sei der Familie und später auch Lehrern und Mitschülern durch seine Unruhe und körperlich Aktivität regelrecht auf die Nerven gegangen. Kinderärzte und ein Schulpsychologe hätten aber einhellig die Auffassung vertreten, dass die Unruhe mit der Pubertät von selber verschwinden werde und zu sportlicher Aktivität geraten. Aber auch mit der schulischen Leistungserbringung habe W.M. Probleme gehabt: es sei ihm sehr schwer gefallen, einmal Angefangenes durchzuhalten, da er immer sehr abgelenkt gewirkt habe. Auch habe er oft unwirsch und manchmal ausgesprochen heftig reagiert, wenn seine Geschwister oder seine Mutter versucht hätten, ihm zu mehr Beharrlichkeit und Konsequenz anzuhalten. Bereits mit 15 Jahren habe er sporadisch größere Mengen Alkohol getrunken; auch habe er begonnen regelmäßig in erheblichem Umfang Kaffee und Cola zu trinken, »um sich zu beruhigen«, und damit ein Verhalten an den Tag gelegt, dass auf völliges Unverständnis in der Familie stieß. Immer wieder sei es auch zu Tage und wochenlang anhaltenden Perioden von Traurigkeit, Lustlosigkeit und sozialem Rückzug gekommen. Jetzt sitzt er viel zuhause herum, beschäftigt sich mit Computerspielen und Internetsurfen und fährt täglich etwa 2-3 Stunden mit dem Fahrrad eher ziellos umher. Er hat nur wenige Bekannte, von denen er einen als Freund empfindet. Zweimal hat er für kürzere Zeit eine Freundin gehabt, aber irgendwie seien die Beziehungen auseinander gegangen, die Freundinnen hätten sich wohl »etwas Festeres« gewünscht.

Befunde: W.M. berichtet im Gespräch offen von seiner Situation, reagiert aber auch recht verschämt, wenn die Mutter aus ihrer Sicht das Ausmaß der Problematik schildert. Es fällt auf, dass W.M. ausgesprochen eloquent und differenziert berichtet, sensibel auf die Gesprächssituation reagiert und wenig Aggressivität spüren lässt, eher Ratlosigkeit und auch Unlust hinsichtlich der Schilderung weiterer Details, insbesondere hinsichtlich eigener Probleme. Er wirkt leicht von Umweltreizen ablenkbar und im Denken



etwas sprunghaft. Insbesondere auf ihn beschämende Bemerkungen der Mutter reagiert er z.T. durchaus nachvollziehbar gereizt und aufbrausend. Affektiv wirkt er während des Gesprächs i.S. von Reizbarkeit labilisiert. Motorisch ist er nicht durchgehend aber zeitweilig unruhig: er zappelt oft mit dem linken Fuß und trommelt mit den Fingern auf beide Oberschenkel. Bei Schilderung seiner Lebenssituation reagiert er recht ratlos, aber zeitweilig auch adäquat betroffen. Gemäß der Wender/Utah-Kriterien (die Merkmale der ADHD im Erwachsenenalter erfassen) zeigten sich Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Affektlabilität und Impulsivität. Die aufgrund des Verdachts auf eine Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung durchgeführte spezifische neuropsychologische Testung ergab ausgeprägte Defizite in der gerichteten Aufmerksamkeit bei insgesamt hoher Intelligenz (Gesamt-IQ: 135).

Diagnose: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (F 90.0)

Therapie und Verlauf: Probatorisch wurden 2 x 10 mg Methyphenidat gegeben, worunter W.M. mit Entspannung reagierte. Zu ersten Mal seit Jahren ruhte er sich mittags aus und war in der Lage, etwa 2 Stunden lang ein Buch zu lesen, wovon er selbst sehr beeindruckt war. Die neuropsychologische Testung ergab deutlich Hinweise auf eine Verbesserung der Aufmerksamkeitsleitung. Unter einem probatorischen Absetzversuch verschlechterten sich die Aufmerksamkeitsleistungen wieder, nach erneutem Ansetzen und Steigerung auf 3 x 20 mg (entsprechend 0,7 mg/ kg Körpergewicht) besserten sich die Aufmerksamkeitsleitungen wieder erheblich. Auch die Impulsivität und Affektlabilität ließen nach, jedoch traten jetzt die sozialen Defizite hinsichtlich Beziehungsgestaltung und Berufsausbildung in den Vordergrund. Es gestaltete sich äußerst schwierig, am Wohnort einen Nervenarzt zu finden, der sich in der Lage sah, Methylphenidat zu verschreiben, da dies nur für die Behandlung von ADHD im Kindesalter zugelassen ist. Auch die dringend erforderliche Psychotherapie war schwierig zu organisieren: entweder lehnten die Psychotherapeuten eine Kombination der Therapie mit Medikamenten ab, oder sie sahen die Prognose aufgrund der bereits vorhandenen persönlichen Defizite, einschließlich der stattgefundenen



denen kleinkriminellen Handlungen als zu ungünstig an. Schließlich gelang es W.M. doch, eine erfahrene Psychotherapeutin zu finden und auch der Hausarzt übernahm die Verantwortung für die Verschreibung von Methylphenidat. In der 2-Jahres-Katamnese zeigte sich eine insgesamt günstige Entwicklung.

➤ **Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) F90.0**

15 Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 15.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F 7) – 250
- 15.2 Organisch bedingte psychische Störungen (F 78) – 253
- 15.3 Störungen der Motorik und Psychomotorik (F 82) – 254
- 15.4 Störungen des Sprechens und der Sprache (F 80) – 256
- 15.5 Teilleistungsschwächen (F 81) – 259
- 15.6 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule – 260
- 15.7 Psychosen im Kindes- und Jugendalter – 261
- 15.8 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84) – 264
- 15.9 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter – 266
- 15.10 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F 93) – 268
- 15.11 Störungen des Sozialverhaltens (F 91) – 271

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein eigenständiges Fach, seit 1968 mit einer eigenen Weiterbildungsordnung. Dennoch werden die Lehr- und Lerninhalte im Unterricht und in vielen psychiatrischen Lehrbüchern bisher noch integriert dargestellt.

Hier wird der Versuch gemacht, den Studenten einen gedrängten Überblick über die vorkommenden Störungen zu geben.

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen haben i. d. R. viele Ursachen. Diese Erkenntnis führt zu einem mehrdimensionalen Vorgehen in der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation und damit zur Arbeit in einem multiprofessionellen Team. Um den vielfältigen Ursachen psychischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter Rechnung zu tragen, arbeiten Ärzte eng mit Diplom-Psychologen, Pädagogen, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Diplom-Sozialpädagogen, Musik- und Kunsttherapeuten zusammen.

Die Diagnostik berücksichtigt die vielen verschiedenen Ursachen eines Störungsbildes, indem sechs Einordnungen, sogenannte Achsen nach ICD-10, möglich sind.

1. die psychiatrische Diagnose
2. die Beschreibung der Entwicklungsstörung (entsprechend Abschnitt F 8 im Anhang A)
3. die Abschätzung des Intelligenzniveaus (entsprechend Abschnitt F 7 im Anhang A; zusätzlich hohe und normale Intelligenz)
4. die körperlich-neurologische Symptomatik (entsprechend ICD-10, insbesondere Kapitel VI (G) Krankheiten des Nervensystems)
5. die Erfassung der aktuellen abnormen psychosozialen Umstände (z. B. Disharmonie in der Familie, Verlust einer liebevollen Beziehung, Sündenbockzuweisung durch Lehrer, Migration etc.)
6. die Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Skala 0 = hervorragend auf allen Gebieten bis 8 = braucht ständige Betreuung)

In diesem Kapitel werden einerseits spezifische Entwicklungs- und altersbedingte Störungen behandelt, andererseits Störungen, die weite Überschneidungsbereiche mit der Erwachsenenpsychiatrie aufweisen, wobei die Betonung hier auf den kinderpsychiatrischen Besonderheiten liegt. Störungen, die überwiegend Erwachsene betreffen, werden in anderen Abschnitten des Buches abgehandelt. Als Einführung zu empfehlen sind ein Kapitel Entwicklungspsychologie, ferner tiefen- und verhaltenspsychologische Grundlagen sowie die darauf basierenden Therapien (► Anhang S. 340). Eine umfassende Darstellung im Vergleich zu die-

sem kurzen, stichwortartigen Kapitel findet sich z. B. im Lehrbuch von Remschmidt oder dem von Knölker und Schulte-Markwort (► Literaturverzeichnis).

Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Intelligenzminderung (Oligophrenie)

- Störungen der Körperchromosomen (Autosomen)
- Störungen der Geschlechtschromosomen (Gonosomen)
- metabolisch-genetisch bedingte Intelligenzminderung
- exogene Schädigungen
- weitere (exogene) dementielle Schädigungen
- kindliche Demenzformen

Organisch bedingte psychische Störungen

- organische Psychosyndrome nach frühkindlicher Hirnschädigung
- weitere akute oder chronische Psychosyndrome

Störungen der Motorik und Psychomotorik

- hirntopisch bestimmte Störungen
- universelle Störungen der Psychomotorik
- Hyperkinetisches Syndrom
- umschriebene Störungen der Psychomotorik

Störungen des Sprechens und der Sprache

Teilleistungsschwächen

Störungen im Zusammenhang mit der Schule

Psychosen im Kindes- und Jugendalter

- exogene Psychosen
- Schizophrenie
- affektive Störungen
- Borderline-Syndrom/Grenzpsychose



Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- frühkindlicher Autismus nach Kanner
- autistische Psychopathie nach Asperger
- sonstige Formen

Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter

Störungen des Sozialverhaltens

15.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) (F 7)

Allgemein: Unterdurchschnittliche Intelligenz (früher gängiger Terminus: Schwachsinn – Debilität)¹, entstanden während der Entwicklungsperiode (erbt oder prä-, peri- oder postnatal) mit der Folge von Beeinträchtigung des adaptiven Verhaltens; geistige Behinderung.

Unterschiedliche Schweregrade der Intelligenzminderung werden bestimmt nach gemessenem oder (in schweren Fällen) geschätztem IQ (■ Tab. 15.1). Je

■ **Tab. 15.1.** ICD-10-Klassifikation der Intelligenzminderung

Intelligenzminderung	IQ	Bezeichnung
Grenzbereich	70–84	Lernbehinderung
leicht (F 70)	50–69	Oligophrenie I. Grades (Debilität)
mittelgradig (F 71)	35–49	Oligophrenie II. Grades (Imbezillität)
schwer (F 72)	20–34	Oligophrenie II. Grades (Imbezillität)
schwerst (F 73)	0–19	Oligophrenie III. Grades (Idiotie)

¹ Klußmann R (2002) Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio. Man unterschied erethischen und torpiden Schwachsinn (mit gesteigerter und geringer Aktivität).

nach Schweregrad verbunden damit leichte Anpassungsstörungen bis zu schwersten, pflegebedürftigen Zuständen. Inkontinent mit motorischen Stereotypen, ohne Spracherwerb, bei verständnisvoller Pflege oft emotional eher ansprechbar; heilpädagogische Förderung.

Intelligenzdefinition problematisch. Am ehesten: angeborene Fähigkeit zu geistiger Leistung und damit Bewältigung von praktischen und theoretischen Aufgaben. – Bestimmung des IQ mit HAWIK (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder), Binet-Simon-Test oder TBGB (Testbatterie für geistig behinderte Kinder), ► Anhang B.

Schulorganisatorisch:

- Lernbehinderung: Sonderschule L/Förderschule
- Geistige Behinderung: Sonderschule G
- Körperbehinderung (Mehrfachbehinderung): Sonderschule

Epidemiologie: Leichte Intelligenzminderung 3–4 %, mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderung weniger als 1 %. Insgesamt 5 % der Bevölkerung mit Intelligenzminderung.

Ätiologie: Bei leichten Formen beträchtliche Umwelteinflüsse, bei schweren Formen organische Ursache, z. B. chromosomale Störungen. In der Mehrzahl bisher keine ätiologische Klärung möglich.

Prävention/Therapie: Beratung durch Humangenetiker, Elternberatung; Frühdiagnostik (z. B. Phenylketonurie und Neugeborenenhypothyreose); Frühförderung, Heilpädagogik, Vermeidung von Sekundärschädigungen; Diät bei Stoffwechselstörungen; Besuch von Sonderkindergärten, Sonderschulen, später beschützenden Werkstätten. Nur in schweren Fällen oder bei ungeeigneter familiärer Umwelt Heimunterbringung. Verhaltenstherapie zur Entwicklung lebenspraktischer Fertigkeiten, zum Aufbau eines kommunikativen, sozialen Verhaltens; Lernen in kleinen Schritten.

Formen der Intelligenzminderung

Störungen der Körperchromosomen (Autosomen)

— (Langdon-) Down-Syndrom (Mongolismus)

Trisomie 21 (Non-disjunction), D-G-Translokation, Mosaikmongolismus (erblich, selten, 3–4 % der autosomalen Chromosomenstörungen)

Epidemiologie: stark vom Alter der Mutter abhängig, z. B. ab 45. Lebensjahr 1:30

Symptome: brachyzephaler Schädel, schräge Lidspalten mit Epikanthus, Hypertelorismus (vergrößerter Augenabstand), flache Nase, Makroglossie, Vierfingerfurche, Gliedmaßen kurz und plump, überstreckbare Gelenke. Psychisch als Kinder gut zu lenken, gutmütig, öfter Probleme in der Pubertät; meist Imbezillität

— Cri-du-chat-Syndrom

Aberration an Chromosom 5

Symptome: katzenartige Schreie, Mikrozephalie, Oligophrenie

Störungen der Geschlechtschromosomen (Gonosomen)

— (Ullrich-)Turner (X 0-)Syndrom

Epidemiologie: selten; 1:5000 weibliche Geborene

Symptome: Minderwuchsamennorrhoe, Pterygium colli (Faltenhals; pteryx gr. Falte, Flügel), Schildthorax, Herz- und Gefäßmissbildungen

— Klinefelter-Syndrom (xxy-, xxxy-Syndrom)

Epidemiologie: 1:5000 männliche Geborene

Symptome: nach der Pubertät eunuchoid, feminine Züge, Gynäkomastie, Hodenhypoplasie (klinisch wichtig!), Sklerosierung der Hoden, Störung der Geschlechtsreife, Hochwuchs, Debilität

— xyy-Syndrom

Epidemiologie: 1:1000 männliche Geborene

Symptome: Minderbegabung, labile Persönlichkeit, Hypogenitalismus

— Marker-X-Syndrom (Syndrom des fragilen X-Chromosoms)

Epidemiologie: 1:2000 männliche Neugeborene

Symptome: Entwicklungsstörung, Hyperaktivität, Mittelgesichtshypoplasie, große Ohren, Hodenvergrößerung

Metabolisch-genetisch bedingte Intelligenzminderung

In diesem Zusammenhang etwa 70 Stoffwechselstörungen bekannt; Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte in ZNS-Zellen.

- **Phenylketonurie:** Störung des Phenylalaninabbaus in Tyrosin durch Enzymmangel. Anhäufung von Phenylalanin und Phenylbrenztraubensäure
Epidemiologie: 1:10 000, autosomal-rezessiver Erbgang

15.2 · Organisch bedingte psychische Störungen

Symptome: Krämpfe ab 2. Lebensjahr, häufig Entwicklung einer Oligophrenie; Nachweis von Phenylalanin im Blut durch Guthrie-Test. Ab 6. Woche Fölling-Probe positiv: grüner Farbstoff im Urin durch Zugabe von Eisenchlorid

Therapie: phenylalaninarme Kost bis etwa 12. Lebensjahr

- **weitere Störungen:** Galaktosämie, Ahornsirupkrankheit, Mukopolysaccharid-Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher (Zerebrosidlipidose), Niemann-Pick-Krankheit (Sphingomyelinose), Tay-Sachs-Erkrankung (GM 2-Gangliosidose)

Exogene Schädigungen

- **pränatal:** Embryopathie durch Infektion der Mutter mit Rötelnvirus, Zytomegalievirus, Toxoplasmose, Listeriose, Lues. Alkoholembryopathie (zunehmende Bedeutung!, Prävention möglich!!). Weitere Noxen: Röntgenbestrahlung, Medikamente, misslungene Abtreibungen; Sauerstoffmangel durch mechanische Noxen, Fehlbildungen etc.
- **perinatal:** O₂-Mangel, Hirnblutungen
- **postnatal:** Neugeborenenerythroblastose, Infekte (Enzephalitiden), Ernährungsstörungen

Weitere (exogene) dementielle Schädigungen

Kramer-Pollnow-Syndrom, Tubuläre Hirnsklerose, Wilsonsche Erkrankung, ferner Slow-Virus-Infektionen und früh einsetzende hereditäre degenerative Erkrankungen.

15.2 Organisch bedingte psychische Störungen (F 78)

Organisches Psychosyndrom nach frühkindlicher Hirnschädigung (frühkindlich exogenes Psychosyndrom).

Allgemein: teilweise Überschneidung mit Abschnitt »Intelligenzminderung«; neben psychopathologischen Störungen müssen hier aus Gründen der Systematik auch die neurologischen Störungen erwähnt werden. Je früher die Schädigung, um so größer der Schweregrad: von Embryopathie und Schädigung des Fetus bis zum 6. Monat (frühe Schwangerschaft) über frühkindlichen Hirnschaden (späte Schwangerschaft 25 %, Geburt 60 % und 1. Lebensjahr 15 %) zu späterer Schädigung mit Persönlichkeitsstörung.

Ätiologie: Fetopathien (z. B. F. diabetica), Gestose, Anämie, Alkoholmissbrauch der Mutter, Sauerstoffmangel, Ernährungsstörung des Säuglings, Icterus neonatorum etc.

Symptome:

- schwere Schädigungen: neurologische Symptome (Spastik), epileptische Anfälle, schwere Intelligenzminderung
- mittelgradige Schädigungen: leichte motorische Behinderung, Intelligenzminderung und Verhaltensabweichungen
- leichtgradige Schädigungen: nur diskrete neurologische Symptome und leichte psychopathologische Auffälligkeiten: Hyperaktivität, psychomotorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Teilleistungsschwächen

Therapie: Verhaltenstherapie, (heil-)pädagogische Maßnahmen (Zuwendung und Grenzen setzen!); psychomotorische Übungsbehandlung; Familienberatung; häufig Notwendigkeit der Sprachheiltherapie (Logopädie); gegebenenfalls Ergotherapie, Kunst- und Musiktherapie (Mobilisierung der Stärken des Kindes!). – Medikamentöse Behandlung nur in Ausnahmefällen, z. B. Neuroleptika zeitlich begrenzt.

Beispiele für akute oder chronische Psychosyndrome: Nach *Schädel-Hirn-Trauma* (häufig!) organisches Psychosyndrom mit Hirnleistungsschwäche, möglicherweise auch posttraumatische hirnorganische Wesensänderung. Ferner organisches Psychosyndrom bei *Hirntumoren* im Kindesalter sowie nach *entzündlichen Erkrankungen* des Gehirns, des Weiteren im Zusammenhang mit *Anfallsleiden*. Die Psychosyndrome können akut oder chronisch verlaufen und unterscheiden sich entsprechend. – Bei Jugendlichen mit *Narkolepsie* Auftreten eines Hypersomniesyndroms. – Bei *Alkoholembryopathie* kraniale Dismorphie, postnatale Wachstumsverzögerung, Minderbegabung, schmales Oberlippenrot.

15.3 Störungen der Motorik und Psychomotorik (F 82)

Hirntopisch bestimmte Störungen

- *Pyramidale Störungen:* Little'sche Krankheit = Diplegie, infantile Hemiplegie, Tetraplegie

- *Extrapyramidale Störungen:* choreatische, athetotische, ballistische Bewegungen, Hyper-, Hypo- und Akinese
- *Zerebelläre Störungen:* Ataxie, Dysdiadochokinese, Kleinhirnhypotonie#

Universelle Störungen der Psychomotorik, psychomotorischer Entwicklungsrückstand

Motorische Ungeschicklichkeit, Koordinationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Fehlintegration der Motorik.

Therapie: Wahrnehmungstraining und psychomotorische Übungsbehandlung.

➤ Hyperkinetisches Syndrom

Allgemeines: Auftreten der Störung meist in den ersten fünf Lebensjahren; im Schulalter 3–5 % der Kinder, mehrfach häufiger bei Knaben; später überzufällig häufig Entwicklung von dissozialem Verhalten.

Ätiologie primär biologisch, uneinheitliche Theorien. Häufig Überschneidung mit frühkindlichem exogenem Psychosyndrom.

Klassische Beschreibung (1845): der Zappel-Philipp im Struwpeter von Heinrich Hoffmann (Psychiater in Frankfurt a. M.).

Symptome: Wahrnehmungsstörungen; erhöhte Ablenkbarkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, Irritierbarkeit; motorische Aktivität und Impulsivität; Stimmungsschwankungen, geringe Frustrationstoleranz. Sekundär Anpassungsprobleme im Kindergarten, Schulschwierigkeiten und Störungen des Sozialverhaltens. In vielen Fällen Kombination mit Teilleistungsschwächen, v. a. in der Sprech- und Sprachentwicklung und der Motorik; sekundäre Neurotisierung.

Therapie: Psychotherapie; Psychostimulanzien (Amphetamine oder Methylphenidat (Ritalin® mit paradoxer Wirkung; keine Suchtgefahr!, evtl. Appetitstörungen). Elterntraining, Verhaltenstherapie.

Umschriebene Störungen der Psychomotorik (zur Chronifizierung neigend)

- *Ticstörungen:* automatische, rasche Muskelzuckungen, öfter im Augenbereich

- ➤ *Gilles-de-la-Tourette-Syndrom*: motorische Tics (Blinzeln, Grimassieren, Räuspern etc.), Koprolalie (Phonationstic mit Fäkal ausdrücken) und Echolalie. Tics sistieren im Schlaf; ätiologisch wohl erbliche Komponente, chronischer Verlauf häufig
- *Schreibkrampf*: auf die Tätigkeit des Schreibens begrenzte Störung; unklare Ätiologie
- *Jactatio capitis et corporis*: motorische Stereotypen wie Schaukelbewegungen und stereotype Gesten

15.4 Störungen des Sprechens und der Sprache (F 80)

Sprechstörungen

— *Stottern (Stammeln; Balbuties – balbutio lat. Stottern)*

Epidemiologie: Entwicklungsstottern im 3.–5. Lebensjahr (bei 5 %) nicht pathologisch, späteres Auftreten pathologisch. Knaben häufiger betroffen als Mädchen

Ätiologie: mehrere Faktoren wie Umwelteinflüsse (mangelnde Sprachvorbilder), hirnorganische Schädigungen, selten Erbeeinflüsse, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung (Minderbegabung), Angst als psychogener Faktor

Symptome:

- klonisch: bei Sprechbeginn Buchstaben-, Silben- und Wortwiederholungen
- tonisch: Blockierung beim Sprechablauf mit Anspannung von Gesichtsmuskulatur, u. U. begleitet von Rumpf- und Armbewegungen, Schmatz- und Schluckgeräusche
- Beachte im Gegensatz zum Poltern (s. u.) beim Stottern Verstärkung durch Aufmerksamkeit

Therapie: Elternberatung (Symptome nicht beachten, ruhig zuhören!). Übungen (Atem, Entspannung, Rhythmik), Psychotherapie, nur in Ausnahmefällen zusätzlich Medikamente.

— *Poltern* (Tachyphemie)

Ätiologie: genetisch, hirnorganisch, psychogen

Symptome: Störung des Sprechablaufs; Verschlucken von Lauten, Silben und Wörtern; hastiger Redefluss; Verbesserung der Sprechfähigkeit bei Aufmerksamkeit

— **Dysarthrie**

Sprechstörung zentral durch Schädigung von Kernen oder Bahnen oder auch peripher verursacht; kloßige, verwaschene, verlangsamte Sprache

— **Mutismus**

Sprechverweigerung bei zuvor vorhandener Sprache und Sprechfähigkeit; meist im Vorschulalter

Symptome:

- **elektiver Mutismus:** Sprechverweigerung in Belastungssituationen und gegenüber Fremden, Kind spricht nur mit engen Bezugspersonen; meist psychogen
- **totaler Mutismus:** völliges Verstummen bei Psychosen, nach schwerem Trauma, als hysterische Reaktion

Sprachentwicklungsstörungen

Allgemein: Fehlende oder verzögerte Sprachentwicklung (betrifft Phonation, Artikulation, Wortschatz, Grammatik und Syntax), bei Rückständen ab 2¹/₂–3. Lebensjahr.

Epidemiologie: Bei 3–4 % der Kinder im Einschulungsalter; bei Jungen 2- bis 3mal häufiger.

Ätiologie: Minderbegabung; ferner bei frühkindlichem Autismus, Hörschäden, negativen Umwelteinflüssen z. B. familiäre Sprachschwäche. Oft kombiniert mit multiplen Entwicklungsrückständen, hyperkinetischen Syndromen, emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens (auch sekundär!).

Formen der Sprachentwicklungsstörungen:

- **Dyslalie (Stammeln):** fehlerhafte Laut(Phonem-)bildung, physiologisch von 2–4 Jahren: Austausch von Konsonanten z. B. D statt G und T statt K; später behandlungsbedürftig
Symptome: Artikulationsstörung mit Fehlbildung oder Fehlen einzelner Laute und Lautverbindungen wie z. B. Sigmatismus (Lispeln), Rhotazismus (Störung des R-Lautes)
- **Dysgrammatismus, Agrammatismus:** Durchgangsphase in der normalen Entwicklung; nach dem 4. Lebensjahr behandlungsbedürftig
Symptome: grammatisch entstellte Sprache, verbindungslose Wortreihen, Infinitiv-Sätze, Einwort-Sätze

- **Hörstummheit (Audimutitas):** Extremform der Sprachentwicklungsverzögerung: über das 3. Lebensjahr bestehende Stummheit trotz Hörfähigkeit und normaler Intelligenz

Symptome:

- motorische Audimutitas bei Sprachverständnis
- sensorische Audimutitas mit Sprachverständnisschwierigkeiten

Unterscheide:

- Mutismus: Patient ist stumm geworden
- Audimutitas: Patient hat noch nie gesprochen (frühkindlicher Hirnschaden; Hörvermögen intakt)
- Taubstummheit (Surdomutitas, Hörvermögen fehlt, keine akustisch evozierten Potentiale!)

Sprachabbau- und Sprachverlustsyndrom

Ätiologie: Nach Schädel-Hirn-Traumen, vor allem bei Verkehrsunfällen, Gefäßerkrankungen, Tumoren etc.; Sprachabbausyndrome bei kindlichen Demenzprozessen, z. B. bei Stoffwechselstörungen, auch bei kindlicher Schizophrenie.

Formen:

- *Wortfindungsstörungen* (auch psychogen; ausgeprägt als amnestische Aphasie – mit semantischen Paraphasien)
- *motorische (Broca) oder sensorische (Wernicke) Aphasie* (Aphasie: Verlust früher vorhandener Sprachfähigkeit meist durch Schädigung kortikaler Zentren); in abgeschwächter bzw. gebesserter Form: Dysphasie

Therapie

Bei sämtlichen Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen logopädische Behandlung (Logopädie – medizinischer Heilberuf, in Abgrenzung zur medizinischen Teildisziplin Phoniatrie); Förderung von Sprache mit Sinneswahrnehmung, Gefühlserfahrung in sprachmotivierender Situation; psychotherapeutische Elemente, ggf. auch Überwiegen der Psychotherapie, Vermeidung negativer Verstärkungen; Vermeidung sekundärer Verhaltensstörungen und Prävention von späterem Schulversagen.

15.5 Teilleistungsschwächen (F 81)

Allgemein: Umschriebene sensorische, kognitive und andere Leistungsausfälle bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz; oft in Kombination mit hyperkinetischem Syndrom im Rahmen eines leichtgradigen, organischen Psychosyndroms bei frühkindlicher Hirnschädigung; zur Vermeidung von Chronifizierung frühzeitige Feststellung und Behandlung!

Unterscheide: Zentrale und periphere Störungen.

Diagnostische Hinweise durch akustische Differenzierungsschwäche im Unterricht oder visuelle Gestalterfassungsschwäche im Test.

Wahrnehmungsstörungen

Störungen der sensorischen Integration: Lokalisation taktiler Reize, Rechts-Links-Diskrimination, Position im Raum.

Störungen der visuomotorischen Koordination

Störungen der Raumlage und räumlicher Beziehungen von Figur-Grund-Wahrnehmung (Unterscheidung von wesentlichen und unwesentlichen Reizen), der Wahrnehmungskonstanz (Wiedererkennen).

Legasthenie (F 81.0)

Lese-Rechtschreib-Schwäche bei 3–7 % der Grundschulkinder (Jungen mehrfach häufiger als Mädchen; seltener bei lautsynthetischem Lernen, öfter bei der Ganzwortmethode).

Ätiologie: Nicht eindeutig geklärt; diskutiert werden psychogene Faktoren, auch erbliche Formen mit familiärer Häufung, frühkindliche Hirnschädigung.

Symptome:

- Nichterfassen bestimmter Buchstabenkonstellationen, fehlende simultane Gestalterfassung
- Buchstabenvertauschen, Verdrehungen von Worten oder Wortteilen
- Weglassen oder Hinzufügen von Silben

Schwerpunkt im Lesen *oder* im Schreiben. Oft verbunden mit auditiven oder optischen Wahrnehmungsdefiziten, mit Störung der Lateralisation (Sinnfeh-

ler), seltener auch Sprachentwicklungsstörungen und Sprechstörungen. Bei non-verbalem Intelligenztest Normalbefund. Begleitend oft auch emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. – Langfristig bleibt oft Rechtsschreibschwäche bestehen.

Therapie: Frühzeitige Behandlung (gezielte Trainingsprogramme!), pädagogische Maßnahmen (Verbleiben im Klassenverband); nach kinderpsychiatrischer Bestätigung keine Benotung der Rechtschreibfertigkeiten der Legasthener; zusätzlicher Spezialunterricht, Vermeidung negativer Konditionierung. Evtl. Psychotherapie; Familienberatung!

Rechenschwäche (Dyskalkulie) (F 81.2)

Schwierigkeiten im abstrakten Denken und im räumlichen Vorstellen, ohne Nachweis einer umschriebenen gestörten Hirnfunktion.

Divide: Schwerste Dyskalkulie und Akalkulie bei hirnorganischer Ursache, z. B. Folge von Hirntrauma.

15.6 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule

Auftreten von Leistungs- und Lernstörungen aller Art, einschließlich Legasthenie und Dyskalkulie sowie emotionalen Störungen im Sinne der Schulverweigerung (Schulphobie, -angst, -schwänzen) bei insgesamt etwa 20 % der Grundschüler.

Bei allen Schulstörungen ist neben Exploration des Kindes und seiner Bezugspersonen die zusätzliche Durchführung von Testdiagnostik (z. B. Intelligenztest, Schulreife-test, Schulleistungstest, Selbstbeurteilungsfragebogen, z. B. Angstfragebogen) wichtig (► Anhang B).

Formen:

- *Lern- und Leistungsstörungen:* bspw. Konzentrationsstörungen bei Kindern mit Hyperaktivität, Wahrnehmungsstörungen und Sprachentwicklungsstörungen
- *Schulphobie:* Bezeichnung missverständlich! Trennungsangst bei oft überfürsorglicher Mutter; Befürchtung, der Mutter könne etwas zustoßen; Persistenz der Mutter-Kind-Symbiose; öfter somatische Beschwerden

15.7 · Psychosen im Kindes- und Jugendalter

- **Schulangst:** traumatische Erlebnisse in der Schule oder eigene physische oder psychische Insuffizienz; Vermeidung und Rückzugsverhalten; gelegentlich auch Ursache für umschriebene Ausfälle
- **Schuleschwänzen:** Schulbesuch wird negativ erlebt, jedoch keine Angst; statt Unterricht lustbetonte Verhaltensweisen, dissoziale Tendenzen; zuhause Vernachlässigung; Identitätsprobleme

Therapie: Nach Analyse der Situation des Kindes pädagogische oder psychotherapeutische Maßnahmen unter Einbeziehung der Eltern, aber auch der Bezugspersonen in der Schule.

Therapieschwerpunkt liegt:

- bei Versagen wegen intellektueller Leistungsunfähigkeit und partieller Begabungsmängel auf zusätzlichem Unterricht, ggf. Umschulung
- bei Schulphobie auf Familienpsychotherapie
- bei Schulangst auf psychotherapeutischen Gesprächen (Ausgleich der vom Kind gespürten Ausfälle)
- bei Schuleschwänzen auf pädagogischen Maßnahmen

15.7 Psychosen im Kindes- und Jugendalter

Exogene Psychose (F 06)

Kein prinzipieller Unterschied zu exogenen Psychosen im Erwachsenenalter (► Kap. 4: »Körperlich begründbare psychische Störungen«).

Ätiologie: Schädel-Hirn-Trauma, Intoxikationen, Hirntumoren, internistische Erkrankungen etc.

Symptome bei akuten Psychosen:

- Bewusstseinsstörung
- Desorientiertheit
- produktive Symptome (insbesondere optische Halluzinationen)

Symptome bei chronischen Psychosen:

- (im Sinne des chronischen organischen Psychosyndroms) mnestiche Störungen
- Depressionen

- chronifizierter Wahn
- Wesensänderung, Persönlichkeitsabbau

Schizophrenie (F 20)

Epidemiologie: Im Kindesalter und in der Präpubertät seltene Erkrankung, in der Adoleszenz vergleichsweise häufig; Beginn vor dem 14. Lebensjahr bei nur 4 % aller schizophrenen Erkrankungen, vor dem 10. Lebensjahr bei weniger als 1 %. Unter Krankenhausaufnahmen weniger als 5 % aller in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufgenommenen.

Ätiologie: Analog zur Erwachsenen-schizophrenie polyätiologischer Erklärungsansatz mit Schwergewicht auf biologischen Faktoren.

Symptome: (Allgemein gilt: je jünger die Kinder, um so weniger Ähnlichkeit mit der Erwachsenen-schizophrenie):

- *Schulalter*
 - schleichender Beginn, produktive Symptome fehlen oft
 - Knick in der Entwicklung
 - regressive Symptome, Enkopresis, Enuresis, Exhibitionismus
 - allgemeine körperliche Beschwerden
 - motorische Stereotypen, Sprachstörungen, Gehemmtheit
 - Ängste, Zwangsphänomene, Stimmungs labilität, Depression
 - gelegentlich Auftreten von Wahn (Schuldwahn, Vergiftungswahn) und Halluzinationen, in der Pubertät zunehmend produktive Symptome
- *Jugendalter*

Angleichung der Symptomatik an die Erwachsenen-schizophrenie; im Vorfeld uncharakteristische Störungen wie bei Pubertäts- und Adoleszenten-krisen:

 - Depersonalisation, Derealisation
 - Protesthaltung, Trotzreaktionen, unerklärliche Aggressionen
 - Schulversagen
 - dissoziale Handlungen

Diagnose: Oft erst aus dem *Verlauf* zu stellen:

- Manifestation der Psychose *schleichend*: Hebephrenie oder Schizophrenia simplex

- Manifestation der Psychose *akut*: Katatonie oder paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- bei *einmaliger* Manifestation: eher psychogene Psychose, psychotische Dekompensation bei Reifungskrise o. Ä.

Bei geistig behinderten Kindern zusätzlich auftretende schizophrene Psychose: sog. Pfpfopschizophrenie (ungünstige abwertende Wortbildung!), oft reaktiv ausgelöst.

Prognose: Bei Beginn vor dem 10. Lebensjahr recht ungünstig; Zwangssymptome prognostisch eher günstig.

Therapie: Analog der Erwachsenenpsychosen; zusätzlicher Akzent auf Heilpädagogik.

Affektive Störungen (F 3)

Bipolare oder monopolare Psychosen mit manischem und/oder depressivem Gepräge. Sehr selten im Kindesalter (kaum vor dem 10. Lebensjahr); selten bei Jugendlichen. Depressionen mit Dysphorie, Somatisierung, Kontaktstörungen.

Differentialdiagnose:

- *frühinfantil*: anaklitische Depression als Deprivationssyndrom infolge von schweren Verlust- und Versagungserfahrungen
- *im Vorschulalter*: »larvierte« Depressionen mit Ängsten und psychosomatischen Reaktionen als Reaktion auf Trennung
- *im Grundschulalter*: reaktive Depression, verursacht u. a. durch Konflikte oder Überforderung im Elternhaus oder in der Schule
- *in der Pubertät*: Krisen, Weltschmerz und depressive Verstimmungen, häufig auch Suizidalität!
- *bei Jugendlichen*: nicht selten Depression im Vorfeld schizophrener Psychosen, öfter mit Wahnstimmung und Entfremdungsgefühlen verbunden

Therapie: Entsprechend der Art der Depression psychotherapeutisch, pädagogisch oder somatisch.

Borderline-Syndrom/Grenzpsychose (F 60.31)

Unterschiedlich häufig diagnostiziertes, unscharf begrenztes Krankheitsbild (Cave: Sammelbecken!); häufig günstigere Diagnosenbezeichnung: Persönlichkeitsentwicklungsstörung.

Symptome: Destruktive Impulse, aggressive Durchbrüche, Idealisierungen, projektive Identifikation, Spaltung als Abwehr z. B. in Gut und Böse, Depersonalisation, Derealisation. Manchmal kurze psychotische Episoden, ansonsten wechselnde neurotische Symptome.

15.8 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F 84)**➤ Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F 84.0)**

Schwere Störung emotionaler und motorischer Entwicklung mit starker Abkapselung der Kinder; Kontakt- und Wahrnehmungsstörung.

Epidemiologie: 2–4 auf 10000 Kinder; bei Jungen 3mal häufiger als bei Mädchen; Beginn vor dem 30. Lebensmonat.

Ätiologie: Unterschiedliche Theorien; genetische Mitursachen, biologische Faktoren, auch psychodynamische Interpretationen möglich.

Symptome:

- Auftreten bereits wenige Monate nach der Geburt, kein soziales Lächeln, keine Reaktion auf Zuwendung der Mutter
- Kinder starr und emotionslos, Spielstörungen
- Veränderungssängste
- verbale und Handlungsstereotypen, Verhaltensrituale
- Wahrnehmungsschwäche
- motorische Koordinationsschwäche
- intellektueller Rückstand; in drei Viertel aller Fälle deutliche Intelligenzminderung
- schwere Sprachentwicklungsstörung: zunächst motorische Entwicklung, dann (falls überhaupt) verspätete Entwicklung der Sprache, Phonographismus (Wiederholen von Vorgesprochenem), Neologismen
- starke Abkapselung

- defizientes Ich-Bewusstsein, pronominale Umkehr (»ich« wird zu »du« – »du« wird zu »ich«)

Therapie: Verhaltenstherapie, Heilpädagogik, ggf. Sprachheilbehandlung; Therapieplan in Absprache mit den Eltern; evtl. zusätzlicher Einsatz von Psychopharmaka; oft lebenslange Behinderung.

Autistische Psychopathie nach Asperger (F 84.5)

Auffallend frühe sprachliche und späte motorische Entwicklung; frühsprachliche und intellektuelle Entwicklung zunächst unauffällig. Autismus wird erst im Kleinkindalter deutlich.

Epidemiologie/Ätiologie: Vorkommen fast nur bei Knaben; in der Familie häufig autistisch-schizoider Vater, Mutter oft unauffällig.

Symptome: Motorische Ungeschicklichkeit, repetitive stereotype Verhaltensmuster, Sprache mit Wortschöpfungen, Sonderinteressen und Spezialkenntnisse, keine synthetischen Intelligenzleistungen; Störungen der Kommunikation.

Therapie: Verhaltenstherapie, motorisches Training, Psychotherapie; Musiktherapie; Familientherapie.

Prognose: Günstiger als beim frühkindlichen Autismus.

Rett-Syndrom (F 84.2)

Bei Mädchen nach scheinbar normaler früher Entwicklung Krankheitsbeginn zwischen 7. und 24. Lebensmonat; ungünstige Prognose.

Symptome: Verlust erworbener sprachlicher und manueller Fähigkeiten, Verlangsamung des Kopfwachstums, Ataxie.

Charakteristisch: stereotype windend-wringende Händewaschbewegungen; exzessives Sabbern und Bespeicheln der Hände; leeres »soziales Lächeln«.

Desintegrative Störung des Kindesalters (Dementia infantilis, Heller-Syndrom) (F 84.3)

Abbau und Rückbau bereits erreichter Entwicklungsstufen im 3. und 4. Lebensjahr; Ursache unbekannt, Prognose meist schlecht.

Symptome: Sprachverlust, Verhaltensdesintegration, Wesensänderung im 3. und 4. Lebensjahr, u. U. neurologische Symptome (begleitende Enzephalopathie).

Divide: Psychogener Autismus bei Deprivation; somatogener Autismus bei Oligophrenie; Pseudoautismus bei blinden und gehörlosen Kindern.

15.9 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychogene Störungen zeigen auch im Kindesalter ein weites Spektrum von Symptomen, bspw. Bettnässen, Schlafstörungen, Ambivalenz zwischen Angst und Kontaktsuche. Immer ist das häusliche oder das Heimmilieu genau zu betrachten.

Anaklitische Depression

Vorbemerkung zu *psychischer Deprivation* im Säuglings- und frühen Kleinkindalter: Für die frühkindliche Entwicklung ist das Erleben einer konstanten Beziehung zur Mutter oder Pflegeperson entscheidend. Primärbeziehung im 1. Lebensjahr; Beziehungsstörung als mögliche Ursache für spätere neurotische und psychosomatische Störungen (vgl. historisch berühmtes Experiment Friedrichs II. von Hohenstaufen: Alle Säuglinge, die nur ernährt, deren Pflegen jedoch Zuwendung und Sprechen verboten war, verstarben. In neuerer Zeit Beobachtungen von René Spitz² an deprivierten Säuglingen und Beschreibung der anaklitischen Depression und des Hospitalismussyndroms).

15

Epidemiologie: In sozial depriviertem Milieu, in Heimen und Krankenhäusern; in westlichen Ländern gegenwärtig seltener voll ausgebildetes Hospitalismussyndrom, eher leichtere Form des chronischen Frustrationssyndroms, Frühkindliche Gedeihstörung mit Entwicklungsverzögerung (stets auch Prüfung der Frage von Misshandlungen).

Symptome: In den ersten Monaten Schreien und Protest, später Kontaktverweigerung, Schlafstörungen, Infektanfälligkeit, starrer Gesichtsausdruck, Letargie.

² Spitz R (1992) Vom Säugling zum Kleinkind, 10. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

Verlauf: Ab 5. Monat irreversible Schädigung: Syndrom des psychischen Hospitalismus mit Entwicklungsrückstand (atypische Bewegungen, Jaktationen, Marasmus).

Therapie: Beseitigung der schädlichen Situation, dann u. U. langwierige pflegende Therapie. Primärprävention entscheidend!

Sonstige Symptome im Kleinkind- und Kindesalter

- **Enuresis** (F 98.0): Einnässen bei Kindern über 4 Jahren (üblicherweise im 3. Lebensjahr trocken)

Epidemiologie: Enuresis bei 10 % aller 4-jährigen Kinder, bei 1 % der Erwachsenen; häufiger bei Jungen

Ätiologie: psychogen, familiär gehäuft (Erforschung der Familiendynamik!; genetisch bedingte Reifungsstörung diskutiert). Regressive Symptome als Reaktion auf Trennung von einer Bezugsperson, Geburt eines Geschwisters oder erzwungene zu frühe Reinlichkeitserziehung. Entwicklungsrückstand, Anomalie der ableitenden Harnwege (organische Ursachen: ca. 20 %!; z. B. Spina bifida, Urethraanomalien, Harnwegsinfektion, Diabetes mellitus, Epilepsie)

Formen:

- *Enuresis persistens:* meist primäre Form der Enuresis mit nächtlichem Einnässen (E. nocturna, Bettnässen), Kind war noch nie trocken
 - *Enuresis acquisita:* sekundäre Enuresis nach Trockenheit von etwa 1 Jahr
 - *Enuresis diurna (Hosennässen):* seltener, Einnässen mehrfach am Tage
- Therapie:* Klärung der Ursache; Blasentraining, Verhaltenstherapie (Klingelton bei nassem Bett; Verstärkungsprogramm); evtl. als Adjuvans Imipramin (Tofranil®) niedrig dosiert; in schwierigen Fällen Kinderpsychotherapie; Familiengespräche; meist gute Prognose

- **Enkopresis** (F 98.1)(*kopros gr. Kot*): Einkoten in die Windel bzw. Hose bei Kindern über 4 Jahren (Sauberkeit üblicherweise im 3. Lebensjahr) u. U. Kotschmierer

Epidemiologie: 1,5 % der Kinder vom 7.–9. Lebensjahr; 10mal seltener als Enuresis; häufiger bei Knaben

Ätiologie: psychogen: Verlusterlebnisse; Übergefügigkeit gegenüber dominanter, fordernder Mutter, Furcht vor allzu fordernder Sauberkeitserziehung; Aggressionshemmung; pathologische Familieninteraktionsmuster

Symptome der Encopresis persistens oder Verlust der bereits erworbenen Stuhlkontrolle: Willkürliches oder unwillkürliches Einkoten meist tagsüber als Stuhlabsetzen oder Kotschmieren. Keine Wahrnehmung des Stuhldranges; u. U. auch Überlaufinkontinenz. Kinder versuchen, das Symptom zu verbergen, verstecken die Unterwäsche. Gelegentlich anale Autostimulation oder Masturbation

Differentialdiagnose: idiopathisches Megakolon, Rückenmarkstumoren, Spina bifida, Rektumstenose, Obstipation

Therapie: Psychotherapie, Verhaltenstherapie

- **Chronische Obstipation:** häufig als Ausdruck des Kampfs des Kindes um gewisse Autonomie, z. B. bei Fehlverhalten der Mütter (Versuch, den Trotz des Kindes zu brechen, zu starke Kontrolle); Obstipation auch bei Kindern mit Enkopresis
- **Autoerotische Betätigung:** Schaukeln (Jaktationen von Kopf oder Rumpf), Kotspiele und Spiele am Genitale
pathologisch nur dann, wenn beherrschend, ansonsten physiologischer, phasenabhängiger Durchgang
- **Nägelkauen, Daumenlutschen, Trichotillomanie (Haareausreißen), Stottern, Affektkrämpfe:** Symptome mehrdeutig: vorübergehende Störung ohne Krankheitswert oder Symptom einer ernsthaften Erkrankung (z. B. Autismus), je nach Gesamtbefund des Kindes und Familienpathologie
- **Pica** (F 98.3): anhaltender Verzehr nicht essbarer Substanzen (Schmutz, Farbschnipsel etc.)
- **Schlafwandeln (Somnambulismus)**

15.10 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (F 93)

Entsprechend den Störungen im Erwachsenenalter nach Symptomatik eingeteilt; hier nur kurze Erwähnung!

Depressive Verstimmungen

Ätiologie: Häufig versagender und autoritärer Erziehungsstil mit depressiver Ideologie in der Familie: Aggression nicht möglich!

Symptome: Im Schulalter ängstliche Verstimmung, Niedergeschlagenheit, Spielhemmung; Störung von Konzentration und Ausdauer; unerwartete Aggressionen; regressive Symptome wie Nägelknabbern, Daumenlutschen, Naschsucht, Enuresis und Enkopresis; Vorwurfshaltung und Klagen!

Angststörungen und Phobien

Angst: Diffus frei flottierend oder anfallsartig bis zur Panik, daneben vegetative Symptome; Pavor nocturnus; kein ersichtlicher Grund oder Anlass. Familiärer Hintergrund oft überbehütend, zwanghaft-ängstlich. Unterschiedlich häufig je nach Alter: Trennungsängste beim Kleinkind, zwangsähnliche Rituale bei Schulkindern zur Vermeidung von Angst.

Achtmonatsangst: (Fremdeln; Xenophobiereaktion) physiologisch.

Phobien: Abnorme Furcht vor bestimmten Objekten oder Situationen; begleitet von vegetativen Symptomen; im Vorschulalter öfter Zoophobien; Therapie: systematische Desensibilisierung.

Zwangsstörungen

Mit Zwangsgedanken, -handlungen, -antrieben; Ähnlichkeit mit rituellen Handlungen. Viele Kinder bilden vorübergehend Rituale aus wie Zählen, bestimmte Wege gehen, nur auf Platten treten, die einer bestimmten Ordnung folgen etc. In anderen Fällen schwere pathologische Entwicklung. Gelegentlich Kombination mit Ticserkrankungen. Knabenwendigkeit.

Hysterie, dissoziative Störungen

Konversionssymptome wie im Erwachsenenalter; bei Kindern häufiger Dämmerzustände mit dranghaftem Weglaufen.

Therapie: Analytisch orientierte Psychotherapie, Familientherapie; evtl. Antidepressiva; bei Angst- und Zwangsstörungen Verhaltenstherapie.

Psychoreaktive Störungen

Psychogene Reaktionen entweder als akute Belastungsreaktionen oder als länger dauernde Anpassungsreaktionen.

Symptome: Angstzustände, Depressionen, Bewusstseinsstörungen, Mutismus.

Wichtig: Zusammenhang mit psychischem Trauma oder Belastung; Dauer der Symptome um so kürzer, je jünger das Kind.

In diesem Zusammenhang ebenfalls wichtig *Kindesmisshandlung*: bei kleineren Kindern oft körperliche Misshandlung (Battered-Child-Syndrom!), im Schulalter oft zusätzlich seelische Misshandlungen, auch in Form von »Strafen« gekleidet: Liebesentzug aller Art wie Einsperren, Nahrungsentzug etc., daher bei körperlicher Untersuchung an Kindesmisshandlung denken! (Angehörige vertuschen die Situation oft). Auch an die Möglichkeit sexuellen Missbrauchs muss gedacht werden, wobei andererseits auch vor leichtfertigen Spekulationen in dieser Richtung gewarnt werden muss.

Weitere Symptome können *psychoreaktiv* auftreten, von denen einige bei vielen Kindern auch *phasenspezifisch* vorkommen (in diesen Fällen keine Behandlung erforderlich!): Weglaufen (z. B. in Pubertätskrisen; bei Anfallsleiden unbewusst, dranghaft als Fugue), Lügen (extrem als Pseudologia phantastica), Stehlen, Zündeln, Aggressivität, Mutismus, Trichotillomanie (Haarausreißen), Pica (Kind nimmt alles in den Mund, auch Ungenießbares), Onychophagie (Nägelkauen), Daumenlutschen, Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Schlafwandeln, Somnambulismus, Pavor nocturnus), Enkopresis, Enuresis, Essstörungen (Adipositas, Anorexie, Bulimie), Obstipation, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale.

Therapie: Psychotherapie, Familientherapie; evtl. Sorgerechtsentziehung, Wiederholungsrisiko ausschließen!

Pubertäts- und Reifungskrisen in der Adoleszenz

Während Pubertät und Jugendalter ohnehin viele Schwierigkeiten bei Identitätsfindung, zugespitzt in krisenhaften Phasen: Umwelteinflüsse und schwierige persönliche Situationen, besonders Sexual- und Bindungsprobleme, aber auch Leistungsfragen, Autoritätskonflikte, Berufsfindungsprobleme etc. Quälende Suche nach individueller Identität, Unsicherheit über Triebwünsche und Geschlechtsrolle, Onanieskrupel, Beziehungsgedanken (bis zum Wahn), Erythrophobie, Entfremdungserlebnisse, auch kurzdauernde psychotische Episoden.

- Suizide und Suizidversuche: Suizid bei männlichen Jugendlichen über 15 Jahren eine der häufigsten Todesursachen; Suizidversuche häufiger von Mädchen durch Intoxikation in der familiären Wohnung. Kinder immer öfter betroffen. Stets Suizidrisiko im Auge behalten!

15.11 Störungen des Sozialverhaltens (F 91)

Dissozialität und Verwahrlosung als untaugliche Reaktion auf Probleme und Konflikte – keine psychiatrische Erkrankung! Soziologische Begriffe! Ursachen polyätiologisch! Auftreten innerhalb und außerhalb des familiären Rahmens, bei vorhandenen oder bei fehlenden sozialen Bindungen; nicht selten in Kombination mit emotionalen Störungen (F 92).

- **Dissozialität:** gestörte Gemeinschaftsfähigkeit mit Verstößen gegen gesellschaftliche Regeln (Gesetze) oder herrschende Moral
- **Verwahrlosung:** sozialwidriges Verhalten aufgrund einer gestörten Persönlichkeitsstruktur (Labilität, Impulsivität, Aggressivität); Dissozialität als der umfassendere Begriff!
- **Delinquenz:** verwendet im Zusammenhang mit kindlichen Delikten, bei denen gegen bestehende Gesetze und Vorschriften verstoßen wird; oft in Zusammenhang mit einer Verwahrlosungsentwicklung. Strafverfolgung kann erfolgen

Symptome: Destruktives Verhalten, Aggression, Wutausbrüche, Schule schwänzen, Diebstahl, Lügen, Erziehungsprobleme, Beziehungsabbrüche, Alkohol- und Drogenmissbrauch und -abhängigkeit (Schnüffelsucht, Spielsucht); u. U. Zusammenhang mit hyperkinetischem Syndrom.

Hartmann (1977)³ unterscheidet 3 *Verwahrlosungssyndrome*:

- Instabilitätssyndrom (Depressivität, Ausweichen etc.)
- Asozialitätssyndrom (Schule schwänzen, Bummeln, Alkohol)
- Kriminalitätssyndrom (eindeutige Aggression gegen Personen und Sachen, u. U. Delinquenz vor dem 14. Lebensjahr)

Bei männlichen Jugendlichen Überwiegen von Eigentumsdelikten; bei weiblichen Jugendlichen Überwiegen von Herumtreiben, oft wechselnde Sexualpartner, Prostitution.

Therapie: Beeinflussung des Milieus (!), Familientherapie, pädagogische Maßnahmen; in der Klinik schwierige Patienten, da meist erzwungene Behandlung.

³ Hartmann K (1977) Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Fallbeispiele

Fallbeispiel 15.1

Der 6jährige Kai wird in der kinderpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt. Er falle durch lebhaftes, zappeliges, clownhaftiges Verhalten auf, er provoziere andere Kinder, bedürfe ständiger Einzelbetreuung. Die Eltern beschreiben Kai als äußerst vital, sehr lebhaft. Kai kenne keine Ängste, könne Risiken nicht einschätzen, er sei extrem ablenkbar und könne sich wenig konzentrieren. So irritiere er gelegentlich seinen Vater, der gerne mit ihm Fußball spiele. Mitten im Spiel könne Kai an ihm »vorbeisausen«, der Vater sei momentan völlig uninteressant, Kai interessiere sich dann urplötzlich für irgendetwas anderes, es könne ein Stein oder ein Stock sein.

In der Untersuchungssituation wirkt Kai äußerst lebhaft, expansiv, er wechselt sehr schnell sein Interesse, ist ständig in Bewegung. Von der Grundstimmung her überwiegend fröhlich, leicht distanzlos.

Bei der neurologischen Untersuchung fallen deutliche Defizite in den Koordinations- und Gleichgewichtsleistungen auf.

Die testpsychologische Untersuchung macht deutlich, dass Kai über eine normale Grundintelligenz verfügt. Auffällig sind Störungen in der Feinmotorik, der visuell-motorischen Koordinationsgenauigkeit sowie der Aufmerksamkeitszentrierung. Die Störung der Aufmerksamkeit ließ sich während des gesamten Tests beobachten.

Behandlung: Beratung der Eltern, gelassener und konsequenter Erziehungsstil, Einbinden in ein sehr klares Ordnungs- und Regelsystem. Unterstützend: Sport, therapeutisches Reiten. Nach Ausschöpfen pädagogischer Maßnahmen Methylphenidat (Ritalin) in Erwägung ziehen.

➤ **Hyperkinetisches Syndrom (F 90.0)**

Fallbeispiel 15.2

Seit ca. einem Dreivierteljahr zeige der 9jährige Thomas ausgeprägte Tics mit heftigen, abrupten Bewegungen im Schulter-, Arm- und Kopfbereich, gelegentlich auch im Bereich der Beine. Manchmal werde Thomas von diesen Tics regelrecht aus dem Sitz gerissen. Er stoße dabei Grunz- und Quietschgeräusche aus.

Zeitweise seien diese Tics auch mit Aggressionen verbunden, Thomas habe in der Schule ein anderes Kind gewürgt, einem anderen Kind einen



spitzen Bleistift in den Hals gestochen. Diese Aggressionen und Tics erlebte Thomas als ich-fremd und reagierte mit heftigen Schuldgefühlen. Andererseits stehe er durch diese ständige Unruhe im Mittelpunkt und habe einen erheblichen Krankheitsgewinn. Thomas klammerte sich sehr an die Mutter, wolle nicht allein gelassen werden und manipulierte die Eltern sehr. Auf der Station geriet Thomas rasch in eine Außenseiterposition. Am augenfälligsten waren die Tics, wobei Thomas sehr laute Geräusche ausstieß, spuckte, seine Arme und Beine heftig wegschleuderte und dabei häufig sich oder andere verletzte. Zunehmend konnte beobachtet werden, dass Thomas diese Tics mit dem Ausrufen von Schimpfwörtern verband, z. B. »Arschloch« oder mit Wörtern aus dem sexuell-analen Bereich wie z. B. »ich will Deine Scheide küssen«. Solche Reden waren ihm sehr peinlich, er wisse selbst gar nicht, was er da rufe. Thomas deutete sein Verhalten als Krankheit. Wurde er in seinen Wünschen oder Erwartungen frustriert, zeigte er selten Wut oder Ärger, sondern zog sich in sein Zimmer zurück und beruhigte sich durch heftige Jaktationen im Sinne einer Drehbewegung des Oberkörpers, wobei er ein Tuch oder einen Schal vor seinen Augen hin- und herbewegte.

Thomas spielte nicht mit den anderen Kindern und bezog sich in keiner Weise auf die Gleichaltrigen. Am liebsten beschäftigte er sich damit, Fernsehzeitschriften oder Comics zu lesen oder sich in seinem Zimmer zu drehen. Die einzige ihm angebotene Aktivität, die ihn begeisterte, war das regelmäßige Schwimmen. Therapeutisch wurde Thomas wie folgt betreut: Zweimal wöchentlich eine Stunde Familientherapie, viermal wöchentlich Bewegungstherapie (Psychomotorikgruppe, Krankengymnastik). Täglich eine halbe Stunde Sprachheiltherapie. Einmal wöchentlich Teilnahme am therapeutischen Reiten. Zusätzlich nahm Thomas an allen Aktivitäten der Station teil, also am regelmäßigen Schwimmen, an Ausflügen und Stadtgängen.

Die intensive multimodale psychotherapeutische Behandlung des Jungen hatte zum Ziel, den Zusammenhang herzustellen zwischen aggressiver Hemmung und Unterdrückung von Wut- und Ärgergefühlen mit dem symbolischen Ausdrücken dieser Affekte durch Treten, Schlagen, Spucken und Schimpfwörter äußern im Tic. Thomas wurde ermuntert, sich mehr zu wehren, Ärger auszudrücken, zu schreien und zu schimpfen, frech zu sein



und dergleichen mehr. Durch die Therapie wurde Thomas spontaner, fand Zugang zur Kindergruppe und beteiligte sich am Spiel. Er wurde stabilisiert in seine Familie entlassen.

➤ **Kombinierte vokale und multiple motorische Tics:**
Gilles de la Tourette-Syndrom (F 95.2)

Fallbeispiel 15.3

Der 12jährige Uwe kommt aus einem Kinderheim zur Abklärung seines auffälligen Verhaltens zur stationären Aufnahme. Die Störung begann bereits im Kleinkindalter. Bei Uwe fällt auf, dass er dazu neigt, andere Kinder auffällig zu betasten, er schnuppert an Gegenständen und scheint durch bestimmte Geräusche fasziniert zu sein. Seine Bewegungen sind merkwürdig eckig, ritualisiert und stereotyp. Uwe ist auf ein »Gleichbleiben« seiner Umgebung angewiesen, er spielt lange ein sich immer wiederholendes Spiel mit den gleichen Gegenständen.

In seiner wenig entwickelten Sprache fällt die geringe Modulation, ein unangemessen lautes oder leises Sprechen auf; ferner Auftreten von Echolalie. Eher überdurchschnittliche Fähigkeiten besitzt Uwe im Zeichnen und Malen, nicht im kreativen Darstellen, sondern in der Reproduktionsfähigkeit; er kann photographisch genau abmalen.

➤ **Frühkindlicher Autismus nach Kanner (F 84.0)**

Fallbeispiel 15.4

Der 14jährige Ralf wird seit seinem 9. Lebensjahr wegen einer primären Enuresis behandelt. In der Erziehungsberatungsstelle bekam Ralf ein Weckgerät. Die Therapie wurde nach einem halben Jahr abgebrochen, da Ralf sich beim Summen des Apparates sehr erschreckt habe. Ralf nahm an einer Spieltherapie teil; dann führte er einen Kalender über das Einnässen. Eine wesentliche Veränderung stellte sich jedoch nicht ein.

Ralf ist ein Kind aus zweiter Ehe. Die ersten Kontakte mit dem Jugendamt suchte die Mutter, als Ralf neun Jahre alt war, da er massive Schul-schwierigkeiten hatte und sehr unpünktlich im Unterricht erschien. Die Ehe war zu dieser Zeit zerstritten; beide Partner betrieben Alkoholmissbrauch.



Zwei Jahre später wird die inzwischen von ihrem Ehemann getrennte Mutter von einem Sozialarbeiter besucht, da Nachbarn sie als auffällig und haltlos schildern. Damals hieß es: »Beide Kinderzimmer sind sehr verdreckt und feucht. Überall liegen Zeitungen, Papiere, Straßendreck. Beide Zimmer werden nicht geheizt und sind kaum isoliert, sodass es sehr kalt ist. Überall riecht es muffig«. Trotz der Befürchtungen des Jugendamtes für die Gesundheit der Kinder wurde eine Fremdunterbringung Ralfs nicht in die Wege geleitet.

Wiederum zwei Jahre später kommt die Mutter bei einem Wohnungsbrand zu Tode. Laut Polizeibericht hatte sie sich mit einem jüngeren Partner unter Alkoholeinfluss gestritten. Der schlafende Ralf wurde während der Löscharbeiten von Feuerwehrleuten gefunden, geweckt, er sah seine verbrannte Mutter, wurde völlig verstört von einem Sozialarbeiter zum Vater gebracht.

Die neue Familie ist für Ralf eine andere Welt. Sein Vater hatte eine wesentlich ältere Frau geheiratet, die vier Töchter im Alter von 16 bis 25 Jahren mit in die Ehe brachte. Ralf schreibt zu seiner veränderten Situation im Lebenslauf: »Die erste Zeit ging es gut, dann aber hackte meine Schwester auf mir herum. Sie nennt mich immer Stinki. Ich habe bei der »Fundgrube« deshalb einen Tacho geklaut. Als ich hörte, dass ich von zu Hause wegkommen sollte, freute ich mich«.

Auf der Station ist Ralf überwiegend angepasst, er sucht die Nähe des Personals, seine Spielpartner sind jüngere Kinder. Ralf vermeidet, über seine Gefühle zu reden. Er sucht sehr viel Bestätigung, verzagt bei Frustrationen schnell, reagiert unsicher und ängstlich und fällt in regressive Verhaltensweisen, indem er stammelt oder kleinkindhaft spricht.

Therapeutische Maßnahmen: Konditionierungstherapie mit dem Führen eines Kalenders, Tiefenpsychologisch orientierte Einzeltherapie, Psychomotorikgruppe und therapeutisches Reiten. Nach sechsmonatiger Behandlung Wechsel in eine heilpädagogische Wohngruppe in symptomfreiem Zustand.

➤ **Enuresis (F 98.0)**

Fallbeispiel 15.5

Der siebzehnjährige Tim wird von dem zuständigen Sozialarbeiter des Jugendamtes zur stationären Aufnahme gebracht.



Zur Vorgeschichte wird berichtet, dass der Vater des Jungen starb, als Tim fünf Jahre alt war. Frau K. versuchte, ihren Schmerz durch vermehrte Verwöhnung ihres jüngsten Sohnes zu bewältigen. Tim war immer ihr »lieber, kleiner Junge«. Seit dem Tod seines Vaters hatte er über mehrere Jahre fast ständig seine Hose verschmiert, gelegentlich auch das ganze »Geschäft« in der Hose. Die Mutter berichtete, dass Tim eigentlich nie Probleme bereitet habe, er sei immer ein lieber Junge gewesen und könne sich sehr gut benehmen.

Nebenbei berichtete sie dann, dass Tim zehnjährig einen Schulverweis bekam, da er einem Mädchen an die Bluse fasste. Im selben Alter entwendete er aus einem Kiosk zusammen mit anderen Jungen 400,- DM. Mit 11 und 12 Jahren fielen Ladendiebstähle auf. Vierzehnjährig hatte Tim seine erste Gerichtsverhandlung, da er ein Mofa entwendete. Mit 15 fiel er wegen fahrlässiger Körperverletzung auf; mit 16 sollte er die Schule verlassen, da er sich nicht einordnen wollte. Jetzt, siebzehnjährig, hatte er seiner Mutter das Scheckheft entwendet und 10000,- DM in einer Kneipe beim Kartenspielen »verjubelt«.

Die Mutter betonte immer wieder, wie lieb der Junge sei. Jetzt sei das Familienleben durch Tim zerstört, da ihr zweiter Mann und die beiden älteren Geschwister eine Front gegen ihn gebildet hätten. Sie wisse nicht mehr ein noch aus, denn für sie sei eine harmonische Familie lebensnotwendig. Seit Monaten nehme sie Beruhigungsmittel. Ihr Mann habe jetzt nach dem letzten Vorfall mit dem gestohlenen Scheckheft gedroht, dass er so nicht weiterleben könne. Nach einer Auseinandersetzung voller gegenseitiger Vorwürfe habe ihr Mann DDT geschluckt. Er sei mehrere Wochen auf der Intensivstation behandelt worden. Die großen Geschwister Tims hätten daraufhin gedroht, Tim umzubringen. Dazu habe Tim geäußert, er werde sich selbst umbringen. Die Mutter weinte während ihres Berichtes. Tim wirkte verlegen und unsicher.

Der zuständige Sozialarbeiter schilderte, dass die Arbeit des Jugendamtes durch die inkonsequente, verwöhnende Art der Mutter sehr erschwert worden sei. Frau K. behandle ihren Sohn wie ein Kleinkind, verwöhne ihn materiell sehr. Der Stiefvater des Jungen habe einen verantwortungsvollen Posten in einer großen Firma. Tim fühle sich wohl von der Tüchtigkeit seines



Stiefvaters erdrückt. Wenn dieser beruflich abwesend sei, schlafe Tim mit seiner Mutter in einem Bett, sie halte dann ihren Jungen bei der Hand. Im psychologischen Untersuchungsbefund zeigten sich bei dem durchschnittlich intelligenten Tim hohe Werte für Depressivität, Selbstunsicherheit, emotionale Unreife und reaktive Aggressivität. Im projektiven Verfahren kam ein hohes Geltungsbedürfnis bei starker Selbstunsicherheit zum Ausdruck.

Nach achtwöchiger psychotherapeutischer Behandlung gelang es Tim, sich konkrete kleine Ziele zu setzen und den Weg dahin durchzuhalten. Sein Wunsch, von allen akzeptiert zu werden, bestimmte nicht mehr so häufig sein Verhalten wie früher. In den Gruppengesprächen konnte er die Zuneigung zur Mutter und die dadurch erlebte Einengung als widersprechende Gefühle akzeptieren. Tim entschied sich, nur noch zu Besuch nach Hause zu kommen und stattdessen in einer Wohngruppe zu leben.

➤ **Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2)**

(anamnestisch:) Enkopresis (Kotschmierer) (F 98.1)

Therapie, Versorgung, Prävention

16 Somatische Behandlung – 281

17 Psychotherapie – 305

18 Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation – 329

19 Prävention – 345

16 Somatische Behandlung

16.1 Psychopharmaka – 282

16.1.1 Neuroleptika – 283

16.1.2 Antidepressiva (Thymoleptika) – 288

16.1.3 Lithiumsalze, Carbamazepin und
Valproinsäure/Valproat – 293

16.1.4 Antiepileptika – 296

16.1.5 Tranquilizer – 296

16.1.6 Hypnotika – 299

16.1.7 Psychostimulanzien – 301

16.1.8 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika) – 302

16.2 Elektrokrampftherapie (EKT) – 302

16.2.1 Sonstige Methoden – 303

16.1 Psychopharmaka

Entwicklung der modernen Psychopharmaka

- 1942 Entdeckung der LSD-Wirkung (Albert Hoffmann)
(»Modellpsychosen«)
- 1946 Meprobamat: erster Tranquilizer
- 1951 Chlorpromazin: künstlicher Winterschlaf (hibernation artificielle)
(Henri Laborit)
- 1952 Chlorpromazin: Einführung in die psychiatrische Behandlung
(Jean Delay und Pierre Deniker)
- 1957 Imipramin: Entdeckung der stimmungsaufhellenden Wirkung;
erstes Antidepressivum (Roland Kuhn)
- 1958 Haloperidol: erstes hochpotentes Neuroleptikum (Paul Janssen)
- 1960 Chlordiazepoxid: erstes Präparat der Benzodiazepinreihe
(Leo Sternbach)
- Lithium: Einführung als Prophylaktikum bei Manien und
Depressionen (John Cade; Mogens Schou)
- 1970 Clozapin als erstes atypisches Neuroleptikum
- 1990 Seither Einführung weiterer atypischer Neuroleptika und
rezeptorselektiver-Antidepressiva

Übersicht über die Psychopharmaka

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Prophylaktika/ Stimmungsstabilisierer
- Tranquilizer
- Hypnotika
- Psychostimulanzen (Psychoanaleptika)

Psychotrope Substanzen (keine Pharmaka)

- Psychodysleptika: Tetrahydrocannabinol, Psilocybin, Mescaline, LSD
- sog. »Euphorika« Alkohol, Kokain, Opiate (hohes Abhängigkeits-
potential)

16.1.1 Neuroleptika

Einteilung der Neuroleptika in ■ Tab. 16.1. In der Anwendung eigentlich Psycholeptika (gr. *lambano* – ergreife, das Nervensystem ergreifend).

Zielsymptome: Psychomotorische Erregung, affektive Spannung/katatones Verhalten, Halluzinationen, Wahn, formale Denkstörungen, schizophrene Ich-Störung.

Indikationsschwerpunkte: 1. akute psychotische Zustände 2. chronische Psychosen und Residuen 3. Rezidivprophylaxe.

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Nur teilweise aufgeklärt; Dopaminrezeptorblockade bei gesteigertem Dopaminumsatz; Blockade der Rezeptoren von Serotonin, Noradrenalin, Histamin und Acetylcholin; zusätzlich Empfindlichkeitsveränderung an den postsynaptischen Rezeptoren: Überempfindlichkeit (up-regulation) nach längerer Neuroleptikagabe und damit Abschwächung der Blockade durch Neuroleptika (durch Zunahme von Rezeptoren im Striatum Spätdyskinesien erklärbar).

Gruppierung nach antipsychotischer Wirksamkeit (Maßstab): Neuroleptische Potenz von Chlorpromazin = 1. Cave: klinisch gebräuchliche, aber empirisch ungenügend fundierte Einteilung; antipsychotische Wirkung auch bei mittelpotenten Neuroleptika in höherer Dosierung oft günstig.

- **schwachpotente** Neuroleptika: sedierend, anxiolytische Wirkung; geringe antipsychotische Wirkung; vegetative Nebenwirkungen
Beispiele: Chlorpromazin (Megaphen® in Deutschland kaum gebräuchlich); Promethazin (Atosil®), Levomepromazin (Neurocil®), Chlorprothixen (Truxal®), Thioridazin (Melleril®)
- **mittelpotente** Neuroleptika: Mittelstellung, sedierend und stärker antipsychotisch wirksam
Beispiele: Clopenthixol (Ciatyl®), Olanzapin (Zyprexa®), Clozapin (Leponex®), Perazin (Taxilan®), Quetiapin (Seroquel®), Sulpirid (Dogmatil®), Ziprasidon (Zeldox®)
- **hochpotente** Neuroleptika: geringe Sedierung, starke Wirkung auf paranoid-halluzinatorische Syndrome. Häufig extrapyramidal-motorische Störungen, bes. in höherer Dosierung kaum vegetative Nebenwirkungen
Beispiele: Haloperidol (Haldol®), Trifluoperidol (Triperidol®), Benperidol (Glianimon®), Risperidon (Risperdal®), Fluphenazin (Dapotum®), Pimo-

Tab. 16.1. Einteilung der Neuroleptika

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*	Wirkung
Trizyklische Neuroleptika				
Phenothiazine mit aliphatischer Seitenkette	Chlorpromazin	Megaphen®	50–500	stärker sedierend; vegetative Nebenwirkungen
	Levomepromazin	Neurocil®	100–600	
	Promethazin	Atosil®	50–150	
Phenothiazine mit Piperidylseitenkette	Thioridazin	Melleril®	75–600	mäßig sedierend (Mittelstellung)
Phenothiazine mit Piperazinylseitenkette	Fluphenazin	Dapotum®	3–20	wenig sedierend; stärker antipsychotisch; EPMS
	Perazin	Lyogen®	3–20	
	Perphenazin	Taxilan®	75–800	
		Decentan®	8–48	
Thioxanthene	Chlorprothixen	Truxal®	100–400	sedierend; mäßig antipsychotisch
	Flupentixol	Fluanxol®	3–20	
	Zuclopenthixol	Ciatyl-2®	20–40	
Butyrophenone	Benperidol	Glianimon®	2–20	stark antipsychotisch; EPMS
	Haloperidol	Haldol®	2–30	D
	Melperon	Eunerpan®	50–400	niedrigpotent, sedierend
	Dipiperon	Pipamperon®	40–400	niedrigpotent, sedierend
Diphenylbutylpiperidine	Fluspirilen	Imap®	**	D höher potent, wenig EPMS, wenig sedierend
	Pimozid	Orap®		
Benzamide	Sulpirid	Dogmatil® Meresa®	100–800	mäßig antipsychotisch; EPMS möglich; kaum sedierend

* Angabe der Tagesdosen nur als Anhaltswerte!

** nur in Depotform verfügbar

D = in Depotform verfügbar

EPMS = extrapyramidal-motorische Störungen

■ **Tab. 16.1** (Fortsetzung)

Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*	Wirkung
Andere (atypische) Neuroleptika			
Clozapin	Leponex®	50–600	sedierend; schlafanstoßend; mäßig antipsychotisch; vegetative, aber keine EPMS
Olanzapin	Zyprexa®	5–20	geringe EPMS, sedierend
Quetiapin	Seroquel®	50–1000	geringe EPMS, sedierend
Risperidon	Risperdal®	4–8	EPMS bei höherer Dosis
Ziprasidon	Zeldox®	40–160	EPMS bei höherer Dosis
Amisulprid	Risperdal®	400–1000	EPMS bei höherer Dosis
* Angabe der Tagesdosen nur als Anhaltswerte! EPMS = extrapyramidal-motorische Störungen			

zide (Orap®), Fluspirilen (Imap®), Perphenazin (Decentan®), Flupenthixol (Fluanxol®), Risperidon (Risperdal®)

Gruppierung nach »Typizität«:

Anderes Einteilungsprinzip: Differenzierung von atypischen Neuroleptika (= keine oder deutlich geringere EPS):

Clozapin (Leponex®, klassisches Atypikum), Olanzapin (Zyprexa®) und Quetiapin (Seroquel®) haben ähnliches, breites Rezeptorbelegungsprofil.

Risperidon (Risperdal®), Ziprasidon (Zeldox®), Amisulprid (Solian®) Aripiprazol (Abilify®): stärkere D1/D2-Rezeptorblockade.

Nebenwirkungen:

- *Vegetative Symptome:* Mundtrockenheit, Schwitzen, Seborrhoe, Tachykardie (eher bei niedrigpotenten Neuroleptika), cave: Verlängerung der frequenzkorrigierten QT-Zeit, Orthostase, Speichelfluss/Sialorrhoe (häufiger bei hochpotenten Neuroleptika), Obstipation, Harnverhalt, Gewichtszunahme, cave: z. T. auch diabetogene Wirkung
- Galaktorrhoe (durch erhöhte Prolaktinspiegel, bei D2-Rezeptorblockade)
- Sedierung, Konzentrationsschwäche (v. a. bei niedrigpotenten Neuroleptika)

- Alibidimie (Libidoverlust), Potenzstörungen (reversibel!), u. a. durch durch erhöhte Prolaktinspiegel, bei D2-Rezeptorblockade
- *extrapyramidal-motorische Symptome* (EPMS): treten durch Blockade der D1/D2-Rezeptoren auf, also klassischen hoch- und mittelpotenten Neuroleptika, weniger bei atypischen Neuroleptika, kaum bei atypischen Neuroleptika mit breitem Rezeptorbelegungsprofil, gar nicht bei Clozapin

- *Frühdyskinesien* (hyperkinetisch-dyston): Zungenschlundkrampf, Augenmuskelkrämpfe (okulogyrische Krisen), Trismus, Opisthotonus, Torsionsspasmen, Tortikollis, Sprechstörungen. – Auftreten u. U. bereits nach einmaliger Gabe!

Behandlung: Biperiden (Akineton® i. v.), Blitzheilung!

- *neuroleptisch bedingter Parkinsonismus*, Parkinsonoid (hypokinetisch): Hypokinese, Rigidität, Zahnradphänomen (Prüfung des Zahnradphänomens: passive Beugung und Streckung im Ellenbogengelenk mit Prüfung des Phänomens durch Umfassen des Bizeps; Daumen auf den Muskelbauch), extrapyramidaler Tremor, Hypomimie, Salbengesicht, Speichelfluss, typische Haltung mit kleinschrittigem Gang. Auftreten meist 1–2 Wochen nach Behandlungsbeginn bzw. nach Dosissteigerung

Behandlung: anticholinerg wirkende Anti-Parkinson-Mittel wie Biperiden (Akineton® oral); möglichst keine Dauermedikation (► Anmerkungen unter »Biperiden« auf der nächsten Seite)

- *Akathisie* (Sitzunruhe): Trippeln; Tasikinesie: ständiges Bewegungsbedürfnis

Behandlung: neuroleptische Medikamente und Dosierung wechseln, evtl. Absetzen erforderlich! Versuch mit Betarezeptorenblockern, z. B. Propanolol (Dociton®) 30–60 mg/d

- *Spätdyskinesien* (tardive Dyskinesien): hyperkinetische Dauersymptome, z. B. periorales »Mümmeln« (Rabbit-Syndrom), Zungenwälzbewegungen, Torticollis etc. Auftreten nach Monaten oder Jahren der Neuroleptikamedikation; etwa 10–20 % der Patienten mit Langzeitmedikation. Häufig irreversibel! Wichtig: rechtzeitige Diagnosestellung! Subjektiv oft erstaunlich geringe Beeinträchtigung

Klinischer Hinweis: *Unterscheide hiervon:* idiopathische Spätdyskinesien; Tourette-Syndrom; Chorea Huntington; M. Parkinson; Symptom der psychotischen Grunderkrankung; Folge der Einnahme anderer Medikamente: Antiepileptika, Malariamittel.

Behandlung: schwierig! Verringerung der Dosis; langsames Absetzen. Gabe von Clozapin (Leponex[®]) (begrenzte Verordnungsmöglichkeit! Regelmäßige engmaschige Blutbildkontrollen!). Bei Clozapin zwar vegetative, aber keine extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, Agranulozytosegefahr! Alternative: Olanzapin, Quetiapin
Prophylaxe von Spätdyskinesien: niedrige Dosierung von Neuroleptika; Mittel mit geringer spätdyskinetischer Potenz: z. B. Clozapin; nach mehrmonatiger oder jahrelanger Gabe eines Neuroleptikums: Ausschleichen der Medikation

Komplikationen:

- delirantes Syndrom (besonders bei niedrigpotenten Neuroleptika, auch bei Clozapin sowie bei Kombinationen mit trizyklischen Antidepressiva und Antiparkinsonmitteln)
- epileptiforme Anfälle (bei schnellem Dosisanstieg oder Absetzen)
- Temperaturanstieg (besonders bei niedrigpotenten Neuroleptika!)
- Ileus
- Miktionsstörungen mit Harnverhaltung
- intrahepatische Cholestase, Ikterus (diabetogene Wirkung !)
- Kreislaufwirkungen mit Hypo- und Hypertonie und Tachykardie (Verlängerung der frequenzkorrigierten QT-Zeit !)
- Leukopenie sowie Agranulozytose (besonders häufig 4.–10. Woche bei Frauen mittleren Alters), banale Infekte beachten! Wichtigste Komplikation!
- Thrombosen mit embolischen Komplikationen (Krankengymnastik; keine ständige Bettruhe!)
- Arzneimittelexantheme
- Photosensibilisierung, Erytheme (Vorsicht: unter Sonneneinstrahlung Tragen von Sonnenhüten!)
- Spätdyskinesien (► oben!)
- malignes neuroleptisches Syndrom: Ursache unklar (Dopaminrezeptorenblockade?); Auftreten selten! meist innerhalb von 2 Wochen bei hochdosierter Neuroleptikabehandlung. In ca. 20 % letaler Ausgang
Symptome: Rigor, Stupor, hohes Fieber, Tachykardie, metabolische Azidose, CK-Erhöhung, Myoglobinnämie, -urie Vigilanzstörungen
Differentialdiagnose (schwierig!): Febrile Katatonie; maligne Hyperthermie, Serotonin-Syndrom (► Kap. 16.1.2)

Behandlung: Dantrolen-Natrium (Dantrolen®) evtl. als Dopaminagonist Bromocriptin (Pravidel®); u. U. EKT

Besonders auch wegen der oft mangelnden Behandlungsbereitschaft häufig Verwendung von *Depot*präparaten, z. B. Flupentixoldecanoat (Fluanxol®), Perphenazinönanthat (Decentan®), Haloperidoldecanoat (Haldol®), Fluphenazindecanoat (Dapotum D®, Lyogen Depot®), neuerdings: Risperidon (Risperdal-consta). Nachteil: bei Komplikationen lange Halbwertszeit. Evtl. auch einmal/Woche Fluspirilen (Imap®).

Biperiden (Akineton®): Keine Langzeitmedikation dieses oder anderer Anti-Parkinson-Mittel mit zentraler anticholinergischer Wirkung (mögliche Verringerung der neuroleptischen Potenz!). Nebenwirkungen und Komplikationen: Euphorie, delirogene Potenz; Harnverhaltung. Spätdyskinesien können verschlechtert werden! Suchtpotential!

Koffein kann die Wirkung von Neuroleptika herabsetzen! Viele Patienten wissen das!

Bei Neuroleptika keine Gefahr der Abhängigkeit (häufige Frage von Patienten und Angehörigen!)

Kontraindikationen: Glaukom und Prostatahypertrophie, Vorsicht bei Reizleitungsstörungen des Herzens! (bei Neuroleptika mit anticholinergischer Komponente).

16.1.2 Antidepressiva (Thymoleptika)

Einteilung der Antidepressiva ■ Tab. 16.2.

Klinischer Hinweis: Regeln zur Gabe und Dosierung von Antidepressiva

- einschleichend, aber nicht zu langsam innerhalb von 7–14 Tagen aufdosieren, solange bis Wirkung deutlich erkennbar und klinische Besserung *fortschreitet*



- ausreichend hohe Dosierung (!) und ausreichend lange Behandlung (!) vor Umsetzen wegen »Wirkungslosigkeit«, in der Regel 3–4 Wochen; häufige Fehlerquelle
- zunächst antidepressive Monotherapie, dann neurochemisch sinnvolle Kombination (z.B. serotonerg + noradrenerg oder präsynaptischer + postsynaptischer Wirkmechanismus)
- Bei Unwirksamkeit Augmentation (Verstärkung) durch Gabe von Li-Salzen oder T3/T4
- cave Trizyklika: Nebenwirkungen (s. dort), bei Verschreibung großer Mengen Möglichkeit zu suizidalen Handlungen; EKG- und Leukozytenkontrollen (Differentialblutbild)
- Patientenaufklärung! Nebenwirkungen – aber keine Gefahr von Abhängigkeitsentwicklung!
- Bei Absetzen langsames Ausschleichen

Generell: Zunächst sedierende Wirkung oft erwünscht (zur Vermeidung unvorhergesehener Suizidalität!). Bei agitierten Depressionen bzw. manisch-depressiven Mischzuständen zusätzlich dämpfendes Neuroleptikum (Quetiapin, Olanzapin)!

Bei gehemmten Depressionen antriebssteigerndes Antidepressivum; Vorsicht: Antriebssteigerung vor der Stimmungsaufhellung, erhöhte Suizidgefahr!

Trizyklische (und tetrazyklische) Antidepressiva

Zielsymptome: Depressive Verstimmung, Antriebsmangel und Agitiertheit; Suizidalität; Schlafstörungen.

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Erhöhung der (erniedrigten) Konzentration von biogenen Aminen im synaptischen Spalt, insbesondere von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin; Wirkung aber auch auf andere Rezeptorensysteme (z. B. Histamin-, Acetylcholin-, α -1-Rezeptoren). Unerwünschte Nebenwirkungen: in erster Linie vegetativ, sowohl anticholinerg (atropinartig) als auch adrenolytisch: *Mundtrockenheit*; Schwitzen; Miktionsstörungen, u. U. Harnverhaltung; Obstipation, Übelkeit, Erbrechen; *Akkomo-*

Tab. 16.2. Einteilung der Antidepressiva

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname		Tagesdosis per os in mg*	Wirkung
Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin	Saroten®	Laroxyl®	50–225	Amitriptylin-Typ: eher sedierend
	mit Chlordiazepoxid	Limbatri®		25–150	
	Perphenazin	Longopax®		30–150	
	Amitriptylinoxid	Equilibrin®		90–240	
	Trimipramin	Stangyl®		75–225	
	Doxepin	Aponal®		75–225	
	Dibenzepin	Noveril®		120–720	
	Clomipramin	Anafranil®		50–225	Imipramin-Typ: antriebssteigernd
	Imipramin	Tofranil®		50–225	
	Desipramin	Pertofran®		75–150	
Nichttrizyklische Antidepressiva	Maprotilin	tetrazyklisch	Ludiomil®	75–150	eher sedierend
	Mianserin		Tolvin®	30–120	
	Mirtazapin		Remergil	30	
	Trazodon		Thombran®	75–300	
	Venlafaxin**		Trevilor	75–375	
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	Fluvoxamin		Fevarin®	100–300	eher antriebssteigernd
	Fluoxetin		Fluctin®	20– 40	
	Paroxetin	Seroxat®	Tagonis®	20– 40	
	Citalopram	Cipramil®		20– 40	
Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)	Tranylcypromin	Jatrosom N	Parnate®	10– 30	antriebssteigernd
	Moclobemid	Aurorix®		300–600	

* Angaben zu Tagesdosen nur als Anhaltswerte!

** Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

dationsstörungen; Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen; Hypotonie, orthostatische Regulationsstörungen (Schwindel, evtl. Gabe von Dihydergot®); Tachykardie; Fingertremor; bei antriebssteigernden Antidepressiva: u. U. Schlafstörungen.

Wichtig: Aufklärung über die häufig nach einigen Tagen abklingenden Nebenwirkungen und über den oft relativ späten Zeitpunkt (Wochen!) des Eintretens der antidepressiven Wirkung! Keine Toleranzentwicklung und Gefahr der Abhängigkeit! (Gelegentlich »Gewöhnung« mit Angst vor Absetzen).

Komplikationen:

- kardiotoxische Wirkung; Überleitungsverlangsamung; Gefahr von Rhythmusstörungen
- paralytischer Ileus
- Harnsperre (besonders bei Prostatahypertrophie)
- Thrombose
- Delir (besonders bei Kombinationsbehandlung, z. B. Neuroleptika und sedierende Antidepressiva)
- Augenninnendruckanstieg beim Glaukom
- selten: zerebrale Krampfanfälle; Agranulozytose (immer Differentialblutbild!); Hautallergien

Bei *Intoxikation* (Suizidversuch!): tachykarde Arrhythmien, Delir, Hyperthermie, Konvulsionen. Verlegung auf Intensivstation! Vorsichtige Gabe von Phosphostigmin.

Kontraindikationen: Prostatahypertrophie, Pylorusstenose, Engwinkelglaukom, Überleitungsstörungen im EKG. Vorsicht bei Gabe von Diuretika!

Wechselwirkungen:

- Bei gleichzeitiger Gabe sedierender Antidepressiva Potenzierung der zentralen Wirkung von Sedativa. Keine trizyklischen Antidepressiva und Anticholinergika kombinieren!
- Blutdrucksenkung von Clonidin kann abgeschwächt, Blutdrucksteigerung von Sympathikomimetika verstärkt werden.
- Östrogene können die antidepressive Wirkung herabsetzen.

Rezeptorselektive Substanzen

Wegen fehlender Wirkung auf Histamin-1-, Acetylcholin- und alpha-1- Rezeptoren deutlich günstigeres Nebenwirkungsprofil. Bei schwereren Depressionsformen als Montherapeutika den Trizyklika unterlegen. Pharmakologisch sinnvolle Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Präparate. Gute Augmentationsmöglichkeiten mit Lithiumsalzen bzw. T3/T4.

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)

Selektive, nichttrizyklische Wiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin, Paroxetin, Fluvoxamin, Nefazodon, Sertralin und Citalopram verbinden gute antidepressive Wirksamkeit mit einer eher niedrigen Rate von Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Schwindel, Schlafstörungen, Potenzstörungen, Kopfschmerz, Erbrechen und Mundtrockenheit; weitere Indikationen: Zwangs- und Angststörungen.

Wechselwirkungen: Keine gleichzeitige Gabe von Serotoninwiederaufnahmehemmern und MAO-Hemmern (Karenzzeit beachten! Gefahr eines zentralen *Serotoninsyndroms* mit Erregung, Myoklonien und Bewusstseinsstörungen!); Vorsicht auch bei Kombination dieser beiden Substanzgruppen mit Lithium!

Mirtazapin (Remergil®) wirkt überwiegend auf den Serotoninumsatz, aber durch postsynaptische 5-HT_{2/3}-Blockade und präsynaptische alpha-2-Blockade; auch antihistaminerge Wirkung. Neben Monotherapie sinnvolle Kombinationsmöglichkeit mit SSRI und NaRI bzw. NaSR (► unten).

Selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NaRI)

Das in Deutschland erhältliche Reboxetin (Edronax®) ist ähnlich gut wirksam wie SSRI und lässt sich ggf. mit diesen kombinieren.

Präparate mit dualen Wirkprinzip (NaSRI)

Venlafaxin (Trevilor®), Duloxetin (Cymbalta®): selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung, gute antidepressive Wirksamkeit, breite Anwendungsmöglichkeit; Nebenwirkungen wie SSRI; Kombinationsmöglichkeit mit Mirtazapin bei schweren Depressionen. Cave: manchmal Blutdruckanstieg.

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)

Zielsymptome: Depressive Verstimmung, auch Panikstörung. Wegen fehlender anticholinergischer Wirkungen keine Kontraindikationen bei Engwinkelglaukom und Prostatahypertrophie!

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Hemmung der Wirkung der Monoaminoxidase, infolgedessen mehr biogene Amine am synaptischen Spalt verfügbar. Wirkungseintritt oft bereits in den ersten Tagen der Einnahme.

Irreversible, nicht selektive MAO-Hemmer: Tranylcypromin (Jatrosom N[®], Parnate[®]) verbindet sich irreversibel mit MAO-A und B, öfter erfolgreich in therapieresistenten Fällen.

Nebenwirkungen: gering, gelegentlich Hypotonie, Schlafstörungen;

Komplikationen: Blutdruckkrisen bei hohem Tyraminspiegel oder u. U. auch bei gleichzeitiger direkt nachfolgender Gabe von trizyklischen Antidepressiva (Medikamentenpause!); u. U. Gabe von Phentolamin (Regitin[®]).

Wichtig: tyraminarme Diät, d. h. Vermeiden von (fermentiertem) Käse, Rotwein, Pferdebohnen, Wild und einigen anderen Nahrungsmitteln (Patientenaufklärung!).

Reversibler, selektiver MAO-Hemmer: Moclobemid (Aurorix[®]). Hemmt nur MAO-A, ist durch Tyramin am Enzym zu verdrängen. Somit keine tyraminarme Diät. Keine Gefahr von Hochdruckkrisen!

Interaktion mit Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI): ► weiter oben.

Pflanzliche Antidepressiva

Bei leichteren Depressionen Versuch mit Johanniskrautpräparaten z. B. Jarsin[®], Hypericum[®], Remotiv[®].

16.1.3 Lithiumsalze, Carbamazepin und Valproinsäure/Valproat

Lithiumsalze (Einteilung ■ Tab. 16.3)

Zielsymptome/Wirkung:

- *prophylaktisch* (wichtigste Anwendung): phasenunterdrückende oder -abschwächende Wirkung bei Manien, bei bipolaren manisch-depressiven Erkrankungen, aber auch (geringere Erfolgsquote) bei unipolaren Depressionen und schizoaffektiven Psychosen

Tab. 16.3. Einteilung der Lithiumsalze

Chemische Kurzbezeichnungen	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*
Lithiumacetat	Quilonum®	
Lithiumkarbonat	Quilonum retard®	ca. 1000 mg
	Hypnorex retard®	(individuelle Dosierung!)
Lithiumsulfat	Lithium-Duriles®	
* Angaben zu Tagesdosen nur als Anhaltswerte!		

- *therapeutisch:* Wirkung bei Manien, stimmungsstabilisierend bei bipolaren Erkrankungen, teilweise Wirkung bei unipolaren phasischen Depressionen (Augmentation von Antidepressiva)

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Bisher noch nicht aufgeklärt; Beeinflussung des Neurotransmitterstoffwechsels (z. B. Serotonin).

Angriffspunkt im Phosphatidinositolstoffwechsel (second messenger).

Nebenwirkungen: initial: Müdigkeit; Adynamie, feinschlägiger Tremor (u. U. Betarezeptorenblocker niedrig dosiert); Absetzen der Lithiumsalze nur in seltenen Fällen!; Magenbeschwerden, Übelkeit; Durstgefühl, Polydipsie, Polyurie (ADH-Antagonismus); Blasenentleerungsstörungen (u. U. Gabe von Carbachol (Doryl®) oder Distigmin (Ubretid®); EKG-Veränderungen (T-Abflachung).

Später: weiterbestehender Tremor; Gewichtszunahme; Gesichts- und Knöchelödeme; leichte Leukozytose; u. U. leichte Adynamie; fraglich subjektiv Einbuße an Kreativität.

Komplikationen: in 5–10 % (hypo-)euthyreote Struma mit Unterdrückung der Freisetzung von Thyroxin (zusätzliche Gabe von L-Thyroxin®); selten Entwicklung eines Diabetes mellitus.

6 Allgemeine Regeln zur Behandlung und Dosierung von Lithiumsalzen:

- Einstellung unter Kontrolle des Lithiumblutspiegels
 - für prophylaktische Wirkung:
empfohlener Spiegel 0,6–0,8 mmol/l
 - zur Akutbehandlung:
empfohlener Spiegel ca. 1,0 mmol/l
- Kontrolle (Blutabnahme) am Morgen, jeweils (+/–) 12 h nach letzter Lithiumeinnahme zunächst wöchentlich, dann in größeren Abständen; bei älteren Patienten niedrigerer Lithiumspiegel
- vorherige und laufende Kontrolle der Nierenfunktion (Kreatinin); gelegentlich EKG und Schilddrüsenwerte
- keine abrupt einsetzende salzarme Diät oder unkontrollierte Gabe von Diuretika mit erhöhter Natriurese: Lithiumspiegel steigt! – Vorsicht bei Gabe von nichtsteroidalen Antiphlogistika!
- Jahrelange, u. U. lebenslange Einnahme erforderlich, Einsetzen der *prophylaktischen Wirkung* erst nach Monaten (d. h. trotz Auftretens von Rezidiven Lithium nicht vor Ablauf von mindestens einem Jahr als erfolglos absetzen)!
- nur sehr langsam ausschleichend absetzen (Rezidivgefahr!)

Kontraindikationen: Nierenfunktionsstörungen, schwere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Wunsch nach Schwangerschaft (teratogene Effekte, z. B. Herzmissbildungen).

Intoxikation: Auftreten bei Überdosierung bzw. bei natriumarmer Diät, Spiegel über 1,6 mmol/l; vitale Gefährdung bei Konzentrationen über 3,5 mmol/l.

Symptome: Erbrechen, Durchfall; grobschlägiger Tremor, Hyperreflexie; Dysarthrie, Ataxie; Muskelschwäche; Myoklonien; Schwindelgefühle, Somnolenz; Krampfanfälle; Bewusstseinsverlust; Nierenversagen, Herz-Kreislauf-Versagen.

Therapie mit forcierter Diurese oder Dialyse, Ausgleich von Elektrolytverlusten.

16.1.4 Antiepileptika

Carbamazepin (Tegretal[®], Timonil[®]), Oxcarbamazepin (Trileptal[®])

Als Prophylaktikum bei affektiven und vor allem schizoaffektiven Psychosen zunehmend bedeutsam, möglicherweise auch bei in kurzen Abständen auftretenden kurzen mono- oder bipolaren Phasen (Kurzyzykler) und bei der Therapie von Manien. Stimmungsstabilisierende Wirkung bei bipolaren Erkrankungen, Dosis 400–800 mg/d. Blutspiegel von 6–12 µg/ml angestrebt.

Nebenwirkungen und Komplikationen: Müdigkeit, Schwindel, Ataxie, Sehstörungen, Übelkeit, Exantheme, Haarausfall, Leukozytopenie, Thrombozytopenie, aplastische Anämie, Leberschädigung (Gamma-GT-Anstieg), T4-Erniedrigung, Herzrhythmusstörungen. Nicht in Schwangerschaft und Stillperiode!

Erheblich weniger Nebenwirkungen bei Oxcarbazepin (Trileptal[®]), gute akut antimanische Wirksamkeit, gleich gute prophylaktische Wirksamkeit?

Valproinsäure/Valproat (Convulex[®], Ergenyl[®], Orfiril[®])

Bei unzureichender Wirkung oder Unverträglichkeit von Lithium oder Carbamazepin.

Nebenwirkungen und Komplikationen (eher selten): Sedierung, Leberdysfunktion, Gewichtszunahme, Haarausfall, Gerinnungsstörungen; Teratogenität.

Lamotrigin (Lamictal[®])

Als zusätzlicher Stimmungsstabilisierer, bessere antidepressive Wirksamkeit (?); prophylaktische Wirkung unklar.

16.1.5 Tranquilizer

Einteilung der Tranquilizer ■ Tab. 16.4.

Zielsymptome: Angst, Unruhe, Anspannung; Erregungszustände (Psychosen!); suizidale Krisen; Schlafstörungen (Präparate mit kurzer Halbwertszeit!); Krampfleiden (Status epilepticus). Ferner Anwendung in der Anästhesiologie.

■ **Tab. 16.4.** Einteilung der Tranquilizer

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Tagesdosis per os in mg*
Benzodiazepine	Alprazolam	Tavil®	0,5–1,5
	Bromazepam	Lexotanil®	3–6
	Chlordiazepoxid	Librium®	5–50
	Clobazam	Frisium®	20–30
	Diazepam	Valium®	2–30
	Dikalium-Chlorazepat	Tranxilium®	10–30
	Lorazepam	Tavor®	0,5–5,0
	Oxazepam	Adumbran®	10–50
Sonstige Tranquilizer	Opipramol	Insidon®	150
	Buspiron	Bespar®	15–30

* Angaben zu Tagesdosen nur als Anhaltswerte!

■ **Tab. 16.5.** Dauer der Wirksamkeit und Abbau von Benzodiazepinpräparaten

Kurze Halbwertszeit (<12 h)	Mittlere Halbwertszeit (12–24 h)	Lange Halbwertszeit (>24 h)
Temazepam	Lorazepam	Diazepam
Triazolam	Flunitazepam	Nitrazepam
Oxazepam		Flurazepam
Lormetazepam		Chlordiazepoxid

Pharmakologischer Wirkmechanismus: Angriffspunkt der Benzodiazepine am postsynaptischen GABAergen Rezeptorkomplex. Dadurch Verstärkung der inhibitorischen Wirkung von GABA, vor allem im limbischen System und der Substantia reticularis.

Nebenwirkungen und Komplikationen:

- bei *Überdosierung*: Abgeschlagenheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Verlangsamung, Muskelschwäche, Doppelbilder, verwaschene Sprache, Ataxie, Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen

- bei *langfristiger Medikation*: Appetitlosigkeit, Verstimmungen, Vergesslichkeit, Verwirrtheit bis zum Delir, u. U. Deprivationssyndrom; selten Linsentrübung
- bei älteren Patienten insbesondere mit zerebrovaskulärer Schädigung paradoxe Reaktionen möglich!
- bei *i. v.-Injektionen*: cave Atemdepression! Sehr langsame Injektion!
- Einschränkung der Verkehrstauglichkeit, mindestens in der 1. Woche nach Einnahmebeginn!
- Potenzierung von Alkohol; kombiniert beträchtliches Suizidpotential (wird häufig unterschätzt!)
- unterschiedliche *Halbwertszeit*: bei Tranquilizern mit längerer Halbwertszeit Kumulationsgefahr! bei Tranquilizern mit kurzer Halbwertszeit Auftreten von lakunären Amnesien möglich
- zunehmend Beobachtungen der psychischen und physischen *Abhängigkeit* von Tranquilizern: schätzungsweise $\frac{1}{4}$ bei Einnahme über 6 Monate! Auch Niedrigdosisabhängigkeit bei regulären Verschreibungsmengen (Low-dose-dependency); somit als Anxiolytikum oder Hypnotikum nur kurzzeitige Anwendung (bis zu 3 Wochen)
- Nach *Absetzen*: 1. Gegenregulationsprozess (Rebound) (wenige Tage): Unruhe, Schlaflosigkeit; 2. Rückfallsymptome: Angst, Verstimmung; 3. Entzugssymptome (nach 2–10 Tagen, 2–3 Wochen oder länger dauernd): Unruhe, Tremor, Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerzen, Angst (gelegentlich schwerer Entzug: z. B. Krampfanfälle, Delirien, Muskelzittern, Depersonalisation)
Oft kaum Differenzierung der drei Syndrome möglich
Bei Absetzen nach langer und hochdosierter Einnahme: ambulant langsame Dosisreduktion über mehrere Wochen (fraktionierter Entzug); stationär bei abruptem oder kürzeren Entzug zur Anfallsprophylaxe Gabe von Antiepileptika (Carbamazepin)

Kontraindikationen: Myasthenia gravis, ferner akutes Engwinkelglaukom, I. Trimenon der Gravidität; Schlafapnoe-Syndrom; Abhängigkeitsanamnese z. B. Alkohol.

Alternativen zu Tranquilizern der Benzodiazepinreihe:

- niedrig dosierte, niedrigpotente Neuroleptika (z. B. Promethazin) (cave: bei Langzeittherapie sehr selten Spätdyskinesien möglich!)

16.1 · Psychopharmaka

- Betablocker (Propanolol) in niedriger Dosierung bei Angst und Unruhe
- SSRI oder NaSRI bei Panikerkrankungen, generalisierter Angsterkrankung
- Buspiron (Bespar®): ein Präparat aus der Stoffklasse der Azapirone, nicht sedierend, anxiolytisch, verzögert wirkend, bisher kein Hinweis auf Abhängigkeitspotential
- Pflanzliche Präparate z. B. Johanniskrautextrakte (Hyperforat forte®, Jarsin®, Remotiv®)

16.1.6 Hypnotika

Einteilung der Hypnotika ■ Tab. 16.6.

Allgemeine Vorbemerkung: Zunächst ausführliche Analyse der Schlafstörung: Klärung, ob symptomatisch oder (seltener) idiopathisch. Beratung hinsichtlich gesunder Lebensweise, Anwendung von Hausmitteln! Versuch mit Schlafentzug (Wachtherapie) zur Normalisierung des Schlafrhythmus! (► Kap. 16.3)! Es werden zu viele Schlafmittel verordnet! Verordnung nur bei dringender Indikation und nicht langfristig.

Formen und (Neben-)Wirkungen:

- *Benzodiazepinhypnotika:* zunehmend weniger gebräuchlich; keine Präparate mit zu langer Halbwertszeit verordnen! Bei zu hoher Dosierung oder zu lang wirkenden Präparaten u. U. Überhang am folgenden Morgen (Hang-over)
- *Benzodiazepinrezeptoragonisten:* Zopiclon, Zolpidem inzwischen Mittel der 1. Wahl, gute Verträglichkeit, keine Beeinträchtigung der Schlafarchitektur, kein hang-over, keine Kumulation, aber auch geringere Gefahr der Toleranz- und Suchtentwicklung. Zaleplon nur bei Einschlafstörung
- *Barbiturate:* nicht mehr als Hypnotika zugelassen
- *Alkohol- bzw. Aldehydderivate* (z. B. Chloralhydrat®): relativ geringes Risiko bezüglich Abhängigkeit. In Tagesdosen von 1,0 g gut verträglich; jedoch nach kürzerer Zeit Wirkungsverlust; Gefahr der Dosissteigerung, bei höheren Dosen rasch toxische Wirkungen

■ **Tab. 16.6.** Einteilung der Hypnotika

Untergruppe	Chemische Kurzbezeichnung	Handelsname	Abendliche Einzeldosis per os in mg*
Benzodiazepin-hypnotika	Flunitranzepam	Rohypnol®	0,5–2
	Flurazepam	Dalmadorm®	15–30
		Staurodorm Neu®	15–30
	Lormetazepam	Noctamid®	0,5–1,0
	Nitrazepam	Mogadan®	5
	Temazepam	Planum®	5
		Remestan®	10–20
	Triazolam	Halcion®	0,25–0,5
Alkohol- bzw. Aldehydderivate	Chloralhydrat	Chloraldurat®	0,5–2,0 g
Antidepressiva	Amitriptylin	Saroten®retard	75
	Doxepin	Aponal®	75
Niedrigpotente Neuroleptika	Prothipendyl	Dominal®forte	40–80
	Promethazin	Atosil®	25–100
	Chorprothixen	Truxal®	15–50
Butyrophenone	Melperon	Eunerpan®	25–100
	Dipiperon	Pipamperon®	40–80
Sonstige	Zolpidem	Bikalm®Stilnox®	10
	L-Tryptophan	Ardeytropin®	500–2000
		Kalma®	
Pflanzliche Präparate	Extr. Rad. Valerianae, Hyperizin	Sedariston®	2–3 Kps.
	Extr. Rad. Valerinae	Valdispert®	1–3 Drg.
	Hopfenzapfen-trockenextrakt	} Hovaletten®	4 Drg.
	Extr. Rad. Valerinae		
* Angegebene Dosen nur als Anhaltswerte!			

Zahlreiche weitere »Schlafmittel«, die möglichst sparsam verschrieben werden sollten:

- *einige Antidepressiva* (besonders Doxepin, Amitriptylin und Trimipramin) haben neben dem sedierenden auch einen leicht hypnotischen Effekt; somit am Abend Gabe der höchsten Dosis oder Einmalgabe!
- *Niedrigpotente Neuroleptika* wie Prothipendyl (Dominal®), Promethazin (Atosil®) oder Chlorprothixen (Taractan®, Truxal®) haben schlafinduzierende Wirkung. Anwendung besonders bei suchtgefährdeten Patienten; niedrig dosiert sehr geringe Risiken!
- *Niedrigpotente Butyrophenonderivate* wegen fehlender anticholinerger Wirkung besonders günstig bei Unruhe und Schlafstörungen im Alter
- *L-Tryptophan* (Ardeyotropin®) Anwendung dieser Aminosäure als Vorstufe von Serotonin; schlafinduzierende Wirkung, oft erst nach längerer Gabe; keine Nebenwirkungen, keine Abhängigkeit! Keine gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern (Serotonin-Syndrom!)
- *Pflanzliche Präparate*: Hopfen- und Baldrianpräparate (Valmane®, Valdispert®, Sedariston®). Günstig, da keine Nebenwirkungen und keine Suchtpotenz. Vorsicht: öfter Kombinationen mit Barbituraten sowie bei Darreichungsform als Tropfen Wirkstoffe in alkoholischer Lösung (keine Verordnung bei Alkoholikern)

16.1.7 Psychostimulanzien

Zielsymptome/Indikationen: Narkolepsie (Unterdrückung von Schlafattacken), aber auch wirksam und weit verbreitet bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHD) bei Kindern und Erwachsenen (Verbesserung von Konzentrations- und Leistungsfähigkeit); keine weiteren Indikationen!

Fast synonym: Psychoanaleptika.

Einteilung der Psychostimulanzien: heterogene Gruppe von Stimulanzien, Appetitzüglern, Psychotonika und Energizern.

Dazu gehören:

- Amphetamine, besonders Methamphetamin (Pervitin®)
- Nichtamphetamine wie Methylphenidat (Ritalin®), Phenmetrazin (Preludin®), Fenetyllin (Captagon®), Amfetaminil (AN1®)

Nebenwirkungen und Komplikationen:

- Tachykardie, Hypertonie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen
- Anorexie
- bei längerer Anwendung paranoid-halluzinatorische Psychosen möglich
- bei Fehlindikation Suchtgefahr! hohes Missbrauchspotential!
- Methylphenidat wird in der Behandlung von ADHD mit Erfolg eingesetzt. Bei richtiger Diagnose kaum Toleranz- bzw. Suchtentwicklung. Gute Wirkung auf bei Aufmerksamkeitsstörung; bei Hyperaktivität (paradoxe) beruhigende Wirkung. Einbettung in psychotherapeutische Behandlung wichtig

16.1.8 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika)

Früher psycholytische (psychedelische) Therapie mit LSD; gegenwärtig keine therapeutische Anwendung.

Substanzen: Lysergsäure-Diäthylamid (LSD), Tetrahydrocannabinol, Psilocybin, Mescaline.

16.2 Elektrokrampftherapie (EKT)

Nach der Beobachtung (Meduna, 1934), dass Psychosen sich nach spontanen epileptischen Anfällen bessern, 1937 durch Bini und Cerletti Einführung der Elektrokrampfbehandlung (Erzeugung von tonisch-klonischen Krampfanfällen durch Anwendung von elektrischem Strom). Rasche Verbreitung, da damals kaum Psychopharmaka zur Verfügung standen. Standardverfahren in den angloamerikanischen Ländern, Skandinavien, Osteuropa, dritte Welt. In Deutschland mit (nicht evidenzbasierter) Zurückhaltung eingesetzt.

Durchführung nur mit Zustimmung des Patienten und ggf. der Angehörigen! Unter Umständen Einrichtung einer Betreuung!

Indikation: eingeschränkt, bei Versagen von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie:

- schwere depressive Episode, bes. melancholischer Subtyp, bes. bei Suizidalität; depressivem Stupor; bes. wirksam bei wahnhafter Depression; hierbei deutlich bessere Ansprechraten als Pharmakotherapie!

16.2 · Elektrokrampftherapie (EKT)

- febrile Katatonie (evtl. auch malignes neuroleptisches Syndrom)
- sog. Delirium acutum (Psychose unterschiedlicher Ätiologie mit ängstlicher Erregung und Verwirrtheit, schwerste vegetative Symptomatik, Störung des Flüssigkeitshaushalts)
- auch bei schizodepressiven Phasen, bei Wochenbettpsychosen und therapieresistenten Manien

Durchführung: Somatische Voruntersuchungen (z. B. cave Hirndruck!), stets Kurznarkose unter Muskelrelaxation (Succinylcholin); mitigierte Krämpfe (früher ohne Muskelrelaxation Kompressionsfrakturen im Bereich der unteren BWS; gegenwärtig sehr selten bei Osteoporose). Anlegen der Elektroden des Konvulsators, meist unilateral über der nicht dominanten Hirnhälfte (geringere amnestische Störungen), weniger schonend bitemporal; Stromstärke 200–900 Milliampere, Spannung 60–130 V, Dauer des Impulses $\frac{1}{5}$ –3 s; Einstellung des Geräts so, dass die Krampfdauer 25 s, die Krampftätigkeit im EEG mindestens 30 s, Serie von insg. 6–12 Behandlungen mit etwa 2–4 Behandlungen pro Woche.

Gleichzeitige Ableitung von EKG, EEG und EMG.

Nebenwirkungen und Komplikationen: Amnesie für die Behandlung; subjektiv meist keine unangenehmen Begleiterscheinungen; gelegentlich Muskelkater nach der Behandlung; leichtes reversibles organisches Psychosyndrom; kein höheres Risiko als bei kurzen Narkosen.

Komplikation: Mittelschweres bis schweres organisches Psychosyndrom im Sinne eines amnestischen Syndroms mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, sehr selten kurzdauernde Verwirrheitszustände; bei nicht mehr als 12 Behandlungen. Keine Gefahr länger dauernder Schädigungen! Auch bei hohen Zahlen von EKTs kein Nachweis pathologisch-anatomisch erfassbarer Hirnschäden.

16.2.1 Sonstige Methoden

Wachtherapie (Schlafentzug)

Therapeutische Anwendung des Nachtschlafentzugs bei Patienten mit Depressionen. Partieller (ab 2.00 Uhr) oder totaler Schlafentzug mit der Anweisung an den Patienten, nicht vor dem kommenden Abend das Bett wieder aufzusu-

chen. In Abständen mehrfache Anwendung! Besserung der Stimmung in den frühen Morgenstunden. Anhalten der günstigen Wirkung oft nur 1–2 Tage. Neuere Entwicklung: einmaliger Schlafentzug mit täglich unterschiedlichen Schlafenszeiten in den folgenden Nächten zur Wiederherstellung des Tag-Nachtrhythmus (Schlafphasenvorverlegung). Kombinierte Therapie mit Anti-depressiva empfohlen.

Ausdauertraining

Systematisches, angeleitetes Training mit dem Ziel, eine altersentsprechende Ausdauerleistung (z. B. Joggen, Radfahren, Schwimmen) von einer Stunde etwa viermal wöchentlich zu erbringen. Guter adjuvanter Effekt bei allen Formen der Depression und bei Angsterkrankungen. Vorsicht bei (Hypo-)manien; kontraindiziert bei Anorexie.

17 Psychotherapie

- 17.1 Definition – 306**
- 17.2 Diagnostik – 306**
 - 17.2.1 Das ärztliche Gespräch – 306
 - 17.2.2 Spezielle Gesprächstechniken
(Erstinterview, tiefenpsychologische
Anamneseerhebung) – 307
- 17.3 Grundlagen – 309**
- 17.4 Darstellung einzelner
Psychotherapieverfahren – 310**
 - 17.4.1 Verbale und handlungsbezogene
Therapieverfahren – 311
 - 17.4.2 Entspannungsverfahren – 316
 - 17.4.3 Körperorientierte Verfahren – 317
- 17.5 Psychotherapie in der Psychiatrie – 319**
- 17.6 Weiterbildung des Arztes
in Psychotherapie – 322**

17.1 Definition

Nach Hans Strotzka¹ ist Psychotherapie »eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patienten und einem oder mehreren Therapeuten (aufgrund einer standardisierten Ausbildung), zum Zwecke der Behandlung von Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen (vorwiegend psychosozialer Verursachung) mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation, vorwiegend verbal oder auch a verbal), mit einer lehrbaren Technik, einem definierten Ziel und auf der Basis einer Theorie des normalen und abnormen Verhaltens.«

Psychotherapeutische Grundhaltung: Sie lässt sich als eine Kombination aus folgenden Faktoren beschreiben, die Besserung bzw. Heilung der Beschwerden des Patienten bewirken können: einem wertfreien Akzeptieren des Patienten, dem Bemühen um Einfühlung (Empathie), einem indirekten Beratungsstil und der Echtheit dieser Gesamthaltung (Kongruenz).

Psychotherapeutische Einstellung/psychotherapeutisches Basisverhalten des Arztes: Zuhören können, Offenheit für psychosoziale Belange des Patienten, Bemühen um Einfühlung und Verstehen, Mittragen und Stützen des Patienten in allen Bereichen des Erlebens und Verarbeitens von Problemen/Krankheiten. So gesehen ist unter Psychotherapie zunächst einmal eine spezifische Haltung des Arztes gegenüber all seinen Patienten zu verstehen.

17.2 Diagnostik

17.2.1 Das ärztliche Gespräch

Das ärztliche Gespräch dient als Instrument zur ersten orientierenden Erfassung psychosozialer Störungen:

- Der Arzt muss damit rechnen, dass Patienten auch psychische oder soziale Störungen zunächst in der Form organisch anmutender Symptome »anbieten« (z. B. Schlaflosigkeit, diverse vegetative Beschwerden, unspezifische Schmerzsyndrome u. a. m.).

¹ Strotzka H (1994) Psychotherapie und Tiefenpsychologie – Ein Kurzlehrbuch. 3. Aufl. Springer, Wien New York

- Das Krankheitsangebot des Patienten muss gehört werden; es darf nicht auf eine ausschließlich organdiagnostische Sichtweise reduziert werden. Das ärztliche Gespräch ist behutsam-explorativ.
- Der Arzt muss neben anfänglicher somatischer Abklärung Lebensstil und Lebensqualität des Patienten eruieren. Dazu gehört vorrangig die Analyse der wichtigsten persönlichen Beziehungen des Patienten, um eventuelle Störungsquellen zu erkennen. Von vorschnellen Interpretationen/Deutungen ist Abstand zu nehmen. Es geht erst einmal darum zu erfahren, was ist. Lebensunzufriedenheit ist eine häufige Quelle für psychosoziale Gestörtheit.
- Wenn somatische Parameter negative Befunde erbracht haben, muss eine Mitteilung an den Patienten erfolgen, die ihn nicht kränkt (Motto: Sie haben nichts!), sondern ihm vermittelt, dass er somatisch glücklicherweise nicht krank sei, dass es aber durchaus sein könne, dass seine Probleme ihm Schmerzen bereiten, im Magen liegen, sein Herz beunruhigen, seinen Schlaf stören etc. Damit ist eine verbindende Brücke zwischen somatischen und psychologischen Störungsanteilen geschlagen.
- Der Arzt muss selbstkritisch beurteilen, ob die zugrundeliegende Störung von ihm selbst behandelt werden kann, oder ob er seinen Patienten besser fachspezifisch überweisen sollte. Auch die mögliche Überweisung bedarf einer einfühlsamen Begründung, zumal der Gang zum Psychiater/Psychotherapeuten für viele Patienten schwerer ist als der zum ihnen vertrauten Hausarzt. Kleinere Konflikte und Krisen sind sicher hausärztlich gut behandelbar, wenn der Arzt über eine entsprechende Grundhaltung (► oben) sowie über Grundkenntnisse in der sogenannten »kleinen« Psychotherapie verfügt (Prinzipien von Beratung und Krisenintervention, stützende Psychotherapie).

17.2.2 Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung)

Mit speziellen Interviewtechniken kann versucht werden, einen Zusammenhang zwischen der Symptomatik/Störung des Patienten und Details seiner Biographie herzustellen, d. h. seine Störung auf dem Hintergrund seiner bisherigen Entwicklung sichtbar und zumindest ansatzweise auch verstehbar werden zu lassen.

Dazu ist es notwendig, bestimmte Punkte zu berücksichtigen:

- Die Beobachtung des szenischen Arrangements (wie »inszeniert« der Patient das Gespräch, wie erlebt er sein therapeutisches Gegenüber, welche Ängste/Erwartungen überträgt er auf den Arzt, welche Themen spricht er an, was verschweigt er, wie stellen sich Aktivität/Passivität zwischen den Gesprächspartnern her usw.).
- Gezielte Exploration der bisherigen Entwicklung (► Kap. 2.3: »Anamnese«) unter besonderer Berücksichtigung von: Lebensbedingungen der frühen Kindheit, subjektivem Erleben der wichtigsten prägenden Beziehungspersonen, frühkindlichen und späteren Traumatisierungen (z. B. Verluste, Scheidung der Eltern, Gewalterleben inklusive körperlichem und sexuellem Missbrauch), frühkindlichen und kindlichen Symptomanifestationen (z. B. Enuresis, Ängste und Phobien, Verhaltensstörungen).
- Versuch einer abschließenden gemeinsamen Überlegung mit dem Patienten, wie Symptomatik und frühere Einflüsse zusammenhängen könnten (Verständnisangebot, nicht Deutung!).
- Am Ende der Anamnese/des Interviews, das sich über mehrere Stunden erstrecken und an verschiedenen Tagen durchgeführt werden kann, stehen Überlegungen zur Indikation für Psychotherapie generell und zu einzelnen Verfahren im Besonderen.

Die *Indikation* zur Psychotherapie ist auch abhängig von der Motivation des Patienten sowie seinen intellektuellen und selbstkritisch reflektierenden Möglichkeiten. Generell sollte nicht die aufwändigste, sondern die am wenigsten eingreifende Therapiemethode vorgeschlagen werden.

Weniger günstig für den Erfolg sind mangelnde Frustrationstoleranz, Tendenzen zur Verwahrlosung, Komorbidität, Abhängigkeit, psychotische Störungen und starker sekundärer Krankheitsgewinn.

Kontraindikationen zur Psychotherapie gibt es eigentlich nicht. Die verschiedenen Möglichkeiten therapeutischer Interventionen (► unten: Psychotherapieverfahren) müssen für den jeweiligen Patienten sorgfältig erwogen werden, um ihn nicht zu überfordern und Abwehr/Widerstand nicht noch zu vergrößern. Einzige Kontraindikation wäre die – eher theoretisch vorstellbare – Situation, dass ein Patient mit starkem Leidensdruck nur klagen, sich aber unter gar keinen Umständen bzw. mit keinen angebotenen Methoden helfen lassen will. Hier wäre möglicherweise aber schon das Anhören der Klage in gewisser Weise kathartisch, auch wenn der Patient uns die »Übersetzung« der Klage verweigert.

17.3 Grundlagen

Es gibt zwei umfassende Theorien, die die Entstehung von Neurosen erklären und spezielle Behandlungsmethoden daraus ableiten: Die *psychodynamischen Therapien* und die *Verhaltenstherapien*.

Psychodynamische Therapien: Beispielhaft ist die Psychoanalyse, die sicher die umfassendste Persönlichkeitstheorie entwickelt hat. Die darauf aufbauende Therapiemethode besteht i. d. R. in einem mittel- bis langfristigen Verfahren, bei dem bestimmte Grundprozesse initiiert werden und in Gang kommen: Der Dialog zwischen Therapeut und Patient soll die Darstellung unbewusster Vorgänge und deren komplexer Verarbeitungsmodi fördern. Mit dem Mittel der freien Assoziation sowie der Analyse von Träumen und aktuellen Gefühlen/Problemstellungen des Patienten sowie der Beobachtung der Interaktion, d. h. der Beziehung, die der Patient zum Therapeuten aufbaut, bemühen sich beide am Therapieprozess beteiligten Partner um *Verstehen* problematischer Lebensbereiche und deren mögliche (frühere) Entwicklungsbedingungen sowie letztlich um *Veränderung*. Dieser Prozess wird überwiegend durch verbale Interpretationen und Deutungen des vorgebrachten Materials bewirkt. Verschiedene Widerstände und Abwehrmechanismen können den Prozess der Veränderung/Heilung behindern. Dieses hat verschiedene Ursachen: Die Selbsterkenntnis des Patienten, d. h. die Erkenntnis seines eigenen Anteils an der Aufrechterhaltung seiner Störung, kann schmerzhaft, verunsichernd und kränkend sein und wird deshalb immer wieder behindert. Ferner können im therapeutischen Prozess zunächst erwünschte »Übertragungen« früherer (meist familiärer) Gefühlskonstellationen dann hinderlich sein, wenn der Patient lange an ihnen festhält. Zudem kann die Aufdeckung des inneren Dramas des Patienten zu unbewussten Solidaritätskonflikten mit früheren wichtigen Bezugspersonen des Patienten führen (»unsichtbare Bindungen«) und ihn an der Lösung seiner neurotischen Fixierungen hindern. – Korrigierendes Erleben im Prozess der Übertragung!

Der Therapeut soll, der Abstinenzregel entsprechend, nicht direkt aktiv werden, persönlich zur Ermöglichung von Projektionen des Patienten im Hintergrund bleiben sowie sich nicht in Gefühlsverstrickungen verwickeln lassen. (► Kap. 23: »Ethik in der Psychiatrie«).

Verhaltenstherapien: Der Psychoanalyse als dem klassischen Beispiel für psychodynamische Therapien stehen die Verhaltenstherapien gegenüber, die sich

gänzlich anderer Modellvorstellungen bedienen. Die Verfahren, die ihnen zugeordnet sind, leiten sich aus der experimentellen Lernpsychologie her. Ihnen gemeinsam ist eine naturwissenschaftlich-behavioristische Orientierung mit dem Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen zu eliminieren. Somit liefern die Lerntheorien das Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die Verhaltenstherapie aufbaut. Die Krankheitskonzepte innerhalb der klinischen Psychiatrie, aber auch innerhalb der Tiefenpsychologie, werden von manchen Verhaltenstherapeuten abgelehnt, da sie das zu ändernde Verhalten als *das Problem* des Patienten ansehen. Dieses Problem wird als erlernte Reaktion verstanden und wird damit zum Ziel der therapeutischen Bemühungen.

Andere Therapieformen haben sich teilweise um diese beiden Grundformen entwickelt und sie modifiziert oder folgen anderen Prinzipien (wie z. B. die Körpertherapien), deren theoretische Grundlagen hier nicht dargestellt werden können (weiterführende Literatur hierzu im Literaturverzeichnis).

Im Folgenden werden einzelne Psychotherapieverfahren kurz vorgestellt.

17.4 Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren

Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

- Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien und deren Modifikationen
- Gesprächspsychotherapie
- Verhaltenstherapien

Entspannungsverfahren

- autogenes Training
- progressive Muskelentspannung
- Hypnose und verwandte Verfahren

Körperorientierte Verfahren

- konzentrierte Bewegungstherapie
- funktionelle Entspannung

17.4.1 Verbale und handlungsbezogene Therapieverfahren

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse (Kurzbeschreibung ► Kap. 17.3) ist zur Anwendung in der Psychiatrie kein geeignetes Verfahren (Intensität, Zeitdauer, Indikationsprobleme).

In ambulanten Settings geeignet für Patienten mit gravierenden Lebensproblemen und lang anhaltenden, die Persönlichkeit umfassend betreffenden Störungen bei Vorliegen folgender Voraussetzungen auf Seiten des Patienten:

- relative Ich-Stabilität, Kohärenz
- Fähigkeit zu Reflexion, Introspektion
- Bereitschaft, einen emotional intensiven Therapieprozess über lange Zeit durchzuhalten

Indiziert als Verfahren, zumindest im klassischen Setting (3–4 Stunden pro Woche, im Liegen, über mehrere Jahre), nur für einen kleinen Teil von Patienten.

Die aus der Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie abgeleiteten und modifizierten Therapieverfahren erfassen weitere Indikationsbereiche. Solche Verfahren sind:

- die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien (als Einzel- oder Gruppentherapie)
- die Kurzpsychotherapie
- die Notfallpsychotherapie

Gemeinsamkeiten dieser modifizierten Verfahren:

- unbewusste Anteile sind an Entstehung von Konflikten/Störungen beteiligt
- in der Therapie treten Übertragungsphänomene auf
- diese werden durch Deutung bewusst gemacht (Ausnahme: Notfallpsychotherapie)
- eine tiefe Regression wird eher verhindert

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien: Mittel- bis längerfristige Therapien; Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Theoretischer Hintergrund: Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Schulen.

Arbeit einmal an frühen Störungsanteilen, dann aber vor allem auch an Problemen im aktuellen Leben des Patienten (z. B. Beziehungsproblemen),

seinem Selbstkonzept und dessen Störungen, aber auch Arbeit an der Übertragung und an vorherrschenden Abwehrmechanismen. Setting-Möglichkeiten: Anwendung dieses Verfahrens in der Einzelpsychotherapie, in der Paartherapie und in der Gruppenpsychotherapie.

Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP; Katathymes Bilderleben): Verfahren, das mit Tagtraumtechniken arbeitet. Im induzierten Tagtraum («Bildern» mit bestimmten Standardmotiven) finden sich optische Projektionen, die unbewusste, vorbewusste und bewusste Zustände bildhaft-symbolisch darstellen. Im Anschluss an die Phase der Imagination findet eine tiefenpsychologische Nachbearbeitung statt.

Das Verfahren eignet sich bei allen Formen von Neurosen, insbesondere auch bei Patienten mit rigider Abwehr, die mit den eher verbal-introspektiven Methoden der Tiefenpsychologie nur schwer zu erreichen sind.

➤ **Kurzpsychotherapien:** Kurzzeit-Psychotherapie von wenigen bis ca. 25 Stunden. Beschränkung der Arbeit auf einen für den Patienten besonders relevanten Hauptkonflikt (Fokus). Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Übertragungsaspekte werden wahrgenommen, aber nicht in dem Umfang angesprochen und bearbeitet wie in den längerfristigen Therapien.

Indiziert als Verfahren vor allem für Patienten nach Abklingen akuter Krisen oder für Patienten mit umschriebenen aktuellen Konflikten, die eine relativ rasche psychotherapeutische Hilfe benötigen. Gut geeignet auch für Patienten, die längere Therapien ablehnen oder die Voraussetzungen dafür nicht haben.

Notfall-Psychotherapie: Kurzpsychotherapie in besonderen Dringlichkeits- und Krisensituationen.² Dauer: 1 bis ca. 6 Sitzungen. Indiziert z. B. bei akuten Krisen, nach Suizidversuchen, nach Gewalttaten (z. B. Vergewaltigung), als erste Hilfe bei Katastrophen. Einstellung des Therapeuten ausschließlich auf das momentane krisenhafte Erleben des Patienten. Hilfe beim Ausdruck und der Verbalisierung aktueller Emotionen. Danach Strategien zur Distanzierung und Neuorientierung. Kombination mit Psychopharmaka (z. B. sedierende) sinnvoll und hilfreich.

² Reimer C, Arentewicz G (1993) Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Springer, Berlin Heidelberg New York

Gesprächspsychotherapie

Gesprächspsychotherapie (Synonym: klientenzentrierte Psychotherapie) als Verfahren wurde im Rahmen eines Therapiekonzeptes entwickelt, das auf den amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers³ zurückgeht. Das Verfahren wurde in Deutschland von R. Tausch⁴ bekannt gemacht und in der Folge hier auch konzeptionell weiterentwickelt⁵.

Im Unterschied zur Psychoanalyse basiert das klientenzentrierte Therapiekonzept auf einer Selbsttheorie, und der Therapeut fokussiert nicht die Übertragung, sondern einen Aspekt der Gegenübertragung, die unbedingte Wertschätzung.

Der therapeutisch wirksame Prozess wird ermöglicht durch eine bestimmte Patient-Therapeut-Beziehung. Der Beitrag des Therapeuten zu dieser Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, dass er auf der Grundlage eigener Kongruenz (d. h. er könnte sich seines gesamten eigenen momentanen Erlebens im therapeutischen Kontakt und dessen, was es für ihn bedeutet, bewusst werden) den Patienten empathisch versteht (Empathie) und zugleich fühlen kann, dass er diesen in seinem gesamten momentanen Erleben ohne Bedingungen wertschätzt (unbedingte Wertschätzung). Wenn der Patient dieses Beziehungsangebot annehmen kann, gewinnt er zunehmend Zugang auch zu seinem bisher nicht bewussten Erleben und dem, was es für ihn bedeutet (Selbstepathie), kann sich zunehmend mehr als eine Person von Wert achten (Selbst-Wertschätzung), und sein Selbstbild stimmt zunehmend mehr mit seinen Erfahrungen überein (Abnahme von Inkongruenz durch Selbstkonzeptveränderung).

Das Verfahren hat ein breites Indikationsspektrum: Es kann bei allen psychotherapie-indikativen Störungen eingesetzt werden; darüber hinaus eignet es sich für die Behandlung sog. »früher« Störungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen) und Störungen mit unspezifischer, nicht Auslöser-gebundener Symptomatik. Voraussetzung ist die Ansprechbarkeit des Patienten auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot. Die mittlere Therapiedauer bei ambulanter Behandlung beträgt ca. 70 Stunden über 2 Jahre.

³ Rogers CR (2005) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (Original: Client-centered Therapy, 1951). 17. Aufl. Fischer (Reihe Geist und Psyche), Frankfurt

⁴ Tausch R, Tausch A-M (1990) Gesprächspsychotherapie (9. Aufl.). Hogrefe, Göttingen

⁵ Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (2003) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart

Verhaltenstherapien

Definition: Verhaltenstherapien sind Psychotherapien, die vor allem die Erkenntnisse aus der allgemeinen, der experimentellen und der Sozialpsychologie unter Berücksichtigung relevanter Nachbardisziplinen wie z. B. Neurophysiologie und Neuroendokrinologie zur Anwendung bringen und die in diesen wissenschaftlichen Bereichen entwickelten Theorien zur Begründung einer psychischen Störung und deren Behandlung heranziehen.

Theoretische Grundlagen stellen besonders die verschiedenen **Lerntheorien** (operantes (instrumentelles) Konditionieren nach Skinner; klassische Konditionierung nach Pawlow) dar: Die Entwicklung und Ausdifferenzierung von Verhalten ist ohne Lernen nicht denkbar. Dementsprechend können Veränderungen der Verhaltensweisen von Menschen als Lernprozess dargestellt und verstanden werden.^{6,7}

Hinter dem Begriff »Verhaltenstherapien« verbergen sich eine Reihe teils sehr unterschiedlicher Behandlungstechniken, von denen die wichtigsten dargestellt werden.⁸

- **Systematische Desensibilisierung:** Sukzessive Konfrontation des Patienten mit angstauslösenden Situationen, zunächst in der Vorstellung (in sensu), dann auch in der Realität (in vivo). Therapievorbereitend erlernt der Patient ein Entspannungsverfahren (z. B. progressive Relaxation nach Jacobson). Im entspannten Zustand wird auftretende Angst »reziprok gehemmt« (reziproke Hemmung, Gegenkonditionierung).
- **Angstbewältigungstraining:** Der Patient lernt, aufkommende Angst durch Entspannung zu kontrollieren und zu reduzieren. Der Patient lernt hierbei, Anzeichen zunehmender Spannung und Erregung zu registrieren und frühzeitig durch Entspannung zu bewältigen.
- **Exposition und Reizkonfrontation:** Mit diesen Begriffen werden therapeutische Verfahren beschrieben, bei denen Patienten mit verschiedenen Angststörungen den aversiven Reizen, der gefürchteten Situation bzw. den gefürch-

⁶ Linden M, Hautzinger M (2005) (Hrsg) Verhaltenstherapiemanual, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

⁷ Margraf J (2000) (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (2 Bde), 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

⁸ Hautzinger M (2000) Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 189–269

teten Objekten direkt ausgesetzt werden. So konfrontiert man Zwangskranke nach Verhaltensanalyse und Hierarchisierung der zwangsauslösenden Situationen mit den Reizen: graduiertes Expositionsmanagement (Habituation). Reizüberflutung (»Flooding«) wird ein Verfahren genannt, in dem der Patient so lange in der Angstsituation verbleiben muss, bis die Angst abnimmt. Dadurch kann die Erfahrung ermöglicht werden, dass die angstauslösenden Situationen erträglich sind. Flucht- und Vermeidungsverhalten sind dabei grundsätzlich nicht zugelassen.

- **Operante Methoden:** Methoden, die zur Ausformung von Verhalten, zur Stärkung und zur Aufrechterhaltung (Stabilisierung) von Verhalten beitragen sollen (z. B. »positive Verstärkung« als Mittel zur Auftretishäufigkeit erwünschten Verhaltens). Aber auch Techniken zum Abbau störender Verhaltensweisen (»Bestrafung«, »Löschung«).
- **Aversionstherapie:** Bildung bedingter Reflexe durch negative Verstärker (Strafreize, z. B. elektrische Schläge, Brechmittel) bei der Behandlung von sexuellen Deviationen oder Alkoholismus (eher obsolet!).
- **Modellernen:** Durch Lernen am Verhalten einer Person oder eines Symbols (Modell) sollen neue Fertigkeiten erworben werden. Indiziert als Methode vor allem dann, wenn Patienten neue Fertigkeiten erwerben sollen, sie aber nicht in der Lage sind, diese allein aufgrund von Instruktionen zu lernen.
- **Selbstsicherheitstraining/Rollenspiele:** Begriff für ein komplexes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zum Abbau sozialer Ängste und zur Förderung sozialer Fertigkeiten und positiver Selbstwahrnehmung. Rollenspiele und Verhaltensübungen stellen die wesentlichsten therapeutischen Methoden dabei dar.
- **Problemlösetraining:** Strategien zur Erarbeitung von Problemlösungsweisen in problematischen Situationen: Zunächst Problemformulierung, dann Erarbeitung von Alternativen und schließlich Auswahl der Alternative mit dem günstigsten Ergebnis. Besonders geeignet für Patienten, die Schwierigkeiten haben, in problematischen Situationen angemessen zu reagieren bzw. die zu unüberlegten und impulsiven Reaktionen neigen.
- **Selbstkontrolle:** Bezeichnung für das Erlernen wirksamer Methoden zur Selbststeuerung, auch Selbstmanagementtherapie genannt. Mittels verschiedener Methoden (z. B. Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Verhaltensverträge) soll der Patient in die Lage versetzt werden, aktuelle und zukünftige Probleme selbstgesteuert zu analysieren, zu beeinflussen und dauerhaft zu verändern.

Kognitive Therapien: Methoden zum Abbau von krankmachenden Denkprozessen, Vorstellungen, Erwartungen. Durch Veränderungen von Denkmustern kommt es zu Änderungen von Verhalten.

Kognitive Therapiekonzepte wurden z. B. zur Behandlung von Depressionen⁹ und Panikstörungen entwickelt. Das kognitive Vorgehen in der Depressionstherapie zielt auf die depressiv-negativen Vorstellungen und Erlebnisweisen ab (kognitive Triade der Depression nach Beck: negative Selbsteinschätzung, subjektive Überforderung durch die Umwelt, negative Zukunftsvorstellungen).

Bei Panikstörungen (Angstanfällen) wird ein Erklärungsmodell für den Teufelskreis der Angst erarbeitet, aus dem dann die weiteren Behandlungsschritte abgeleitet werden.

17.4.2 Entspannungsverfahren

➤ **Autogenes Training:** Verfahren nach Johannes Heinrich Schultz (1884–1970)¹⁰ zur konzentrativen (Selbst-)Entspannung. Besteht aus Übungen, zunächst unter Anleitung eines mit dem Verfahren vertrauten Therapeuten, später nach Erlernen gut vom Patienten selbst zu üben. Die körpergerichteten Übungen umfassen:

- Übungen zu Ruhe und Schwere
- Übungen zum Erleben von Wärme
- Übungen zur Regulation bestimmter Organe (Herz) bzw. vegetativer Funktionen (Atmung)

Effekte: Entspannung, Beruhigung, Selbstkontrolle, Schmerzbekämpfung, Verbesserung des Körpergefühls.

Indiziert besonders bei Patienten mit psychovegetativen Irritationen, Erschöpfungszuständen, Angst- und Unruhezuständen, Schlafstörungen.

Progressive Muskelentspannung: Verfahren von E. Jacobson¹¹: Selbstentspannungstechnik auf der Grundlage einer psychophysiologischen Muskel-

⁹ Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (2004) Kognitive Therapie der Depression. 3. Aufl. Beltz, Weinheim

¹⁰ Schultz JH (2003) Das Autogene Training. 20. Aufl. Thieme, Stuttgart

¹¹ Jacobson E (1938) Progressive Relaxation. Univ Chicago Press, Chicago

arbeit. Praktische Übungen mit Entspannung der Gliedmaßen in ihren einzelnen muskulären Anteilen und größerer Muskelgruppen.

Indiziert bei Patienten mit psychosomatischen Störungen und Krankheiten, auch als Entspannungsverfahren bei Verhaltenstherapien.

Hypnose: Definiert als durch Suggestion herbeigeführter schlafähnlicher Zustand mit Bewusstseinseinengung und besonderem Kontakt zum Hypnotiseur.

Die Bewusstseinsenkung bewirkt erhöhte Suggestibilität und fördert regressive Prozesse (Passivität, Hingabe). Bedeutsam für das Gelingen ist die Herstellung einer positiven affektiven Beziehung zwischen Hypnotiseur und Hypnotisand. Dadurch nimmt die Neigung zur Identifikation mit dem Arzt zu, und die suggerierten Vorstellungen werden eher angenommen.

Herstellung eines hypnotischen Zustandes mit der Fixationsmethode (ein kleiner Gegenstand wird möglichst nah fixiert, es treten Ermüdungserscheinungen auf, der Fixationsgegenstand wird undeutlich. Begleitende monotonisierende Verbal-suggestionen (Ruhe, Wärme, zunehmende Müdigkeit, Schläfrigkeit) führen in den hypnotischen Zustand).

Einzelbehandlung ist zu bevorzugen.

Indiziert bei Patienten mit positiver Suggestibilität und mit bestimmten psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Herzphobie, Asthma). Kontraindikationen: Patienten mit Psychosen und Vergewaltigungstraumata in der Vorgeschichte.

17.4.3 Körperorientierte Verfahren

➤ **Konzentriative Bewegungstherapie (KBT):** Die konzentriative Bewegungstherapie wurde von E. Gindler¹² in den Grundprinzipien beschrieben und von J. E. Meyer¹³ sowie H. Stolze¹⁴ mit Miriam Goldberg und H. Becker¹⁵ als psychotherapeutisches Behandlungsverfahren eingeführt.

¹² Gindler E (1926) Gymnastik des Berufsmenschen. Gymnastik 1:82–89

¹³ Meyer JE (1961) Konzentriative Entspannungsübungen nach Elsa Gindler und ihre Grundlagen. Psychother Med Psychol 11:116–127

¹⁴ Stolze H (1978) Konzentriative Bewegungstherapie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhundert, Bd III (S. 1250–1275). Kindler, Zürich

¹⁵ Becker H (2001) Konzentriative Bewegungstherapie, 1. Aufl., Psychosozial Verlag Gießen

Verschiedene körperbezogene Übungen unter Einschluss der Atmung mit dem Ziel, ein »Anspüren« des eigenen Körpers und damit eine Verbesserung des Körpererlebens zu erreichen, und zwar durch Spüren des Körpers in vier Hauptpositionen (liegen, sitzen, stehen, gehen), durch Spüren des Körpers im Raum und durcherspüren einzelner Körperfunktionen. Die KBT geht damit über Entspannungstechniken im engeren Sinne hinaus.

Das Verfahren wird überwiegend in psychosomatischen Kliniken praktiziert, meist als Gruppenverfahren.

Indiziert für Patienten mit funktionellen und psychosomatischen Beschwerden, auch bei Patienten mit Neurosen. Insbesondere auch bei Patienten mit Körperschemastörungen oder Neigung zum Intellektualisieren.

Häufig wird dieses Verfahren mit einem anderen (z. B. verbalen) kombiniert.

Funktionelle Entspannung: Von Marianne Fuchs¹⁶ entwickeltes Verfahren. Gemeinsam mit autogenem Training: konzentriative Selbstentspannung sowie angestrebte Selbstregulation gestörter Funktionen. Es fehlen aber Selbsthypnose und autosuggestive Vorstellungen.

Verfahren ohne feste Regeln, ausgehend von der Erfahrung, dass schon minimale Empfindungen, Vorstellungen, Fehlspannungen den persönlichen Atemrhythmus stören können und dass dieser um so besser in eine optimale Gleichgewichtslage zurückfindet, je freier die Haltung des betreffenden Menschen ist, je mehr dieser sich »zentriert in seiner Mitte«. Der Patient empfängt sitzend oder liegend wertneutrale Anregungen zur Entspannung (z. B. Loslassen, Hergeben, Sich-fallen-lassen, Sich-gehen-lassen usw.). Diese Anregungen führen dazu, dass der Patient sich konkret in seinem Körper entdeckt und findet.

Gutes Beispiel für Kombination eines verbalen und averbalen Therapieverfahrens. Ziel: verbesserte Selbstwahrnehmung über leibliche Zustandsänderungen.

Die FE ist – ähnlich wie das autogene Training – gut geeignet für Patienten mit psychosomatischen Beschwerden und Krankheiten. Das Verfahren kann sowohl einzeln als auch in Gruppen durchgeführt werden.

¹⁶ Fuchs M (1997) Funktionelle Entspannung, 6. Aufl., Hippokrates, Stuttgart

17.5 Psychotherapie in der Psychiatrie

Hier sollen lediglich die Formen der Psychotherapie mit ihren Indikationen erwähnt werden, die innerhalb des Faches Psychiatrie zur Anwendung kommen. Generell ist zu sagen, dass Psychotherapie grundsätzlich zum therapeutischen Behandlungsspektrum psychischer Erkrankungen gehört. Ziel: Beeinflussung im Sinne von erfolgreicher Veränderung von Leidenszuständen bzw. Verhaltensstörungen, Bewältigung psychosozialer Problemsituationen durch Vermittlung bzw. Erwerb generalisierter und stabiler Strategien zu effektiver und (als wesentliches Therapieziel) selbständiger Problembewältigung. Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wesentlich (partnerschaftliche Interaktion und Kooperation, geringes Machtgefälle).

In der Psychiatrie werden folgende Formen von Psychotherapie angewendet:

- *Einzelpsychotherapie* (eher nicht psychoanalytische Therapie, sondern biographisch orientierte Gespräche und Gespräche mit Zentrierung auf das Hier und Jetzt des Erlebens und Verhaltens; Vorteil: Bewusstseinsnähe, Emotionalität in unmittelbarem Zusammenhang mit derzeitigen Ereignissen/Erlebnissen/Gefühlen).

Ein psychotherapeutisches Verfahren, das im Setting der Einzelpsychotherapie in der Psychiatrie zunehmend eingesetzt wird, ist die **interpersonelle Psychotherapie**, begründet vor über 25 Jahren von Klerman und Weissman¹⁷. Die IPT ist als fokussierte Form von Kurztherapie (ca. 12–20, i. d. R. einmal pro Woche stattfindende Einzelsitzungen) zu verstehen und wird vor allem bei der Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung auf der Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme, die mit dem Auftreten der Depression zusammenhängen. Der Therapeut verhält sich überwiegend aktiv-unterstützend und aufbauend. Die Kombination dieser Psychotherapiemethode mit Psychopharmaka, aber auch mit anderen Psychotherapieverfahren ist möglich und – je nach fallbezogener Indikation – sinnvoll.

- *Gruppenpsychotherapie* insbesondere zur Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungsstörungen sinnvoll. Nähe zu realen Gruppenbeziehungen im Leben des Patienten (»Gruppe als sozialer Mikrokosmos«). Nutzung und Mobilisierung der Gruppenkräfte: durch vom Therapeuten geförderte

¹⁷ Schramm E (1996) Interpersonelle Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart

Kooperation und Kohäsion zunehmende Offenheit und Vertrauen der Gruppenmitglieder, Förderung der Kommunikationsfähigkeit. Auch wegen der Zeitökonomie zu bevorzugen.

- *Kurzpsychotherapie* (bereits beschrieben): häufig wegen des Vorteils der Begrenzung auf umschriebenes Therapieziel indiziert
- Eventuell Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Therapie
- Beratende und psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen von Patienten
- Ehepaar- bzw. Paartherapie: z. B. psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutische Behandlung sexueller Störungen (Masters und Johnson)
- Familientherapie: 1. psychoanalytisch orientierte Familientherapie
2. Systemische Familientherapie: Veränderung der Regeln der sozialen Interaktion im Familiensystem, z. B. Erkennung von Kollusionen (unbewusstem Zusammenspiel von Familienmitgliedern), (paradoxe) Interventionen des Therapeuten als Symptomverschreibungen oder Regelvereinbarungen.

Allgemeine Therapieprinzipien

Hierzu zählen die

- *Formulierung von Therapiezielen* im Sinne eines interaktionellen Prozesses der Zielfindung, Zielvereinbarung, Zielsetzung
- *Spezifikation konkreter Behandlungsziele* (Globalziel und Teilziele) und der zur Zielsetzung erforderlichen psychotherapeutischen Strategien
- *Evaluation der Teilziele* (Korrektivfunktion)
- *Stützende (supportive) Psychotherapie* als allgemeines Therapieprinzip relativ unabhängig von der zugrundeliegenden Störung

Definition:

Supportive Psychotherapie ist eine Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifungsschritte initiiert. Der supportiv arbeitende Therapeut bietet dem Patienten Hilfe bei aktuellen Problemen und Konflikten an, indem er

- eine nicht überfordernde, positiv getönte Beziehungsform bevorzugt und
- Handlungsanweisungen und Hilfen zur Abreaktion gibt

Mit einem solchen Vorgehen wird beabsichtigt, die akuten Symptome, Konflikte oder Dekompensationen abzumildern, bestenfalls zu beseitigen und die Abwehr zu stabilisieren, weil in Zuständen akuter Dekompensation eine kausale, konfliktbearbeitende Therapie häufig nicht möglich ist. Ergänzend hierzu können Entspannungsübungen, z. B. im Sinne des autogenen Trainings, hilfreich sein.

Indikationsbereiche

Neurosen/Reaktionen: Prinzipiell alle erwähnten Verfahren möglich: abhängig von Neuroseform, Einsichtsfähigkeit des Patienten (Reflektieren) und Stärke der Abwehr des Patienten bzw. Therapiemotivation (Wunsch nach Veränderung).

- *tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie* bei Patienten mit guten Ich-Fähigkeiten (Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten sowie Veränderungspotential)
- *Verhaltenstherapie* bevorzugt bei Angstneurosen, Phobien und Zwangneurosen.
- *autogenes Training* als Zusatz oder alleinige Therapie bei neurotischen Patienten mit starken Spannungszuständen oder mit vegetativen und psychosomatischen Begleitsymptomen

Psychosen: Prinzipiell ist Vorsicht bei Indikation spezieller Psychotherapie geboten; insbesondere analytische Psychotherapie sollte speziell dafür ausgebildeten Therapeuten vorbehalten bleiben. Begründung: psychotische Symptomatik, ausgeprägte Ich-Störungen, eventuell auch kognitive Störungen können den psychotherapeutischen Prozess erschweren bzw. den Patienten irritieren, eine weitere Labilisierung und Dekompensation sowie Suizidalität provozieren oder verstärken. Nach Abklingen der psychotischen Symptomatik und unter der Voraussetzung einer auf Seiten des Patienten gegebenen Therapiemotivation kann eine (nicht überfordernde!) Therapie indiziert sein.

Abhängigkeitserkrankungen: Nicht a priori Psychotherapie, sondern zunächst Prüfung der Motivation zur Entwöhnung, ggf. Motivationstherapie (z. B. in Gruppen Betroffener). Dann Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung, erst daran anschließend Erwägung einer Psychotherapie in Absprache mit dem Patienten. Therapie insbesondere sinnvoll bei Patienten, die Suchtmit-

tel zur Bewältigung neurotischer Symptome einsetzen (wie z. B. Angstneurotiker, Phobiker, neurotisch Depressive, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen).

Psychogeriatrische Erkrankungen: Nach Abklärung bzw. Ausschluss somatischer Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten Therapie sinnvoll bei akuten Konflikten und Zuspitzung neurotischer Verhaltensweisen im Alter. Frühere Vorstellungen von Altersbegrenzung bei Indikation zur Psychotherapie sind nicht mehr haltbar: Alter ist nicht generell gleichzusetzen mit Starrheit, Unveränderbarkeit, mangelnder Einsichtsfähigkeit (mancher 20jährige ist »älter« als ein dynamisch gebliebener 80jähriger!).

17.6 Weiterbildung des Arztes in Psychotherapie

Erwerb psychotherapeutischen Basiswissens (Vermittlung entsprechender Kenntnisse auf zahlreichen Fortbildungs- bzw. Weiterbildungsveranstaltungen) für jeden Arzt erforderlich!

Auch für den nicht psychotherapeutisch/psychiatrisch tätigen Arzt wichtig: Erwerb von Kenntnissen in Neurosenlehre, von Techniken der sogenannten »kleinen Psychotherapie« (ärztliche Gesprächsführung, Beratungstechniken; Kriseninterventionsstrategien; autogenes Training) sowie Teilnahme an Balint-Gruppen (Möglichkeit zur Kommunikation über Problempatienten).

Allein das richtig genutzte *ärztliche Gespräch* bietet eine Fülle von Kommunikationsmöglichkeiten und Ansatzpunkten für (therapeutische) Problemlösungen durch

- Herstellung einer vertrauensvoll-stabilen, über die somatische Untersuchung hinausgehenden Arzt-Patient-Beziehung
- Offenheit für Problembereiche des Patienten und
- die gemeinsame Suche nach Lösungsmöglichkeiten

Spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten

Es eröffnen sich 3 Möglichkeiten:

- Innerhalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Teilnahme an entsprechenden Curricula: i. d. R. etwa dreijährige Weiterbildung in Psychotherapie innerhalb der psychiatrischen Institution, die zur Weiterbildung ermächtigt ist. Ein kleiner Teil dieser Weiterbildung

muss außerhalb der Institution, in der der Arzt angestellt ist, absolviert werden (gilt besonders für Selbsterfahrung und Supervision selbständig durchgeführter Psychotherapien)

- Innerhalb der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit einer mindestens dreijährigen Weiterbildung in Psychotherapie und Psychosomatik in einer dazu ermächtigten Institution. Gefordert wird zusätzlich ein Jahr in der Psychiatrie und ein Jahr in der Inneren Medizin. Auch hier muss ein kleiner Teil der Weiterbildung außerhalb der weiterbildungsermächtigten Institution absolviert werden (insbesondere die Selbsterfahrung). Dieser neue Facharzt-Typ bietet eine vertiefte Psychotherapie-Weiterbildung und eignet sich für jene Ärzte, die später ausschließlich psychotherapeutisch arbeiten wollen
- Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnungen »Psychotherapie« oder »Psychoanalyse«. Die Weiterbildung zu diesen beiden Zusatzbezeichnungen steht allen Ärzten offen, die nicht eine der beiden vorgenannten Facharztbezeichnungen erwerben wollen. Hier findet ebenfalls ein mehrjähriges Curriculum in Psychotherapie bzw. Psychoanalyse statt, allerdings berufsbegleitend. Die inhaltlichen Anforderungen zum Erwerb dieser Zusatzbezeichnungen können von der jeweiligen Landesärztekammer angefordert werden

Ärzte, die keine spezielle psychotherapeutische Weiterbildung anstreben, aber dennoch eine gewisse psychotherapeutische Kompetenz erwerben wollen, sollten sich einer Balint-Gruppe anschließen. Solche Gruppen für Ärzte ohne besondere psychotherapeutische Ausbildung wurden von dem Psychoanalytiker Michael Balint gegründet, der in ihnen ein Instrument sah, aufkommende Probleme in der Arzt-Patient-Beziehung unter Kollegen und in Anwesenheit eines besonders ausgebildeten Leiters zu besprechen. Balint-Gruppen sind oftmals entscheidende Hilfen im Umgang mit sogenannten Problempatienten. Zumeist treffen sich bis zu 10 Ärzte wöchentlich über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Häufig bilden Kollegen aus einer Stadt eine Gruppe und suchen dann einen geeigneten Gruppenleiter. Andererseits besteht die Möglichkeit einer fraktionierten Teilnahme an Balint-Gruppen, z. B. während psychotherapeutischer Tagungen. Auch hier kann von eigenen »Problemfällen« berichtet werden.

Aus der Praxis der Balint-Gruppen-Erfahrung gewinnen viele Teilnehmer die Erkenntnis, dass es immer wieder bestimmte Patienten sind, mit denen sie

besondere Schwierigkeiten haben. Dies führt zu dem Wunsch, mehr für sich selbst zu tun und schließlich eine spezielle Selbsterfahrung zu suchen. Sie kann in Form einer Einzeltherapie oder in einer Gruppe erfahren werden. Ärzte, die sich einer solchen Selbsterfahrung unterzogen haben, berichten oftmals, dass sie nicht nur für sich selbst und ihr Privatleben, sondern auch für den Umgang mit Patienten wesentlich gewonnen haben.

Neu ist die Regelung der Berufstätigkeit der *Psychologischen Psychotherapeuten* und der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, wie sie in einem entsprechenden Gesetz im Juni 1998 vom Bundesministerium für Gesundheit festgeschrieben worden ist. Damit wurde der Heilberuf des Psychologischen Psychotherapeuten klar umrissen. Die Psychologischen Psychotherapeuten erhalten nach Abschluss ihrer psychotherapeutischen Qualifizierung eine Approbation, die sie zur Berufsausübung berechtigt und – bei Erfüllen bestimmter Voraussetzungen – eine (bedarfsabhängige) Kassenzulassung. Sie sind damit Mitglieder der regionalen kassenärztlichen Vereinigungen und somit den Ärztlichen Psychotherapeuten gleichgestellt. In speziellen Weiterbildungsgängen (3 oder 5 Jahre) an dazu ermächtigten Weiterbildungsinstituten kann die Qualifizierung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder in Verhaltenstherapie erworben werden.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 17.1

Anamnese: Ein 42-jähriger Mann wird nach 22 Jahre dauernder Ehe auf für ihn sehr kränkende Art und Weise von seiner Frau verlassen. Das einzige gemeinsame Kind entscheidet sich dafür, bei der Mutter zu bleiben und zieht sich ebenfalls vom Patienten zurück. Dieser gerät daraufhin in eine Phase akuter Verzweiflung mit Angstanfällen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen und schließlich auch Suizidgedanken, sodass der Hausarzt eine Überweisung in eine psychiatrische Klinik vornimmt, in der der Patient zwei Wochen auf einer offenen Station behandelt wird. In dieser Zeit wird ein kurzpsychotherapeutisches Verfahren durchgeführt, zunächst mit dem Ziel, die Heftigkeit der Reaktion auf die Trennung besser zu verstehen.



Biographie: Hierzu finden sich entsprechende Traumata in der Biographie des Patienten: Seine Mutter hatte den Vater verlassen, als der Patient 5 Jahre alt war. Die Mutter hatte daraufhin eine Depression entwickelt und einen Suizidversuch unternommen, sodass sie für mehrere Wochen klinisch-psychiatrisch behandelt werden musste. Bei der gezielten biographischen Anamneseerhebung kam zudem heraus, dass der Patient im Alter von 2 Jahren wegen Diphtherie 4 Wochen in einem Krankenhaus behandelt worden war. In dieser Zeit hatte er nach seiner Erinnerung seine Eltern kaum sehen dürfen.

Therapie: Auf der Kenntnis dieser traumatischen biographischen Details baute die Kurzpsychotherapie auf, während der die Trennungstraumatisierung und die daraus folgende Trennungsängstlichkeit des Patienten fokussiert bearbeitet wurde. Der Patient konnte seine heftige Reaktion besser verstehen und seine Krise schließlich an dem Punkt überwinden, an dem es möglich wurde, mit ihm zu erörtern, welche Verhaltensweisen von ihm den Trennungswunsch seiner Frau begünstigt haben könnten. Hierbei wurde deutlich, dass er während der Ehe eigentlich in ständiger ängstlicher Erwartung einer Trennung gestanden hatte, und dass er dementsprechend – ihm allerdings unbewusst – verschiedene Verhaltensweisen gegenüber der Ehefrau entwickelt hatte, die der Pflege einer beständigen Beziehung nicht dienlich waren. Die schließlich erfolgte Trennung bestätigte seine innere Erfahrung, dass er immer wieder verlassen werden würde. Die Bearbeitung dieser unbewussten Anteile ermöglichte beim Patienten letztlich einen Ausweg aus seiner Krise und eine Wiederaufnahme seiner Arbeit als Lehrer.

Kurzpsychotherapie

Fallbeispiel 17.2

Anamnese: Ein 26jähriger Student, der sich im Erstgespräch als »immer schon nervös und vegetativ« beschreibt, fühlt sich subjektiv am meisten dadurch gestört, dass er in ihn belastenden Situationen (z. B. bei Prüfungsvorbereitungen, in Prüfungen, aber auch im Kontakt mit anderen Menschen) Herzklopfen, gelegentlich auch Extrasystolen sowie Schweißausbrüche bekommt.



Biographie: In seiner Biographie sieht er keine besonders belasteten Bereiche, die er mit dieser Symptomatik in Zusammenhang bringen könnte. Er selbst sei mit sich und seinen Beziehungen sonst auch recht zufrieden, nur diese Symptomatik würde stören.

Therapie: Der behandelnde Hausarzt schlug dem Patienten vor, das autogene Training zu erlernen und führte die ersten 8 Sitzungen gemeinsam mit ihm und weiteren Patienten in einer Trainingsgruppe durch. Der Patient lernte in den Übungen die Kontrolle über seine vegetativen Funktionen und war davon so begeistert, dass er die Übungen zu Hause regelmäßig fortsetzte. In einem katamnestischen Gespräch ein halbes Jahr nach dem Erstkontakt berichtete er dem Hausarzt stolz, dass seine Symptomatik praktisch verschwunden sei. Lediglich in einer mündlichen Prüfung habe er leichten Magendruck und einen trockenen Mund bemerkt. Insgesamt sei er aber zufrieden.

Autogenes Training

Fallbeispiel 17.3

Anamnese: Eine 36jährige Bibliothekarin kommt auf Druck ihres Lebenspartners in psychotherapeutische Behandlung. Sie benennt zunächst eine Orgasmusstörung als ihr wesentliches Problem: beim Geschlechtsverkehr kann sie regelhaft nicht zum Orgasmus kommen. Bei der Hinterfragung dieses Symptoms wird deutlich, dass die Patientin nicht nur sexuelle Aktivitäten insgesamt ablehnt, sondern auch ein sehr schlechtes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper hat, was sich u. a. darin ausdrückt, dass sich beim Streicheln durch ihren Partner verschiedene Missempfindungen und depressive Gefühle bei ihr einstellen.

Biographie: In der biographischen Anamnese kommt heraus, dass sie aus einem streng religiösen Milieu stammt, in dem die positive Besetzung von Körperlichkeit verpönt war. Erschwerend kam hinzu, dass ein Onkel von ihr mehrfach versucht hatte, sie sexuell zu missbrauchen, als sie 7 Jahre alt war. Mögliche Zusammenhänge zwischen diesen biographischen Details und den jetzigen Schwierigkeiten, Körperlichkeit als lustvoll zu erleben und zu



akzeptieren, waren der Patientin durchaus bewusst. Sie konnte aber ihr Erleben trotzdem nicht verändern.

Therapie: Die Psychotherapeutin entschloss sich zur Durchführung einer konzentrativen Bewegungstherapie, während der die Patientin allmählich lernte, ihren eigenen Körper besser zu spüren und die wahrgenommenen Empfindungen zu verbalisieren und zu akzeptieren. Unter der fördernden Unterstützung der Therapeutin konnte sie schließlich ihre »subjektive Leiblichkeit« auch lustvoll erleben. Damit konnte eine bleibende Verbesserung des Körpererlebens erreicht werden. Folge dieses Fortschritts war, dass die Patientin in der Beziehung zu ihrem Partner mehr Körperkontakt zulassen konnte und dieses auch als angenehm empfand.

➤ **Konzentrativen Bewegungstherapie**

18 Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation

18.1 Soziotherapie – 330

18.2 Versorgung – 332

18.3 Rehabilitation – 337

18.4 Psychiatrische Krankenpflege – 338

Literatur – 344

18.1 Soziotherapie

Definition: Praktisch-therapeutische Anwendung sozialpsychiatrischer Theorien (Untersuchung und praktische Berücksichtigung sozialer Faktoren in Bezug auf Entstehung, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen). Unverzichtbare Komponente jeglicher psychiatrischen Therapie: Einsatz soziotherapeutischer Behandlungsformen, die mit der Annahme von Eigenverantwortung und eigener Entscheidung verbunden sind, statt Ausgliederung und Dauerhospitalisierung, deren häufige Folge das Institutionalismus- oder Hospitalismussyndrom ist, mit Initiativverlust, Rückzug und Aufgabe der sozialen Rolle; in stark ausgeprägten Fällen Stereotypien, Einkoten, Apathie etc. – Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit der Patienten; optimale Stimulierung mit Beachtung der angemessenen »Nähe und Distanz«. Besonderer Schwerpunkt bei chronischen oder zur Chronifizierung neigenden Erkrankungen wie den schizophrenen Psychosen.

Therapeutische Gemeinschaft

Zusammenleben einer Gruppe von Behandelnden und Patienten im Psychiatrischen Krankenhaus mit dem therapeutischen Ziel, psychisch Kranken die Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Aufbau eines therapeutischen Systems mit offener Kommunikation, weitgehender Aufgabe hierarchischer Strukturen, Förderung persönlicher Entscheidungsfähigkeit und Beteiligung aller am therapeutischen Prozess mit den damit verbundenen Grundrechten und Grundpflichten. Strukturierung des Tagesablaufs durch Arbeit und Freizeitgestaltung. Schaffung eines günstigen therapeutischen Klimas für die Anwendung einzelner Behandlungsmethoden.

Einführung nach Ende des Zweiten Weltkriegs, zunächst in den USA (T. F. Main) und Großbritannien (Maxwell Jones).

Milieutherapie

Während die Therapeutische Gemeinschaft in Idealform häufig nicht erreichbar ist, ist die sog. Milieutherapie im Krankenhaus leichter zu verwirklichen:

- Angebot unterschiedlicher kommunikationsfördernder Therapieformen
- Vorwegnahme zukünftiger Anforderungen in der Gesellschaft (Probefahren) »So normal wie möglich«
- Beteiligung aller Patienten an gemeinsamen Aufgaben

- zahlreiche unterschiedliche Gruppen mit Behandlung von Rollenkonflikten und pathologischen Interaktionen (aber: keine nivellierende Rollendiffusion, Vermeidung einer »idealen« therapeutischen Insel!)
- Einbeziehung von Bezugspersonen wie Familie, Partner und Freunde in die therapeutische Arbeit
- täglich, je nach Stationstyp auch seltener stattfindende Stationsversammlung (Großgruppe) mit Ärzten und Krankenpflegepersonal (Plenum): Besprechung des Stationsprogramms, etwa Ausflüge, kulturelle Veranstaltungen etc.; Verteilung von Arbeiten (Küchendienst, Blumengießen etc.); Besprechung kontroverser Fragen wie etwa Raucherlaubnis in bestimmten Bereichen der Station, Gestaltung der Fernsehprogramme etc.
- Voraussetzung auch baulich eine entsprechende Gestaltung der, soweit irgend möglich, nach außen offenen Stationen mit Aufenthalts- und Gruppenräumen; entsprechendes Mobiliar, um eine wohnliche Atmosphäre zu schaffen; gemeinsame Behandlung von Männern und Frauen, in vielen Krankenhäusern ein immer noch nicht erreichtes Ziel! Möglichkeiten der gemeinsamen Aufnahme von Müttern mit Babys und kleinen Kindern. – Möglichst direkter Zugang zu einem Stationsgarten

Vielfältiges Behandlungsangebot

Um den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Patienten möglichst vielseitig gerecht zu werden, sollte das Behandlungsangebot einer modernen Psychiatrischen Klinik umfangreich sein und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen umfassen. Die Patienten sollten aber auch nicht durch Überaktivierung »erschlagen« werden.

- **Ergotherapie** in Form von:
 - *Beschäftigungstherapie*: mehr künstlerisch-kreativ: Ton-, Holz-, Metall-, Textilarbeiten, künstlerische Gestaltungstechniken
 - *Arbeits Therapie* (Werktherapie): eher realitätsbezogen, z. B. Fahrradwerkstätte, Fotolabor, Keramikatelier, Tischlerwerkstätte etc. Auch Möglichkeit der Serienproduktion sowie Auftragsarbeiten von externen Firmen mit Termindruck
 - *Garten Therapie* (Hortotherapie): Möglichkeit der Erfahrung und Auseinandersetzung mit Erde, Pflanzen und organischem Wachstum, evtl. auch mit der Tierpflege
- **Krankengymnastik** mit Gruppengymnastik und Entspannungsgruppen, evtl. Sporttherapie und Tanz

- **Musiktherapie:** möglich als »passive Form« der Musiktherapie (Hören und Interpretieren) und »aktive Form« mit Musizieren im sozialen Kontakt; wichtig vor allem als kommunikatives psychotherapeutisches Medium in der Gruppe, zunächst averbal über die Instrumente, bei der anschließenden gemeinsamen Besprechung dann auch verbal als Mittel des Selbst-erlebens
- **Weitere Möglichkeiten:** Psychodrama, Soziodrama, Märchenspielgruppe, Geschichtsgruppe (oral history), Computerlernprogramme, unterschiedliche Außenaktivitäten wie Wandern, therapeutische Reisen etc.
- **Sozialarbeit:** im Psychiatrischen Krankenhaus unabdingbar. Vermittelt einen großen Teil der Kontakte nach außen: Vorbereitung der Entlassung, Finden neuer Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, schwierige Kontakte mit den eigenen Angehörigen, finanzielle Beratungsaufgaben u. a. Vielerorts auch Betreuung von Angehörigengruppen und Nachsorgeklubs

18.2 Versorgung

Infolge beträchtlicher Missstände und Mängel in der psychiatrischen Versorgung (»Brutale Realität« in den psychiatrischen Abteilungen für chronisch Kranke) in der Bundesrepublik Deutschland, Beauftragung (1971) und Bericht (1975)¹ einer Kommission, der sog. Psychiatrie-Enquête, mit folgenden **Reformvorschlägen:**

- umfassende und bedarfsgerechte Versorgung (Forderung nach Spezialisierung in bestimmten Bereichen wie Suchtbehandlung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie)
- gemeindenähe Versorgung (dezentralisiert, rekommunalisiert; Vorrang von ambulanter vor stationärer Behandlung; Einrichtung von Polikliniken)
- bedarfsgerechte Koordination (Kontinuität der Behandlung; Zusammenarbeit mit außermedizinischen Institutionen in der Kommune, der Arbeitsverwaltung, der Justiz und insbesondere auch Einbeziehung von Laien)

¹ Bundestags-Drucksache 7/4200 und 4201

- gleichstellung seelisch und körperlich Kranker (wenn möglich Reintegration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin)

Seither deutliche Verbesserung der Versorgungslage mit der Tendenz ambulant und komplementär vor stationär. Aufgrund des Fehlens einer Übersicht über die in der Bundesrepublik existierenden Dienste bzw. einer zentralen Institution zur Sammlung von Informationen über bestehende Versorgungsinstitutionen ist jedoch der gegenwärtige Stand kaum darstellbar.

Untergliederung der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung

- Stationäre Versorgung
- Teilstationäre Versorgung
 - Tageskliniken
 - Nachtkliniken
- Komplementäre Versorgung/Einrichtungen
- Ambulante Versorgung
 - niedergelassene Nervenärzte
 - Polikliniken bzw. Ambulanzen
 - Sozialpsychiatrische Dienste
 - weitere Einrichtungen im ambulanten Bereich
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Sucht
- psychisch kranke Rechtsbrecher
- geistig Behinderte (Intelligenzminderung)

Stationäre Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es etwa 60000 Psychiatriekrankenhausbetten (Anzahl von Krankenhausbetten bezogen auf Einwohner: Innere Medizin 2,2 ‰, Chirurgie 2,1 ‰, Psychiatrie 1,3 ‰, Frauenheilkunde 1,1 ‰).

Trend: Verringerung der Zahl der Planbetten auf etwa 0,5–1 ‰, mehr Betten in kleineren Abteilungen und Reduzierung der Betten in den Großkrankenhäusern; größere Zahl von Krankenhausaufnahmen bei kürzerer Verweildauer.

- Anstieg der Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern von 21 (1971) auf 162 (1999); Übernahme der Gemeinde-nahen Versorgung (u. a. Aufnahmeverpflichtung für Zwangseinweisun-gen)

Trotz Verbesserung der Situation in den Landeskrankenhäusern während der letzten 20–25 Jahre immer noch **Misstände und Mängel** in psychiatrischen Krankenhäusern:

- ungünstige geographische Lage (oft zu weit von der Wohnbevölkerung entfernt; für zu große Versorgungsregionen zuständig)
- zu große Bettenanzahl im einzelnen Krankenhaus, zu hoher Anteil geschlossener Stationen, zu viele zwangsuntergebrachte Patienten, noch häufig nach Geschlecht getrennte Behandlung (bei gemischten Stationen sollten auch frauenspezifische Möglichkeiten aufgeboten werden!)
- unzureichender Ausbau des Nachsorgesystems
- problematisch: der erwünschten Reduktion von Betten in psychiatrischen Krankenhäusern steht eine überproportionale Zunahme von Betten in meist gemeindefernen Suchtkliniken und psychosomatischen Kliniken gegenüber, aber auch ein Anstieg der Heimplätze

Teilstationäre Versorgung

Definition: Behandlung/Betreuung erfolgt nur während eines Teils des Tages, überwiegend in Tageskliniken, seltener in Nachtkliniken (im übrigen mit vollstationärer Betreuung vergleichbar):

- **Tageskliniken:** in der Bundesrepublik Deutschland über 2000 Tagesklinikplätze in mehr als 100 Einrichtungen, etwa 20 Plätze pro Institution

Schwerpunkte: Krisenintervention (Vorschalt-Tagesklinik zur Vermeidung stationärer Behandlung; Verkürzung der stationären Behandlungsdauer (am häufigsten Patienten mit Psychosen, Rezidivbehandlung); Nachsorge; Rehabilitationsmaßnahmen; auch Kindertageskliniken und psychogeriatrische Tageskliniken

Vorteil: der Patient bleibt weitgehend im gewohnten Milieu, ist nachts und am Wochenende zuhause. Intensive Tagesstrukturierung

Nachteil: gelegentlich Überforderung bei weniger belastungsfähigen Patienten

Kontraindikation: Suizidalität und Sucht, neuerdings gerontopsychiatrische und spezielle Sucht-Tageskliniken

- **Nachtkliniken:** meist keine selbständigen Institutionen. Integration von Nacht klinikbetten in bestehende stationäre Behandlungseinrichtungen

Komplementäre Versorgung/Einrichtungen

Definition: Einrichtungen überwiegend nichtmedizinischen Charakters, zwischen stationärer und rein ambulanter Behandlung angesiedelt, mit dem Angebot (in erster Linie) rehabilitativer Hilfen (► Kap. 18.3: »Berufliche Rehabilitation«).

Beispiele: Übergangsheime, Dauerwohnheime, Pflegeheime; therapeutische und freie Wohngemeinschaften; therapeutisches Wohnen; beschützende Wohnungen mit betreuender Unterstützung; Tageszentren.

Ambulante Versorgung

- **Niedergelassene Nervenärzte:** psychiatrische Behandlungsprävalenz durch niedergelassene Nervenärzte 2–3 % der Bevölkerung im Jahr. Die große Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte (gegenwärtig unter 1:20000 der Bevölkerung, in den letzten 10 Jahren etwa Verdopplung der Anzahl niedergelassener Nervenärzte: BRD 1980: 1463–1999: 4800 niedergelassene Nervenärzte; dazu 1200 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) ist ein spezielles Phänomen Mitteleuropas. In vielen anderen Ländern statt dessen fast nur Polikliniken und Ambulanzen. In der Bundesrepublik Deutschland oft ungünstige Verteilung der niedergelassenen Nervenärzte auf bevorzugt städtische Gebiete. Neben den Ärzten für Psychiatrie und Neurologie (Nervenärzte) zunehmend spezialisierte Ärzte nur für Neurologie oder nur für Psychiatrie und Psychotherapie, daneben mit einem Schwerpunkt Psychosomatik der Arzt für Psychotherapeutische Medizin; Ärzte aller Fachrichtungen können die Zusatztitel »Psychotherapie« und »Psychoanalyse« erwerben. – Niedergelassen auch psychologische Psychotherapeuten (psychoanalytische Verfahren und Verhaltenstherapie), ferner Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- **Polikliniken bzw. Ambulanzen:** Screening-Funktion vor stationärer Aufnahme, Nachsorge von Patienten mit besonderen Behandlungsproblemen (Betreuung spezieller Patientengruppen: Suchtambulanz, Sprechstunden für Depot-Neuroleptie, Prophylaxe von affektiven Störungen mit Lithium, Sexual-Ambulanz etc.). In den psychiatrischen Polikliniken nur relativ geringe Patientenzahlen
- **Sozialpsychiatrische Dienste:** meist Angliederung an Gesundheitsämter, gelegentlich auch an Freie Träger

Funktion: Betreuung psychisch Kranker in der Gemeinde (i. d. R. kein Behandlungsrecht!). Einweisung stationärer Behandlung Bedürftiger bei fehlender Krankheitseinsicht nach PsychKG (nach Bundesländern unterschiedliche Psychisch-Kranken-Gesetze), somit Ausstattung mit hoheitlichen Funktionen

- **Weitere Einrichtungen im ambulanten Bereich:** Patientenklubs mit offenen oder geschlossenen Gruppen, Selbsthilfegruppen (insbesondere im Suchtbereich), Teestuben, Kontaktzentren und Treffs von ehemaligen Patienten oder Beratungssuchenden, Angehörigengruppen
- **Einrichtungen im Vorfeld:** Beratungsstellen verschiedenster Art, insb. jedoch Praktische Ärzte und Allgemeinmediziner, die psychisch Kranke oft zuerst beraten (Filter- und Überweisungsfunktion)

Integrierte Versorgung

Entscheidend für eine befriedigende psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung ist Integration aller genannten Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsaktivitäten, jeweils in bestimmten regionalen Bereichen (Sektoren, Standardversorgungsgebieten bzw. Versorgungsregionen, Gemeinden bzw. Gebietskörperschaften); Größenordnung 100000–150000 Einwohner. In den letzten Jahren verstärkt sich eine Tendenz weg von der institutionszentrierten hin zur personenzentrierten Versorgung. Es sollen also nicht mehr in erster Linie den ermittelten Bedarf abdeckende Einrichtungen »vorgehalten«, sondern notwendige patientenbezogene Leistungen ermöglicht und finanziert werden. Darüber hinaus ist die eher überregionale Organisation der Versorgung für **besondere Patientengruppen** erforderlich:

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie:** Versorgung durch etwa 80 Abteilungen und Kliniken und etwa 150 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater (Bedarf liegt bei über 1000) sowie durch nichtärztliche Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche
- **Gerontopsychiatrie:** Versorgung in Tageskliniken, spezialisierten Pflegeheimen, zahlreichen Abteilungen und Stationen von Landeskrankenhäusern. Wichtig sind diagnostische gerontopsychiatrische Zentren in Verbindung mit der Inneren Medizin. Spezielle psychotherapeutische Abteilungen für ältere Menschen sind selten
- **Suchtkranke:** Integration akut Kranker in das psychiatrische Versorgungssystem; akute körperliche Entgiftung (Entzug I) und mehrwöchige Motivationsgruppenbehandlung (Entzug II) meist stationär; auch Installation

ambulanter Programme; mittel- und langfristige Entwöhnungsmaßnahmen in besonderen Suchtkliniken. Ambulante Nachbetreuung vorwiegend in Gruppen, insb. Selbsthilfegruppen

- **Psychisch kranke Rechtsbrecher:** Versorgung in einem gesonderten, der Justizverwaltung unterstellten System, das größtenteils in die Landeskrankenhäuser integriert ist
- **Kranke mit neurotischen und psychosomatischen Störungen:** Entwicklung eines psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungssystems (zahlreiche Psychosomatische Kliniken, häufig jedoch gemeindefern). Ambulante Betreuung durch Ärzte für Psychotherapeutische Medizin und Ärzte anderer medizinischer Fächer mit Zusatztitel »Psychotherapie und/oder Psychoanalyse« sowie nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten; psychotherapeutische Beratungsstellen etc.

18.3 Rehabilitation

Definition: Alle Maßnahmen zum Ausgleich einer Behinderung, deren Ziel die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen (*medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation*) sowie die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Erlangung größtmöglicher persönlicher Autonomie der Patienten ist.

- **Behinderung** bezieht sich entsprechend WHO-Definition auf
 - *Schädigung* (impairment) entsprechend Normabweichung psychischer oder physiologischer Funktionen oder Struktur
 - *Fähigkeitsstörung* (disability) entsprechend Störung von Aktivitäten in Bezug auf die Umwelt
 - *Beeinträchtigung* (handicap) entsprechend sozialer Rolleneinschränkung oder -verlust als Nachteil für den Betroffenen

Die WHO hat eine Internationale Klassifikation der Behinderungen erarbeitet (ICIDH-2).

Medizinische Rehabilitation: Funktionsfördernde ärztliche Maßnahmen. Definitorisch beträchtliche Überschneidung mit medizinischer Behandlung. Begleitet die beiden anderen Bereiche der Rehabilitation.

Berufliche Rehabilitation: Maßnahmen im Bereich der Arbeits- und Berufsfindung: Arbeitstherapie in der Klinik, Behindertenwerkstätten, beschützte Arbeitsplätze, freier Arbeitsmarkt; schulische und Berufsberatung, Umschulungsmaßnahmen; Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) etc.

Soziale Rehabilitation: Maßnahmen im Wohn- und Freizeitbereich. Nach Entlassung aus stationärer Behandlung Schaffung von Wohnmöglichkeiten, etwa im Übergangshaus, in der therapeutischen Wohngemeinschaft, in freier Wohngemeinschaft, schließlich selbständiges Wohnen. (Wieder)erlernen von Tages- und Freizeitgestaltung; Aufbau von sozialen Bezügen; Erreichen von persönlicher Autonomie.

Problematisch: Komplizierte Finanzierung der Rehabilitation in der BRD durch unterschiedliche Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, Arbeitsverwaltung), deren jeweilige Zuständigkeit oft erst zeitaufwändig bestimmt werden muss.

Exkurs: *Psychiatrie und Kunst*: ein von der Öffentlichkeit sehr beachteter Bereich der Psychiatrie: nicht nur die Darstellung psychisch Kranker in der Kunst (schon bei Pieter Breughel dem Älteren »Die dulle Griet« oder bei Dürer die »Melancholia«), sondern vor allem die Kunst der Menschen mit Psychosen weithin zuerst bekannt geworden durch Hans Prinzhorn »Bildnerei der Geisteskranken« (1922); im Künstlerhaus in Gugging bei Wien eine »Malerkolonie« von Leo Navratil eingerichtet, heute von internationalem Bekanntheitsgrad; im Übrigen in vielen psychiatrischen Behandlungseinrichtungen kunsttherapeutische Ateliers mit hohem Standard. Voraussetzung der Kunst von Schizophrenen ist ein Talent, das sich unter günstigen Umständen kreativ entfalten kann; viele psychotische Menschen erreichen diese Möglichkeiten aber nicht. Nicht die Psychose malt als solche, sondern der Mensch in seiner Psychose.

18.4 Psychiatrische Krankenpflege

Psychiatrische Krankenpflege umfasst die fachgerechte und systematisch geplante Pflege des psychisch kranken Menschen. Grundlage ist die Unterstützung und Förderung des Erkrankten bei der Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung der lebenspraktischen Fähigkeiten und »Aktivitäten des tägli-



■ **Abb. 18.1.** Der psychiatrische Pflegeprozess

chen Lebens«. Dabei orientiert sie sich an der individuellen Lebenssituation des einzelnen Menschen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium, Gesundheitszustand, soziokulturellen Hintergrund und soziales Umfeld. Dieses ganzheitliche, beziehungsorientierte Pflegeverständnis manifestiert sich im Pflegeprozess (Pflegeanamnese, Pflegeziele, Pflegeplan, Pflegedokumentation). Der Pflegeprozess ist ein Teil der interdisziplinären Teamarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte/innen, Psychologen/innen, Ergotherapeuten/innen u. a.).

Psychiatrischer Pflegeprozess

Der psychiatrische Pflegeprozess beinhaltet sowohl den dynamischen und flexiblen Regelkreis fachlich pflegerischer Handlungen zur Lösung der Patientenprobleme (»Problemlösungsprozess«), als auch die bewusst gestaltete Beziehung zwischen Pflegendem und Patient (»Beziehungsprozess«). Dem gesam-

ten Pflorgeteam und anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen bietet der dokumentierte Pflegeprozess Informationen über Probleme, Bedürfnisse sowie Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen bis hin zur Problemlösung. Die Dokumentation des Pflegeprozesses, zu der das Krankenpflegepersonal rechtlich verpflichtet ist, dient als Instrument zur Qualitätssicherung und ist Teil der medizinischen Krankengeschichte. Die einzelnen Elemente im psychiatrischen Pflegeprozess bauen aufeinander auf.

Beziehungsgestaltung

Durch nahezu ständige Präsenz hat das Pflegepersonal den direkten, häufigsten und längsten Kontakt mit den Patienten. Grundlage der pflegerischen Tätigkeit in der Psychiatrie ist der Aufbau und Erhalt einer tragfähigen Beziehung zum Patienten. Psychiatrische Krankenpflege sieht die aktive, gezielte, planvolle und reflektierte Gestaltung der Beziehung als ein wesentliches Mittel pflegerischer Handlungen an (Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Gedanken, Gefühle und Einstellungen). Da psychische Erkrankungen häufig mit einer Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit einhergehen, sollte in der pflegerischen Beziehungsgestaltung der therapeutische Charakter betont werden. Die Gestaltung der Beziehung erfolgt auch in Rückkopplung mit der therapeutischen Beziehung des Patienten zum jeweiligen ärztlichen oder psychologischen Behandler.

Sammlung von Informationen/Pflegeanamnese

Die Informationsgewinnung durch das Pflegepersonal findet unter ähnlichen Rahmenbedingungen wie das ärztliche Aufnahmegespräch statt. Bereits in der Aufnahmesituation beginnt die möglichst wertfreie Einschätzung des Patienten (Körperhaltung und -bewegung, Sprache, Mimik, Gestik, aber auch Äußerungen über Wahrnehmungen und Gefühle). Die Pflegeanamnese erfasst Daten über alle Lebensbereiche, den aktuellen Gesundheitszustand, die psychosoziale Geschichte und die Biographie. Die Aussagen des Patienten (Primärquelle) werden in der Dokumentation nach Möglichkeit wörtlich zitiert. Die Erfassung der Patientendaten wird durch die Angaben der Angehörigen (Sekundärquelle) und der Krankengeschichte ergänzt.

Erkennen von Ressourcen und Probleme

Aus der Analyse der Pflegeanamnese gehen die Probleme und Ressourcen des Patienten hervor. Die Probleme werden mit dem Hauptproblem beginnend nach Priorität benannt und lassen sich nach verschiedenen Aspekten unterteilen:

- *aktuelle Probleme* sind vorhandene und belastende Probleme
- *potentielle Probleme* sind mögliche, aber zur Zeit noch nicht aktuelle Probleme
- *verdeckte Probleme* werden nicht von den Patienten geäußert, sondern vom Pflegepersonal vermutet
- *individuelle Probleme* sind spezifische Probleme des Einzelnen
- *generelle Probleme* sind voraussehbare Probleme, die bei bestimmten Erkrankungen auftreten können

Bei der Formulierung der Probleme sind die möglichen Ressourcen des Patienten immer mit einzubeziehen, um die Selbständigkeit des Erkrankten weitestgehend zu erhalten und zu fördern.

Festlegung der Pflegeziele

Pflegeziele werden nach Möglichkeit mit dem Patienten gemeinsam formuliert, damit in seinem Interesse geplant wird und seine Mitarbeit gesichert ist. Pflegeziele werden positiv ausgedrückt und müssen eindeutig, verständlich, konkret, erreichbar und überprüfbar sein.

Hilfreich ist eine Unterteilung in Nah- und Fernziele:

- *Nahziele* sind vom Zeitraum her überschaubar und vermitteln dem Patienten auf absehbare Zeit ein positives Erlebnis
- *Fernziele* beschreiben den Zustand, der nach Ablauf des gesamten Pflegeprozesses erreicht sein soll (der Zeitraum reicht bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus und dient zugleich der Nachsorge)

Durch die schriftliche Aufzeichnung der Pflegeplanung ist der Verlauf über das Erreichte für den Patienten und das Pflegepersonal ständig präsent.

Planung der Pflegemaßnahmen

Dem Ist-Zustand entsprechend werden Maßnahmen zum Erreichen der Ziele geplant und im Pflegeplan dokumentiert. Um die Sicherheit des Patienten bei allen Maßnahmen zu gewährleisten, sind der körperliche, geistige und psychische Zustand, das Alter, der Entwicklungs- und Bildungsstand des Patienten und die unterschiedlichen Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Der Patient wird an der Pflegeplanung beteiligt, da ein wesentliches Pflegeelement die Aktivierung von Ressourcen im Patienten beinhaltet. Die Pflegemaßnahmen werden also gezielt auf die Ressourcen des Erkrankten abgestimmt, um so die

verbliebenen Fähigkeiten zu nutzen und, wenn möglich, auszubauen. Die Pflegenden erstellen so einen verbindlichen Pflegeplan zur vom ganzen Pflegebereich mitgetragenen Durchführung der Maßnahmen.

Durchführung der Pflege

Bei der Durchführung der Pflege wird der Patient von den Pflegekräften in seiner Ganzheit wahrgenommen und der individuell erstellte Pflegeplan in Pflegehandlungen umgesetzt. Zur Festigung einer vertrauensvollen Beziehung sollten patientenbezogene Tätigkeiten von einer festen Bezugsperson durchgeführt werden. Die Umsetzung des Pflegeplanes kann nur unter Einbeziehung aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen funktionieren.

Beurteilung der Pflege/Evaluation

Die Wirkung der durchgeführten Pflege ist mit dem Patienten und dem Pflegeteam nach Möglichkeit gemeinsam zu beurteilen.

Beobachtungen unterschiedlichster Art werden bei der Beurteilung der Pflegequalität zusammengetragen:

- die *objektive Auswertung* beruht auf überprüfbaren Daten (z. B. Vitalzeichen)
- die *subjektive Auswertung* stützt sich auf Beobachtungen des Teams sowie Äußerungen und Verhaltensreaktionen des Patienten

Die Auswertung dokumentiert die Reaktion des Patienten auf die Pflege und zeigt an, ob die Ziele des Pflegeplanes erreicht wurden oder an welcher Stelle die Pflegequalität noch verbessert werden sollte. Die Evaluation findet während des gesamten Pflegeprozesses fortlaufend statt und dient als ständige Kontrollinstanz. Die Resultate der Auswertung lösen eventuell einen neuen Zyklus im Pflegeprozess aus.

Fallbeispiel

Fallbeispiel 18.1:

Schlafstörungen bei depressiver Episode, melancholischem Subtyp mit psychotischen Symptomen F 32.3

(► Fallbeispiel 7.1)

Nach dem ärztlichen Aufnahmegespräch mit Anamnese- und Befunderhebung und körperlicher Untersuchung wird der Patientin durch eine Pflege-



kraft die Station gezeigt. Die beruhigende und unterstützende Ansprache in der Aufnahmesituation sind ebenso vertrauensbildende Maßnahmen wie das Bekanntmachen mit dem Pflegeteam der Bezugspflegekraft. Um die schwer depressive Frau nicht zu überfordern, wird ihr die Klinik mit den speziellen Therapiemöglichkeiten erst in den nächsten Tagen vorgestellt. Die körperlich geschwächte und antriebsarme Patientin ist ohne Begleitperson zur Aufnahme gekommen und benötigt die Unterstützung der Bezugspflegekraft, um sich im Krankenzimmer einzurichten. Sie bekommt anschließend Gelegenheit, sich auszuruhen. Danach beginnt die Bezugspflegekraft mit der Erstellung der Pflegeanamnese. Die deutlich herabgestimmte und verängstigte Patientin sitzt in abgewandter Körperhaltung auf dem Stuhl und spricht sehr leise. Sie beobachtet ihr Gegenüber misstrauisch und beantwortet nicht alle Fragen. Die Patientin benennt als ihr Hauptproblem die Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen und Grübeln. Das Bedürfnis, sich tagsüber häufig ins Bett zurückzuziehen, erkennt die Patientin als weiteres Problem. Die Patientin betont in dem Gespräch mehrmals, dass sie Schlaftabletten ablehnt. Als Ressource erwähnt die Patientin ihr Interesse für Handarbeiten und Lesen. Die Patientin will mit Unterstützung der Pflegenden alternative Schlafmittel anwenden (Beruhigungsbad, Schlaftee auf pflanzlicher Basis), um stundenweise Schlaf zu bekommen, und sich beim Nachtdienst melden, falls sie dennoch wach liegt (Nahziele). Langfristig gesehen möchte die Patientin selbständig ihren Nachtschlaf fördern können und für ausreichenden Schlaf sorgen (Fernziele).

Nachdem der Patientin genügend Zeit zur Eingewöhnung gegeben wurde, erstellt die Bezugspflegekraft mit der Patientin gemeinsam den Pflegeplan und stimmt ihn auf deren individuelle Tagesstruktur ab (z. B. feste Mahlzeiten, Spaziergänge, Seniorensport, Ergotherapie). Der Pflegeplan wird dann im Team mit den ärztlichen Behandlern abgesprochen. Tagsüber wird die Patientin aufgefordert, das Bett zu verlassen (Rückzug ins Bett zeitlich begrenzen, Mittagsschlaf auf maximal eine Stunde festlegen, nachmittags keine anregenden Getränke). Abends muss die Nachtwache für eine ruhige Umgebung sorgen und die Patientin ermutigen, nicht vor 22.00 Uhr ins Bett zu gehen (zur Zeitüberbrückung Material für Handarbei-



ten anbieten, als Alternative zur Schlaftablette ein Schlafritual durchführen). Die Gestaltung der Schlafumgebung (Schlafgewohnheiten, Zimmer-temperatur, Beleuchtung) und das Anziehen entsprechender Nachtkleidung führt die zur Zeit noch unsichere und antriebsarme Patientin gemeinsam mit der Pflegekraft durch. Da nächtliche Zimmerkontrollen durch den Nachtdienst zur Beobachtung des Schlafes erforderlich sind, werden diese der Patientin angekündigt. Zusätzlich wird die Patientin aufgefordert, sich unbedingt zu melden, wenn sie wach liegt oder anfängt zu grübeln. Nach einigen Wochen der Behandlung ist die Patientin in der Lage, ihr Schlafritual selbstständig durchzuführen. Sie kleidet sich passend für die Nachtruhe und kann für eine entsprechende Schlafumgebung sorgen. Das Schlafverhalten wird im Pflegebericht, aus dem eine deutliche Problemreduzierung zu entnehmen ist, genau dokumentiert. Im Team wird der Pflegeplan der Patientin regelmäßig besprochen und die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen überprüft.

➤ **vgl. Fallbeispiel 7.1**

Literatur

- Brobst RA (Hrsg) (1997) Der Pflegeprozeß in der Praxis. Huber, Bern Göttingen Toronto
 Diefenbacher A, Volz H-P, Vogelsang T, Teckhaus P (1998) Psychiatrie in der Kranken-pflegeausbildung, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
 Kistner W (1997) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problem-lösung in der psychiatrischen Pflege, 3. Aufl. G. Fischer, Stuttgart Jena Lübeck
 Michel K (1998) Psychiatrie für Pflegeberufe, 3. Aufl. Enke, Stuttgart
 Thomas R, Klar M (2000) Der psychiatrische Pflegeprozess. In: Die Schwester/ Der Pfleger 3: 184–190

19 Prävention

Caplan (1964) unterscheidet 3 Arten der Prävention:

- **Primärprävention:** Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Verringerung des erstmaligen Auftretens psychischer Störungen
- **Sekundärprävention:** Maßnahmen zur Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen mit dem Ziel der Verkürzung der Erkrankungsdauer und der Verhinderung von Rückfällen
- **Tertiärprävention:** insbesondere Rehabilitations- und Resozialisierungsmaßnahmen zur Geringhaltung möglicher Folgeschäden bzw. chronischer Auswirkungen von psychischen Erkrankungen

Gemeinsam sind den 3 Arten der Prävention:

- die explizite Betonung der Vorbeugung gegenüber der Korrektur
- die Abkehr von der Einzelfallhilfe

Caplan G (1964) Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York

Im Folgenden wird vor allem die Primärprävention als Vorbeugung im engeren Sinne behandelt.

Ziele der Primärprävention

Allgemein: Umstellung des ärztlichen Denkens, Blickrichtung weg vom Kranken stärker auf den Gesunden (Vorbeugung statt Korrektur!):

- Ausschaltung bzw. Milderung krankheitsfördernder Faktoren
- Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegenüber ungünstigen Einflüssen
- Maßnahmen der Krisenbewältigung

Maßnahmen der Primärprävention

- **Im medizinisch-physischen Bereich:** Sicherung der medizinischen Grundversorgung. Ausbau von Beratungsdiensten, z. B. genetische Beratung von Personen aus belasteten Familien: Konzeptionsverhütung, ggf. Interruptio (z. B. Chorea Huntington), Früherkennung und Frühbehandlung von Erbkrankheiten, z. B. bei Anlage zum Phenylbrenztraubensäure-Schwachsinn, Prophylaxe durch Gabe von phenylalaninärmer Kost; Förderung von Schutzmaßnahmen gegen somatophysische Schädigungen, die zu psychischen Erkrankungen führen können

- **Im psychosozialen Bereich:** Förderung einer ungestörten intellektuellen und emotionalen Entwicklung durch Unterstützung der Grundvoraussetzungen für eine verlässliche Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen (stabile Eltern-Kind-Beziehung); Vermeidung von Hospitalisierungssyndromen in der Kindheit
- **Im soziokulturellen/sozioökonomischen Bereich:** Zugang zu Bildung und Ausbildung. Materielle Sicherung der Lebensgrundlagen durch Förderung der psychologischen Aspekte der Arbeitsmedizin (Festsetzung von Belastungshöchstnormen, Vermeidung von Schädigung durch Isolation, Lärm etc., soweit psychische Störungen hieraus resultieren können), psychohygienische Beratung bei Stadtplanungs- und Wohnungsbauvorhaben (Prävention von Ghettosituationen für Angehörige der sozialen Unterschicht, Vermeidung von einseitig wirtschaftlich motivierten Sanierungen mit der Folge von Entwurzelung langansässiger Bewohner etc.). Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums durch Werbeverbot und Preisgestaltung bzw. zweckgebundene Steuererhöhung. Vermeidung von Suchtgefahren; Erschwerung der Beschaffung von Drogen, aber auch von Medikamenten, die zur Abhängigkeit führen können. Aufklärung über Gefahren durch Drogen und Alkohol, z. B. kontinuierlich in der Schule. Verminderung der Drogenkriminalität durch Verringerung der Nachfrage; Schwerpunkt nicht auf staatlicher Kontrolle und Polizeimaßnahmen, sondern auf Primär- (und Sekundär-) prävention; neuerdings verstärkt Legalisierungsdiskussion

Bewertung

Die genannten Primärpräventionsmaßnahmen sind in der Psychiatrie bisher *nur begrenzt verwirklicht*, da sie abhängig sind von:

- Wissensstand über Krankheitsursachen
- Vermeidbarkeit der Krankheitsursachen
- Bereitschaft Einzelner und der Gesellschaft, vermeidbare Krankheitsursachen auszuschließen

Beste Chancen einer gezielten Primärprävention bestehen bei psychogenen Erkrankungen (durch günstige Gestaltung der allgemeinen Lebensbedingungen), bei einigen Erbkrankheiten (durch Früherkennung, ggf. auch Interruption) sowie bei Abhängigkeits- und Suchtproblematik. Leider bestehen bei Alkohol und Nikotin, die hohe Steuereinnahmen erbringen, beträchtliche Ver-

strickungen aller Art (persönlich, ökonomisch etc.), insbesondere auch bei den Meinungs- und Entscheidungsträgern der Gesellschaft, ganz im Unterschied zu den illegalen Drogen, die überwiegend Randgruppen betreffen.

Bei Schizophrenien und manisch-depressiven Erkrankungen ist eine Prä-märprävention in begrenztem Umfang durch genetische Beratung möglich, die *Sekundärprävention* im Sinne einer Rückfallprophylaxe (durch entsprechende Milieugestaltung, durch Depotneuroleptika bzw. Lithium- oder Carbamazepinprophylaxe) ist häufig erfolgreich.

Besondere Bereiche

20 Suizidalität und Krisenintervention – 351

21 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie – 365

22 Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie – 371

23 Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/
Psychosomatik – 393

24 Historisches – 401

20 Suizidalität und Krisenintervention

20.1 Suizidalität – 352

20.1.1 Definition – 352

20.1.2 Epidemiologie – 352

20.1.3 Ätiologie – 354

20.1.4 Diagnostik, Differentialdiagnostik – 355

20.1.5 Therapie – 356

20.2 Krisenintervention – 356

20.2.1 Definition der »Krise« – 356

20.2.2 Allgemein – 357

20.2.3 Ätiologie – 357

20.2.4 Phasenablauf von Krisen – 357

20.2.5 Therapie der Krise – 357

20.2.6 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität – 360

20.1 Suizidalität

20.1.1 Definition

Suizidalität ist der Oberbegriff für:

- **Suizidhandlungen** (Suizidversuch bzw. Parasuizid, vollendeter Suizid) definiert nach Stengel (1969)¹ als jeder Akt freiwilliger Selbstbeschädigung, bei welchem der Handelnde nicht sicher sein kann zu überleben, und
- **Suizidgefährdung** (suizidale Gedanken, Impulse, Pläne im Vorfeld suizidaler Handlungen). Erfassung von Suizidgefährdung ist Aufgabe der Sekundärprävention (► Kap. 19)

20.1.2 Epidemiologie

Suizidhandlungen

Häufigkeit: Suizid gehört zu den 10 häufigsten Todesarten in Europa und den USA: ca. 11000–12000 Suizidtote pro Jahr in der BRD. Suizidrate (Tote durch Suizid im Jahr pro 100000 Einwohner) ca. 20 in der BRD. Absinken der Suizidrate in nationalen Krisenzeiten (z. B. Krieg). Das Verhältnis Suizid:Suizidversuch ist ca. 1:10–20 (evtl. mehr, hohe Dunkelziffer).

Methoden: Bei *Suizid* häufiger »harte« Methoden (z. B. Erhängen, Erschießen), bei *Suizidversuchen* zu 80–90 % Intoxikationen mit Medikamenten und/oder Alkohol (WHO registriert drastischen Anstieg der Zahl suizidaler Intoxikationen bei Krankenhausaufnahmen Erwachsener in der westlichen Welt). Wahl der Methode bei einer Suizidhandlung evtl. grober diagnostischer Hinweis (harte Methoden häufiger bei Psychosen).

Geschlecht: Das Verhältnis Männer:Frauen ist bei *Suizid* etwa 2:1, bei *Suizidversuch* etwa 1:2–3. Häufung von Suizidversuchen bei jüngeren Frauen.

Alter: Bei *Suizid* größte Gefahr mit zunehmendem, d. h. im mittleren und höheren Lebensalter. Besonders gefährdet: alte, alleinstehende Männer. Bei *Suizidversuch* Altersgipfel zwischen 15 und 25 Jahren.

¹ Stengel E (1969) Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer, Frankfurt a. M.

Personenstand, Konfessionszugehörigkeit: Höchste Suizidrate bei Geschiedenen. Bei Suizidversuchen sowohl Geschiedene als auch ledige Männer besonders repräsentiert. Kirchenbindung wirkt nach Durkheim (1897)² antisuizidal, dies gilt jedoch nicht generell (z. B. hohe Suizidraten auch in katholischen Ländern wie Österreich und Ungarn).

Schichtzugehörigkeit: Höhere Suizidraten bei Angehörigen der Oberschicht (besonders Männer), aber auch bei ungelernten Arbeitern; Zusammenhang zwischen Suizid und Arbeitslosigkeit gesichert. *Suizidversuchs*raten höher in Unterschicht und unterer Mittelschicht.

Saisonale Abhängigkeiten: Frühjahrsgipfel bei Suiziden

Ökologie: Tendenz zu höheren Suizidraten in städtischen Bereichen, hohe Suizidversuchsraten in städtischen Wohngebieten mit hoher sozialer Desintegration (hohe Arbeitslosigkeit, hohe Kriminalität etc.).

Krankheit: Suizidgefährdung steigt bei Krankheiten, z. B. psychischen Erkrankungen (► Ätiologie).

Transkulturelle Aspekte: Ansteigen von Suizidraten in Zeiten starken kulturellen (Werte-)Wandels (z. B. Japan). Suizid gilt in manchen Kulturen als akzeptierte oder erwünschte Problemlösung (z. B. Witwensuizid in Indien).

Gleichzeitiger Suizid (Tod) mehrerer Personen:

- *erweiterter Suizid:* Selbsttötung unter absichtlicher Tötung von Bezugspersonen ohne deren Einwilligung (z. B. bei schweren Depressionen)
- *Doppelsuizid:* gemeinsame Selbsttötung zweier Menschen (klassisches Beispiel Heinrich von Kleist und Henriette Vogel 1811)
- *Massenselbstmord:* gemeinsame Tötung zahlreicher Personen in existentieller Bedrohung (historisches Beispiel Selbsttötung der Juden in Masada vor Einnahme der Festung durch die Römer im Jahre 73)

Suizidgedanken

Ca. 14–20 % der Allgemeinbevölkerung kennen Suizidgedanken. Ärzte machen für sich wesentlich höhere Angaben (etwa 50 %).

² Durkheim E (1983) Der Selbstmord. Suhrkamp, Frankfurt (Erstauflage: Paris 1897)

20.1.3 Ätiologie

Häufige Suizidhandlungsmotive:

- *Appell* (Ausdruck eines »cry for help« an andere, z. B. Partner oder Arzt). Häufig infolge von Kontaktschwierigkeiten, Einsamkeit, Verlust oder Selbstwertproblematik (psychodynamisch: aufgrund zugrundeliegender Selbstwertstörung kann Kränkung nicht angemessen verarbeitet werden, Auseinandersetzung mit kränkender Situation/Außenwelt wird durch Suizidversuch umgangen)
- *Autoaggression*: aggressive Wendung von nach außen gehemmter Aggressivität gegen sich selbst infolge Enttäuschung oder Kränkung
- *Wunsch nach Zäsur bzw. Pause* (»Verschnaufpause« in einer unlösbar erscheinenden persönlichen Situation; Hoffnung, dadurch etwas Distanz zu gewinnen)

Präsuizidales Syndrom (Ringel 1969)³ charakterisiert durch *Einengung* (Isolation, Kontaktstörung, Vereinsamung, Werteverlust), *Aggressionsumkehr*, *Suizidphantasien* (häufig zunächst vage Vorstellungen, die mit zunehmender Einengung immer drängender werden können).

Stadien suizidaler Entwicklung (Pöldinger 1982)⁴:

- *Erwägung* (Suizid wird als mögliche Problemlösung in Betracht gezogen)
- *Ambivalenz* (direkte Suizidankündigung; Hilferuf als Ventilfunktion; Kontaktsuche)
- *Entschluss* (Vorbereitungshandlungen, »Ruhe vor dem Sturm«)

Risikogruppen:

- ➤ *Psychisch Kranke*: depressive (insb. weibliche) Patienten, bevorzugt zu Krankheitsbeginn und in der Besserungsphase; schizophrene (insb. männliche) Patienten; häufig Kliniksuiizid (Suizidhandlungen während psychiatrischer Therapie, meist innerhalb des ersten halben Jahres nach stationärer Aufnahme und meist während regulärer Beurlaubungen bzw. Ausgänge;

³ Ringel E (Hrsg) (1969) Selbstmordverhütung. Huber, Bern

⁴ Haenel T, Pöldinger W (1986) Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, Bd 2. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 107–132

Suizidrate psychisch Kranker 10–20mal höher als in der Allgemeinbevölkerung! (vgl. dagegen Patienten mit Suizidversuchen: nur bei 5–15 % liegt eine Psychose zugrunde, wesentlich häufiger sind jedoch Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen, oft vor dem Hintergrund neurotischer Persönlichkeitszüge)

- *Menschen nach vorausgegangenen Suizidhandlungen* (hohe Suizidgefährdung, ca. 10 % aller ehemaligen Suizidanten suizidieren sich innerhalb von 10 Jahren nach dem Suizidversuch)
- ➤ *alte Menschen* (insb. über 65jährige Männer, Vereinsamte, nach Partnerverlust, bei Multimorbidität)
- *Süchtige* (hohe Suizidgefährdung)
- ➤ *unheilbar chronisch Kranke*
- *Menschen in Ehe- und Lebenskrisen*
- *Jugendliche* (Pubertätskrisen)
- *Helfer* (bei Ärzten Suizidrisiko ca. 2,5mal höher als in anderen Berufsgruppen)

20.1.4 Diagnostik, Differentialdiagnostik

Suizidanamnese

- insb. bei zu *Risikogruppen* zählenden Patienten wichtig
- *aktive Exploration* von Seiten des Arztes: ärztliches Gespräch u. U. Entlastung für den Suizidalen, der das Thema nicht immer von sich aus anspricht. Evtl. antisuizidale Wirkung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung
- *Themen der Exploration*: Suizidalität in der Familie des Patienten, eigene frühere Suizidgedanken oder Suizidversuche und deren Bewältigung sowie die aktuelle Suizidalität (Fragen nach dem Ausmaß an Suizidgedanken, nach Gefühlen der Sinnlosigkeit des Lebens, nach dem Wunsch, das Leben so nicht weiterleben zu wollen, nach konkreten Suizidplänen und evtl. Vorbereitungen, z. B. Sammeln von Medikamenten oder Überlegungen des Patienten zur Methodenwahl)

Differentialdiagnostik: Breites Spektrum. Da Suizidalität sowohl bei allen psychischen Erkrankungen als auch in Krisensituationen *ohne* Krankheitswert vorkommen kann, sollten Fragen nach Suizidalität fester Bestandteil der ärztlichen, insb. der psychiatrischen Anamnese sein.

20.1.5 Therapie

Generelle Therapieprinzipien:

- Behandlung der Suizidalität durch *Behandlung der Grunderkrankung* (z. B. der Neurose, Psychose, Sucht etc.) mit psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Mitteln
- *Kriseninterventionsstrategien* (► Kap. 20.2.5)

Therapieprinzipien bei akuter Suizidalität:

- Gesprächs- und Kontaktangebot (wenn möglich)
- Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen
- ggf. sofortige Überweisung zum Nervenarzt oder zu anderen ambulanten Institutionen, Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung prüfen (evtl. Zwangseinweisung)
- ggf. psychopharmakologische Intervention (z. B. Sedierung)
- Diagnostik und Differentialdiagnostik beachten!
- Beachtung der Erfahrung, dass Patienten in den Tagen nach dem Suizidversuch zwar oft sehr aufgeschlossen sind, sich dann aber die Abwehr wieder stabilisiert, somit stufenweise Abklärung der Psychotherapieindikation

Therapieprinzipien bei chronischer Suizidalität:

- Therapieangebot je nach Grunderkrankung (z. B. psychopharmakologische, psychotherapeutische oder sozialpsychiatrische Maßnahmen)
- Aufbau sozialer Unterstützung; Versuch, Kontakte und Sinnggebung zu vermitteln

20.2 Krisenintervention

20.2.1 Definition der »Krise«

Plötzliches Ereignis oder Erlebnis, das von dem Betroffenen nicht unmittelbar verarbeitet werden kann.

20.2.2 Allgemein

Zwei prinzipielle Aspekte der Krise sind Herausforderung (Stimulus zur Bewältigung der Krise) und Bedrohung (Gefahr des Scheiterns von Bewältigungsversuchen und der Chronifizierung der Krise). Dementsprechend Dauer von Krisen einige Tage bis Monate. Meist akut auftretende *Symptome* in Krisen: Angst/Verzweiflung, Depressivität, erhöhte Suggestibilität, evtl. Suizidgefahr. *Häufigkeit* schwer abschätzbar; Krisen und deren Bewältigung gehören zu den Grunderfahrungen im Leben von Menschen (normale Lebenskrisen). Die meisten Krisen werden durch nichtprofessionelle Hilfe (Angehörige, Freunde etc.) gelöst. Krisenhäufung bei psychisch labilen und psychisch kranken Menschen.

20.2.3 Ätiologie

- **Individuelle Krisen:** Stresssituationen unterschiedlicher Art, z. B. bei Lebensänderungen (Heirat, Lösung aus dem Elternhaus, Pensionierung etc.); insb. auch Konflikte, Krankheiten, Verluste
- **Kollektive Krisen:** z. B. Bedrohung, Emigration, Katastrophen, Krieg, Notzeiten, Verfolgung

20.2.4 Phasenablauf von Krisen

- **Schockphase:** Spannungsanstieg durch ein bestimmtes Erlebnis
- **Reaktionsphase:** Verwirrung und Hilflosigkeit
- **Bearbeitungsphase:** Mobilisierung von Energien, Einsatz von Notfallmechanismen
- **Neuorientierung:** Distanzierung von der akuten Irritation, Suche nach Neubeginn

20.2.5 Therapie der Krise

Krisenintervention, d. h. zeitlich auf die aktuelle Krise begrenzte Intervention bzw. Kurztherapie.

Prinzipien des therapeutischen Vorgehens

- Sofortiges Eingreifen (zur Vorbeugung einer möglichen Chronifizierung der Krise und um Abwehrtendenzen zu begegnen); Errichten einer funktionsfähigen Beziehung; Abschätzen des Zustands des Betroffenen, Abschätzen des Schweregrads des Problems, insb. einer eventuellen Suizidalität; Unterbrechung pathologischer Kommunikation
- Aktives pragmatisch-flexibles Vorgehen des Helfers (Verzicht auf Deutungen o. Ä.)
- Klärung der Krisensituation in Grundzügen (z. B. auslösende Situation, Kommunikationsmuster), Beschränkung auf Konfrontation mit gegenwärtigen Problemen; evtl. Fokusformulierung (d. h. Bearbeitung des Hauptkonfliktes innerhalb der Krise)
- Motivation zur Selbsthilfe, evtl. Motivation zur Annahme von Fremdhilfe
- Einbeziehung von Bezugspersonen (z. B. Lebenspartner)
- Evtl. psychopharmakologische Unterstützung
- Organisation von Nachbetreuung (besonders bei Sichtbarwerden schwerer, langanhaltender Konflikte)

Ziele der Krisenintervention

- Entlastung in der akuten Situation
- Klärung der Faktoren, die in die Krise geführt haben
- Erörterung von Lösungsmöglichkeiten
- Erlernen von Bewältigungsmustern für mögliche künftige Krisen

Grenzen der Krisenintervention

- Wenn z. B. Suizidalität fortbesteht und sofern
- weitere diagnostische Abklärung erforderlich oder
- weitere und längere Therapie indiziert ist oder
- soziale Barrieren (z. B. fehlende Einsicht, Sprachbarrieren) bestehen
Krisenintervention ist i. d. R. eine *kurzfristige* Hilfe

Besonderheiten der Krisenintervention bei Suizidpatienten

- *Rascher* (!) Beginn der Krisenintervention: Suizidpatienten sind häufig nur unmittelbar um ihren akuten Konflikt bzw. Suizidversuch herum offen für Krisenintervention bzw. Kurztherapie. Anschließend (nach erfolgtem Suizidversuch) i. d. R. rasches Einsetzen von Abwehrvorgängen gegenüber dem auslösenden Konflikt

20.2 · Krisenintervention

- Diagnostische Abklärung der der Suizidalität zugrundeliegenden Störung/ Erkrankung
- Mehrfache Beurteilung der akuten Suizidalität und Indikationsstellung zu über die Krisenintervention hinausgehenden Therapieschritten (z. B. Klinikeinweisung)

Probleme im Umgang mit Suizidpatienten

- **Das Behandlungsklima emotionalisierende Faktoren:** aus persönlichen Erfahrungen des Therapeuten mit Suizidpatienten resultierende Affekte wie z. B. *Angst* (suizidale Patienten verhalten sich gelegentlich abweisend und lehnen Hilfsangebote ab), *Ärger* (z. B. über Appellcharakter/Demonstrativität/Aggressivität suizidalen Verhaltens; Fehlschluss, derartiges Verhalten nicht ernst nehmen zu müssen, ► o.), *Schuldgefühle* (z. B. aus früheren missglückten Interventionen). Hinzu kommen evtl. eigene Suizidalität und Selbstwertproblematik des Therapeuten sowie bestimmte Einstellung dem Suizid gegenüber (z. B. Gleichgültigkeit oder Verurteilung)
- **Häufige therapeutische Fehler:**
 - Anfänglich abweisendes Verhalten des Patienten wird persönlich genommen
 - Bagatellisierungstendenzen des Patienten werden vom Therapeuten mitgemacht (Abwehr)
 - Therapeut und Patient begeben sich zu schnell auf die Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten (Entfernung vom auslösenden Konflikt; Abwehr)
 - Therapeut unterteilt den Suizidversuch in ernst gemeint oder demonstrativ und behandelt den Patienten entsprechend
 - Mangelhafte Erhebung einer Suizidanamnese (d. h. der jetzigen und evtl. früherer Umstände, die zu Suizidalität führten)
 - Übersehen der Trennungsängste des Patienten (z. B. bei Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)

Für Krisenintervention zur Verfügung stehende Institutionen

- Krankenhäuser (wenn stationäre Überwachung und Behandlung erforderlich; ggf. Kriseninterventionsstationen)
- ambulante Dienste (möglichst gemeindenah):
 - niedergelassene Therapeuten
 - Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste

- andere ambulante Dienste (z. B. Polikliniken, Kriseninterventionszentren, Beratungsstellen, mobile Dienste)
- Telefonnotrufe (z. B. Telefonseelsorge)

20.2.6 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität

Krisen treten i. d. R. *akut* auf; Abklingen mit oder ohne professionelle Hilfe (aber mit sozialer Unterstützung) i. d. R. innerhalb kurzer Zeit. *Chronifizierung* bei langwährenden bzw. lebenslangen Grundkonflikten oder Fehlentwicklungen (z. B. Neurosen, Persönlichkeitsstörungen) sowie bei mangelnder sozialer Unterstützung. Gleiches gilt für suizidale Krisen.

Katamnестischen Untersuchungen an Patienten nach Suizidversuch zufolge suizidieren sich 10 % aller Suizidanten innerhalb von 10 Jahren nach dem ersten Suizidversuch, wobei die Suizidgefährdung innerhalb der ersten 6 Monate nach dem Suizidversuch am größten ist. Ca. 30 % aller Patienten mit Suizidversuch bleiben chronisch suizidal.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 20.1

Anamnese: Eine 26jährige Verkäuferin kommt nach Suizidversuch und Entgiftung zur Aufnahme in die Psychiatrische Klinik. Zur Auslösung des Suizidversuches berichtet sie, dass sie seit 2 Jahren mit ihrem 2 Jahre älteren Freund zusammen sei, an dem sie vor allem seine Zuverlässigkeit schätze. Am Tag des Suizidversuches habe sie sich mit ihm an einem Eis Pavillon verabredet und habe diese Verabredung auch mit kurzer Verspätung eingehalten. Als sie sich dem Treffpunkt genähert habe, habe sie ihn mit einer früheren Freundin von ihm stehen und sich angeregt und intensiv mit ihr unterhalten sehen. Daraufhin sei sie unbemerkt umgekehrt und in ihre Wohnung zurückgegangen, habe dort noch etwa eine halbe Stunde auf einen nachfragenden Anruf von ihm gewartet, um schließlich Wein zu trinken und nach und nach Tabletten einzunehmen. In einem kurzen Abschiedsbrief an den Freund habe sie ihrer Vermutung Ausdruck gegeben, dass er sich von ihr trennen und wieder zu seiner alten Freundin zurückkeh-



ren wolle. Dann wisse sie nur noch, dass sie eine Freundin angerufen habe, um sich von dieser zu verabschieden.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, dass die Patientin bereits früher mehrere Freunde durch Trennung verloren hatte. Sie kommentierte dies mit den Worten: »Was man liebt, verliert man«.

Zur Biographie: Die Lebensgeschichte dieser Frau zeigte, dass ihre Verlustängste durch entsprechende frühe Erlebnisse (der Vater hatte die Familie verlassen, als die Patientin 4 Jahre alt war) begründet waren und dass sie sich an ihre späteren Partner aus dieser Angst heraus sehr stark klammern musste, sodass diese sich schließlich immer wieder von ihr lösten.

Therapie: In der psychotherapeutischen Krisenintervention ging es um die Bearbeitung der Verlustangst, die sich die Patientin immer wieder selbst bestätigte und die sie depressiv und suizidal gemacht hatte. Die derzeitige suizidale Krise war also auf dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung mit Verlustängsten und einer starken Selbstwertproblematik entstanden.

- **Diagnose:** Suizidversuch, auf dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung mit Verlustängsten und starker Selbstwertproblematik (F 60.7).

Fallbeispiel 20.2

Anamnese: Ein 64jähriger Unternehmer, der wegen einer Alzheimerschen Erkrankung klinisch-psychiatrisch behandelt wurde, riss sich während eines Geländeausganges von seinem Betreuer los und warf sich auf der Straße neben dem Klinikgelände vor ein vorbeifahrendes Auto. Mit schweren Verletzungen musste er daraufhin mehrere Monate lang in der Chirurgischen Klinik behandelt werden. Über eine suizidale Gefährdung dieses Mannes war zuvor nichts bekannt geworden, obwohl bei organischen Abbauprozessen aufgrund der mangelnden Impulskontrolle im Prinzip auch immer mit Suizidalität zu rechnen ist.

Ein psychodynamischer Hintergrund für den Suizidversuch könnte gewesen sein, dass am Tag zuvor der Patient mit seiner 26 Jahre jüngeren



Ehefrau und dem behandelnden Stationsarzt zusammensaß und während dieses Gespräches die Verachtung der Ehefrau gegenüber ihrem persönlichkeitsveränderten und so deutlich gealterten Ehemann spürbar geworden war, den sie 10 Jahre zuvor in gänzlich anderer Verfassung kennengelernt und geheiratet hatte. Die Ehefrau erörterte während dieses Gespräches in Gegenwart ihres Mannes, ob nicht ein Heimplatz für ihn besorgt werden könne. Es ist denkbar, dass für den Patienten seine eigene Situation (kränkender Abstieg) und die Kränkung durch die Ehefrau suizidmotivierend gewesen sein könnten.

➤ **Diagnose:** Suizidversuch eines Patienten mit Alzheimerscher Erkrankung (F 00.0).

Fallbeispiel 20.3

Anamnese: Das Befinden einer 48jährigen Patientin mit einer monopolar-endogenen Depression, seit 6 Wochen in klinischer Behandlung, hat sich unter antidepressiver psychopharmakologischer Therapie inzwischen wesentlich gebessert. So spürt sie wieder Interesse an ihrer Umwelt und auch einen Teil ihrer früheren Freude an Aktivitäten, klagt aber noch über ein Morgentief und Schlafstörungen. Anlässlich der ersten Wochenendbeurlaubung nach Hause, die mit der Patientin und ihrem Ehemann einvernehmlich besprochen worden war, suizidiert sich die Patientin nach dem Aufstehen in einem unbeobachteten Augenblick durch Erhängen an einem Heizkörper. Im Zusammenhang mit der geplanten Beurlaubung war auch die Frage der Suizidalität angesprochen, aber von der Patientin vehement verneint worden: So etwas würde sie nie tun, dazu sei sie zu feige.

Diagnose: Suizid während Besserungsphase einer monopolar-endogenen Depression (F 32.2).

Fallbeispiel 20.4

Anamnese: Ein 32jähriger, arbeitsloser Patient mit einer rezidivierenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie unternimmt während klinischer Behandlung einen Suizidversuch durch Fenstersprung, den er schwerver-



letzt überlebt. Kurz danach berichtet er, dass ihm eine Stimme befohlen habe zu springen, da er ja fliegen könne. Ein Jahr später suizidiert sich der Patient, offenbar in einer postpsychotischen depressiven Schwankung, durch Ertränken.

Diagnose: Suizid bei rezidivierender paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie, nach vorausgegangenem Suizidversuch (F 20.0).

21 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Definitionen:

- **Konsiliarpsychiatrie:** Konsultation eines Psychiaters für Patienten auf nicht-psychiatrischen Stationen zur Abklärung psychiatrisch relevanter Fragestellungen. Der Konsiliarpsychiater führt eine Untersuchung mit dem Patienten durch und berät die anfordernden Kollegen bzw. auch das therapeutische Team bzgl. der angeforderten Fragestellung
- **Liaisonspsychiatrie:** spezifisches Konzept der näheren Zusammenarbeit zwischen nichtpsychiatrischen Stationen und Psychiatern. Der Psychiater ist Bestandteil des Teams, nimmt an den Visiten teil und ist für Ärzte und Schwestern leichter erreichbar

Häufigkeit von Konsilianforderungen: bei etwa 3 % der stationären Aufnahmen eines Großklinikums; tatsächlicher Bedarf eindeutig höher (bis zu ca. 30%). *Inanspruchnahme* insb. aus den Bereichen Innere Medizin (hier insb. Intensivmedizin), Chirurgie sowie Neurologie, Gynäkologie und Dermatologie¹.

Fragestellungen und Indikation zur Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius:

- Patienten nach *Suizidversuchen*: Abschätzung der Suizidalität, Diagnostik, Frage der Entlassung oder Übernahme, evtl. Durchführung der Krisenintervention
- Patienten mit verschiedenen *psychischen Auffälligkeiten* wie z. B. Depressivität, Psychoseverdacht, Hirnorganik, Suizidalität, Entzugssyndrome, Ängste, Krankheitsbewältigungsprobleme, Schmerzsyndrome, unkooperatives Patientenverhalten. Diagnostik und Differentialdiagnostik, Beratung von Ärzten/Pflegepersonal beim Umgang mit dem Kranken, Therapievorschläge, Übernahme bzw. Verlegung in eine Psychiatrische Klinik, evtl. Durchführung von Krisenintervention
- Patienten mit *unheilbaren Erkrankungen*: z. B. Beratung bei Fragen der Aufklärung

Nachteile eines psychiatrischen Konsiliardienstes: Die *einmalige* Hinzuziehung des psychiatrischen Konsiliarius ermöglicht dem Psychiater i. d. R. keine differenzierte Sicht der somatischen und insb. der psychischen/psychosozialen

¹ Arolt V (1997) Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Springer, Berlin Heidelberg New York

Aspekte bzw. Faktoren einer Erkrankung. Stattdessen wird der Psychiater oft als »Fremdkörper« erlebt (sowohl vom Patienten als auch vom Personal). Eine Sensibilisierung des Ärzte- und Pflorgeteams für psychosoziale Aspekte von Erkrankung und für Techniken der Gesprächsführung ist kaum möglich.

Vorteile eines psychiatrischen Liaisondienstes: Der Psychiater gehört zum Behandlungsteam, d. h. er sieht *alle* Patienten, er kann den Zeitpunkt des psychiatrischen Erstgesprächs selbst festlegen und steht bei seiner Untersuchung und Behandlung nicht unter Zeitdruck. Alle Informationen über den Patienten werden im Team besprochen, somit besteht auch die Möglichkeit einer Sensibilisierung des Teams für psychosoziale Aspekte von Erkrankungen, für Anleitung und Übung in Gesprächsführung mit dem Patienten (verbesserte Kommunikation). Verlegungen in die Psychiatrie werden minimiert. **Nachteil:** relativ hoher Personalaufwand; Vorteile überwiegen jedoch eindeutig.

Fallbeispiele

Fallbeispiel 21.1

Die konsiliarpsychiatrische Untersuchung ergibt, dass die Patientin nach einer Enttäuschung mit ihrem Freund 20 Tabletten eines freiverkäuflichen Beruhigungsmittels in suizidaler Absicht und unter Alkoholeinfluss eingenommen hat. Es handelt sich um den ersten Suizidversuch der Patientin. Bei dem Gespräch auf der Intensivstation ist sie gegenüber dem auslösenden Ereignis sehr distanziert, erscheint dem Psychiater abwehrend, beteuert, dass es sich lediglich um eine Kurzschlussreaktion gehandelt habe, die sie sehr bedauere und die sie nicht wiederholen werde. Der Psychiater hat das Gefühl, an die Patientin nicht heranzukommen. Nachdem die übrige Anamnese keine weiteren Auffälligkeiten ergibt und die Patientin den Wunsch äußert, entlassen zu werden, empfiehlt der Psychiater die Entlassung, leitet aber eine Nachsorge dergestalt ein, dass er der Patientin die Adresse eines Therapeuten mitgibt und ihr erklärt, warum er eine zumindest kurze Nachsorge für angebracht hält. Dabei spürt der Psychiater, dass die Patientin diese Nachsorge nicht in Anspruch nehmen wird.

➤ **Konsilanforderung der medizinischen Intensivstation für eine 27jährige Patientin nach Suizidversuch (F 43.2)**



Fallbeispiel 21.2

Der Psychiater wird zu einem 72jährigen Mann mit einer Koronarerkrankung und Diabetes gerufen. Auf der internistischen Station war aufgefallen, dass der Mann depressiv und resigniert war, keinen Appetit hatte und von der Sinnlosigkeit seines Lebens gesprochen hatte. Neben der diagnostischen Abklärung war die Frage der Internisten, ob hier eine Betreuung errichtet werden müsse und ob eine Heimunterbringung notwendig sei.

Bei der Konsiliaruntersuchung zeigte sich bei dem Patienten ein depressiv-organisches Psychosyndrom mit latenter Suizidalität und Fragen der Bilanzierung seines Lebens. Der Patient hatte ein Jahr zuvor seine Ehefrau durch Tod verloren und lebte nun allein in der langjährig gemeinsamen Wohnung. Die Selbstversorgung funktionierte schlecht und recht, zum Teil mit Hilfe der Nachbarn. Der Patient war aber nicht mehr in der Lage, sich an die diätetischen Vorschriften wegen seines Diabetes zu halten und war mehrfach mit Zuckereintgleisungen in die Notfallambulanz gebracht worden. Ein weiteres sozial tragendes Umfeld ließ sich nicht explorieren, das Ehepaar hatte keine Kinder, und Verwandte waren auch nicht in der Nähe.

Die vorgeschlagene Therapie des Konsiliarpsychiaters bestand zum Einen in dem Vorschlag, eine niedrigdosierte antidepressive Behandlung zu beginnen, und zum Anderen darin, eine Heimunterbringung, mit der der Patient einverstanden war, in die Wege zu leiten. Der Sinn einer Betreuung wurde mit dem Patienten besprochen und von diesem kooperativ aufgenommen, sodass ein entsprechender Antrag formuliert werden konnte.

➤ **Anforderung eines psychiatrischen Konsils auf einer peripheren internistischen Station (F 06.32)**

Fallbeispiel 21.3

Hier war ein 38jähriger Mann 2 Tage nach Mitralklappenersatz postoperativ auffällig geworden: Er schaute ängstlich im Zimmer herum, schien Stimmen zu hören und wähnte sich verfolgt. Der Psychiater diagnostizierte eine postoperative paranoid-halluzinatorische Psychose und verordnete ein



hochpotentes Neuroleptikum, das innerhalb von 3 Tagen zu einem völligen Abklingen des psychotischen Zustandsbildes führte.

➤ **Anforderung einer psychiatrischen Konsiliaruntersuchung von der herzchirurgischen Intensivstation (F 06.2)**

Fallbeispiel 21.4

Auf dem Konsilschein hatte der Chirurg zur Fragestellung vermerkt: »Zustand nach Gastrektomie bei Neoplasma, jetzt Relaparatomie vorgesehen, Patientin psychisch instabil – ist über Prognose und Krankheit nicht aufgeklärt. Stimmungsaufhellende Medikation angezeigt«?

Der Psychiater fand bei seinem Besuch eine 57jährige Frau vor, die schwer gequält und voller Unruhe den Ärzten global Vorwürfe machte, u. a. dass sie doch alles eher hätten erkennen müssen. Sie machte sich Sorgen über die Genese ihrer Schmerzen, fragte den Psychiater dann, ob das wohl »zum Letzten führe« und ob das »wirklich schon das Ende« sein solle. Ferner äußerte sie mehrfach in starker Verzweiflung ihre Angst, dass die Ärzte ihr etwas verheimlichen würden.

Das Grundversäumnis der vorbehandelnden Ärzte lag darin, dass die Patientin über ihre Erkrankung nicht aufgeklärt worden war und sie nun ihre ständige Verschlechterung miterlebte, die sie sich nicht erklären konnte und die den verbalen Äußerungen ihrer behandelnden Ärzte entgegenstand. In einem Gespräch mit den Ärzten der Station wies der Konsiliarpsychiater darauf hin, dass die nicht stattgefundene Aufklärung die Arzt-Patient-Beziehung sicher sehr verschlechtert habe, dass aber ein Gespräch mit der Patientin über ihre wirkliche Erkrankung jetzt unbedingt nachgeholt werden müsse. Der Psychiater ließ dieses Gespräch nicht an sich delegieren, sondern meinte, dass dies Aufgabe der zuständigen Chirurgen sei.


➤ **Anforderung eines Konsiliarbesuches in einer Chirurgischen Klinik (F 43.20)**

Fallbeispiel 21.5

Ein 54jähriger Mann mit Melanomverdacht hatte 2 Tage nach der Aufnahme auf die Station einen Krampfanfall und eine Entzugssymptomatik entwickelt. Der Psychiater findet bei seinem Besuch einen desorientierten Patienten



ten mit starkem Tremor und anderen vegetativen Zeichen vor, bei dem anhand der laborchemischen Daten und nach Angaben der Ehefrau ein jahrelanger chronischer Alkoholismus besteht. Bei dem Patienten hat sich durch das abrupte Absetzen des Alkohols anlässlich der stationären Aufnahme eine delirante Symptomatik ausgebildet. Der Psychiater empfiehlt in der akuten Situation eine Medikation mit Distraneurin[®], eine intensive Überwachung einschließlich einer Sitzwache und nach Abklingen der deliranten Symptomatik ein Rekonsil zur Frage der Motivationsüberprüfung des Patienten zu einer längerfristigen Entwöhnungstherapie. Nach Abklingen des Entzugssyndroms findet dieses Gespräch statt: Der Patient bagatelisiert seinen Alkoholkonsum und verleugnet damit sein Problem »Alkoholismus«, ist aber bereit, eine ambulante Selbsthilfegruppe aufzusuchen. Der Psychiater bespricht auch mit der Ehefrau die Notwendigkeit einer solchen kontinuierlichen Weiterbehandlung.

 **Konsilanforderung aus der Hautklinik (F 10.4)**

22 Forensische Psychiatrie/ Rechtspsychiatrie

22.1 Strafrecht (StGB) – 374

22.2 Bürgerliches Recht (Zivilrecht) – 379

22.3 Betreuungsrecht – 381

22.4 Unterbringungsrecht – 382

22.5 Sozialrecht – 383

Gegenstand/Aufgaben der forensischen Psychiatrie: Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit im Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten psychischer Krankheiten in den unterschiedlichen Bereichen der Gerichtsbarkeit.

Stellung, Rechte und Pflichten des Sachverständigen/Gutachters:

- Auftragserteilung und Leitung der Tätigkeit des Sachverständigen erfolgt vom Richter
- Sachverständiger nimmt Gehilfenstellung für das Gericht ein (erfordert Kenntnis der wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, ► u.)
- Zeugnisverweigerungsrecht (zu gleichen Bedingungen wie für Zeugen) für Sachverständige
- Recht des Sachverständigen auf Akteneinsicht (genaue Kenntnis aller Akten für gutachterliche Beurteilung wichtig), Vernehmung von Zeugen sowie des Beschuldigten, körperliche Untersuchung und Eingriffe (z. B. Blutproben), sofern kein Nachteil für die Gesundheit des Beschuldigten zu erwarten ist
- Verpflichtung des Sachverständigen, sein Gutachten unparteiisch zu erstellen
- Der Gutachter steht nicht unter der ärztlichen Schweigepflicht (dem Probanden mitteilen!); somit z. B. keine Benutzung von Krankenunterlagen ohne Genehmigung des Begutachteten (auch nicht eigene ärztliche Aufzeichnungen früherer Behandlungen!) – Gutachter sollte somit i. d. R. nicht früher oder gegenwärtig Behandler sein
- Der Gutachter hat die Möglichkeit – mit Zustimmung des Gerichts – ergänzende »Zusatzgutachten« anzufordern (z. B. somatische Fachrichtungen, Röntgen, EEG, psychologische Testung)

Beispiele für **Fragestellungen** eines Gutachtens:

- Feststellung des psychischen und somatischen Zustandes des Täters zum Untersuchungszeitpunkt, vor allem aber zum Tatzeitpunkt, d. h. Klärung der Voraussetzungen für die Anwendung der § 20 und 21 und
- Feststellung, ob von dem Untersuchten durch eine psychische Krankheit in der Zukunft eine Gefährdung ausgeht
- Erstellung von Gutachten zur Fahrtauglichkeit (z. B. bei Patienten mit Psychosen unter notwendiger Einnahme von Psychopharmaka)
- Feststellung der Notwendigkeit, einen Betreuer zum Zweck der Bestimmung des Aufenthaltsortes einzusetzen

- psychiatrisch relevante Fragen der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Entscheidungshilfe für Sozialgerichte bei Fragen der Berentung bzw. der Beurteilung des Ausmaßes der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit)

Gutachten schriftlich und/oder mündlich, aufgrund ambulanter oder stationärer Untersuchung. Bei Anforderung von schriftlichen Gutachten aufgrund stationärer Untersuchung zügige Durchführung (wünschenswert etwa 4–8 Wochen!) Gliederung im Prinzip wie eine Krankengeschichte. Wert des Gutachtens wird nicht durch seine Überlänge erhöht, vielmehr eher knappe aber dennoch gut charakterisierende Darlegung der Befunde. Auch an Aggravation und Simulation oder Dissimulation denken! Gegebenenfalls Erwähnung von Angaben von Drittpersonen (Einverständnis des Probanden!) Keine langen Aktenauszüge (Seiten schinden!) Nur für die psychiatrische Begutachtung Relevantes!

Wichtig als Abschluss des Gutachtens eine kurze *Zusammenfassung* von Vorgeschichte, Tat bzw. zur Beurteilung anstehender Erkrankung und Befunden (einschließlich evtl. psychologischem Befund); sodann relativ ausführlich die *Beurteilung* mit ausdrücklicher Nennung einer oder mehrerer Diagnosen, Diskussion der Ergebnisse, evtl. Begründung der Beurteilung aus der wissenschaftlichen Literatur; Auseinandersetzung mit den Vorgutachtern! Genaues Eingehen auf *jede* der Fragen des Gerichts! – Bei Unklarheit u. U. erst endgültige Beurteilung bei der mündlichen Verhandlung (»Das gesprochene Wort gilt!«).

»Gutachtensherr« ist der Auftraggeber, somit Weitergabe an Dritte nur mit Genehmigung durch diesen!

Einteilung der Sachgebiete

■ Strafrecht (StGB)

- § 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen
- § 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit
- § 63 StGB: Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus
- § 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt
- § 126 a StPO: Einstweilige Unterbringung
- § 66 StGB: Sicherungsverwahrung



■ Jugendgerichtsgesetz (JGG)

§ 3 JGG: Strafmündigkeit

§ 105 JGG: Anwendung des Jugendstrafrechtes auf Heranwachsende

§ 106 JGG: Milderung des allgemeinen Strafrechts für Heranwachsende

■ Bürgerliches Recht (BGB)

§ 104 BGB: Geschäftsunfähigkeit

§ 16 EheG: Nichtigkeit einer Ehe

§ 32 EheG: Aufhebung einer Ehe

§ 1565/1568 BGB: Ehescheidung

§ 2229 BGB: Testierfähigkeit

■ Betreuung

§ 1896 ff. II BGB: Betreuung

■ Unterbringungsrecht

■ Sozialrecht

§ 43 Abs. 2 SGB VI: Berufsunfähigkeit

§ 44 Abs. 2 SGB VI: Erwerbsunfähigkeit

22.1 Strafrecht (StGB)

§ 20 StGB: Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

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

➤ Schuldfähigkeit ist nach dem Strafgesetzbuch demnach auszuschließen, wenn zur Tatzeit zum Einen

- eine schwere krankhafte seelische Störung (psychische Veränderungen aufgrund von (zumindest hypothetisch) somatischen Krankheitsvorgängen, z. B. endogenen Psychosen, Hirnkrankheiten, Hirnschäden, Intoxikationen, also auch dem schweren Alkoholrausch)

- eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung (z. B. hochgradiger Affekt bei akuter Belastungsreaktion, ausgeprägte Erschöpfung, nicht beherrschbare Ermüdung etc., also die sog. »normalpsychologischen Affekte«), sofern die Persönlichkeit dadurch massiv beeinträchtigt oder gestört war
- Schwachsinn oder
- eine andere schwere seelische Abartigkeit (z. B. schwere Neurosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, sexuelle Perversionen, Abhängigkeit)

vorgelegen hat. Es muss zum Anderen belegt werden, dass durch eines dieser vier sogenannten »biologischen« Merkmale die Fähigkeit zur Einsicht in rechtmäßiges Verhalten und/oder die entsprechende Steuerung des Verhaltens zur Tatzeit aufgehoben war. Die entsprechende Diagnose per se zum Untersuchungszeitpunkt reicht also nicht aus: Es sind Akuität und Schweregrad der Erkrankung sowie die Symptome zum Tatzeitpunkt zu bewerten, um die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit beurteilen zu können.

Das Vorgehen, die Voraussetzungen der Schuldunfähigkeit zu klären, erfolgt somit nach der zweistufigen sog. »biologisch-psychologischen Methode«: Die »biologischen Eingangsmerkmale« (eigentlich psychopathologische Eingangskategorien!) führen nur unter der »psychologischen Voraussetzung« des Ausschlusses der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit zur Schuldunfähigkeit. Hierbei auch Beachtung der äußeren (z. B. Erscheinungsbild des Täters) und inneren (z. B. Vorgehensweise) Kennzeichen des Tatgeschehens. Schuldunfähigkeit im Sinne des § 20 StGB wird eher selten, nur bei besonderem Schweregrad der zugrundeliegenden psychischen Störung festgestellt. Die Entscheidung darüber wird nach Kenntnissnahme des Gutachtens vom Gericht gefällt.

§ 21 StGB: Verminderte Schuldfähigkeit

»Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49, Abs. 1 gemildert werden.«

Verminderte Schuldfähigkeit im Sinne des § 21 StGB demnach bei

- ➤ psychischen Störungen, die weniger stark ausgeprägt sind als diejenigen, für die § 20 StGB gilt
- Taten unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss (Verminderung der Schuldfähigkeit auch unter Berücksichtigung der Promillezahl, jedoch keine fixierte Grenze; Einholung eines rechtsmedizinischen Gutachtens)

Entscheidend für die Anwendung von § 21 ist die erhebliche Verminderung, eine einfache Verminderung reicht nicht aus!

22

Bei Exkulpierung eines Abhängigen nach § 20 kann der sog. Auffangtatbestand eintreten. Nach § 323 a StGB kann bestraft werden,

»wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuss geistiger Getränke oder durch berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt hat.«

§ 63 StGB: Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus

»(1) Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.«

Wichtig bei dieser Maßregel der Besserung und Sicherung ist, dass

- Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit sicher festgestellt ist
- die psychische Störung nicht nur zur Tatzeit, sondern langandauernd besteht
- erneute rechtswidrige Taten wahrscheinlich und der Schweregrad der zu erwartenden Taten erheblich sind
- somit eine Gefahr für die Allgemeinheit besteht
- erprobt wird (sobald dies verantwortet werden kann), ob der Unterbrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird

Derartige Unterbringung erfolgt meist aufgrund der Diagnosen »endogene Psychosen« (insb. Schizophrenien) und Oligophrenien, weniger häufig wegen organisch bedingter psychischer Störungen, Neurosen/Persönlichkeitsstörungen sowie auch wegen Suchterkrankungen. Dieser Maßregelvollzug kann nicht ohne Mitwirkung des psychiatrischen Sachverständigen verhängt werden.

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

»(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere Rauschmittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen der rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt

oder nur deswegen nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschliessen ist, ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

(2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.«

Unterbringung (i. d. R. in Sucht- bzw. forensischen Abteilungen von Psychiatrischen Krankenhäusern) für die Dauer von höchstens zwei Jahren (§ 67 StGB) demnach bei

- Verbindung zwischen Sucht und Straftaten
- zukünftig drohenden Straftaten

§ 66 StGB: Sicherungsverwahrung

Sicherungsverwahrung in forensischer Abteilung eines Psychiatrischen Krankenhauses erfolgt zum Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen »Hangtättern«.

Bedingungen für Sicherungsverwahrung:

- Mindestalter 25 Jahre
- wiederholte Straffälligkeit
- Prüfung alle 2 Jahre, ob Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt werden kann

Zu den Maßregeln der Besserung und Sicherung zählen auch die Führungsaufsicht durch einen Bewährungshelfer, die Entziehung der Fahrerlaubnis und das zeitweise (5 Jahre) oder dauernde Berufsverbot.

Jugendgerichtsgesetz (JGG)

Das JGG ist anzuwenden auf Jugendliche von 14–21 Jahren:

- 14. Lebensjahr: Beginn der Strafmündigkeit
- 15.–18. Lebensjahr: Verantwortlichkeit des Jugendlichen (bedingte Strafmündigkeit)
- 19.–21. Lebensjahr: Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (volle Strafmündigkeit)

§ 3 JGG: Strafmündigkeit

»Ein Jugendlicher ist strafrechtlich verantwortlich, wenn er nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen

und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie der Vormundschaftsrichter.«

Somit positive Feststellung des Reifegrades durch den Sachverständigen: u. U. psychologisches Zusatzgutachten.

§ 105 JGG: Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende

»(1) Begeht ein Heranwachsender eine Verfehlung, die nach den allgemeinen Vorschriften mit Strafe bedroht ist, so wendet der Richter die für einen Jugendlichen geltenden Vorschriften der §§ 4–8, 9 Nr. 1, §§ 10, 11 und 13–32 entsprechend an, wenn

1. die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, dass er zur Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand oder
2. es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt.

(2) Das Höchstmaß der Jugendstrafe für Heranwachsende beträgt 10 Jahre.«

Nach § 106 JGG kann das allgemeine Strafrecht für Heranwachsende gemildert werden, wenn § 105 JGG nicht zur Anwendung kommt.

§ 106 JGG: Milderung des allgemeinen Strafrechts für Heranwachsende

»(1) Ist wegen der Straftat eines Heranwachsenden das allgemeine Strafrecht anzuwenden, so kann der Richter anstelle von lebenslanger Freiheitsstrafe auf eine Freiheitsstrafe von 10–15 Jahren erkennen.

(2) Sicherungsverwahrung darf der Richter nicht anordnen. Er kann anordnen, dass der Verlust der Fähigkeit, öffentliche Ämter zu bekleiden und Rechte aus öffentlichen Wahlen zu erlangen (§ 31, Abs. 1 StGB), nicht eintritt.«

Aufgaben eines psychiatrischen Sachverständigen/Gutachters im Jugendrecht: Hinzuziehung erfolgt zur

- Feststellung des Entwicklungsstandes des Jugendlichen
- Prüfung, ob Heranwachsender dem JGG unterliegt
- Prüfung, ob Einleitung erzieherischer Maßnahmen sinnvoll ist (ist Heranwachsender erzieherischen Maßnahmen noch zugänglich?)

22.2 · Bürgerliches Recht (Zivilrecht)

Kann ein Jugendlicher für seine Tat nicht verantwortlich gemacht werden, so kommen in Frage:

- *erzieherische Maßnahmen* (z. B. Weisungen des Aufenthaltes in Familie, Heim etc.; heilerzieherische Behandlung, Entziehungskur, § 10 JGG; Erziehungsbeistandschaft; Fürsorgeerziehung)
- *Zuchtmittel* (z. B. Verwarnung; Auferlegung besonderer Pflichten; Freizeit-arrest; Freizeitarbeit)

Nach § 7 JGG als Maßregeln der Besserung und Sicherung im Sinne des allgemeinen Strafrechts bei Jugendlichen: Unterbringung in psychiatrischem Krankenhaus oder Entziehungsanstalt, Führungsaufsicht oder Entziehung der Fahrerlaubnis.

22.2 Bürgerliches Recht (Zivilrecht)

§ 104 BGB: Geschäftsunfähigkeit

»Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat
2. wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist«

Wichtig: Im Gegensatz zum Strafrecht muss Geschäftsunfähigkeit bewiesen werden (im Strafrecht reicht aus, dass Schuldunfähigkeit sich nicht ausschließen lässt).

Gründe für Geschäftsunfähigkeit:

- seelische Störungen (z. B. Manien, Schizophrenien etc.)
- besonders häufig bei hirnanorganischen Erkrankungen, Oligophrenie, Wesensänderungen aufgrund von Epilepsie sowie bei Demenz
- andere länger andauernde psychische Verfassungen, die eine freie Willensbestimmung ausschließen
- besonders problematisch Beurteilung bei wechselndem Gesundheitszustand, z. B. vaskulärer Demenz. Häufig »lichte Intervalle«, »lucida interval-la« behauptet: schwierige Beweisführung des Nichtauftretens dieser für Geschäfts- und Testierfähigkeit sprechenden Zeiträume

- partielle Geschäftsunfähigkeit in Einzelfällen: für Angelegenheiten in Bezug auf bestimmte Bereiche nicht geschäftsfähig, z. B. abgegrenzter Wahn, Zwang, Eifersucht etc. (Verminderte Geschäftsfähigkeit gibt es nicht!)

§ 105 BGB

»(1) Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

(2) Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.«

§ 2229 BGB: Testierfähigkeit

»(4) Wer wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit, wegen Geistesschwäche oder wegen Bewusstseinsstörung nicht in der Lage ist, die Bedeutung einer von ihm abgegebenen Willenserklärung einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, kann ein Testament nicht errichten.«

Die Beurteilung der Testierfähigkeit hat besondere Relevanz in der forensischen Geriatrie. Rückwirkende Stellungnahmen zur Testierfähigkeit sind meist problematisch, da eine psychiatrische Untersuchung häufig nicht mehr durchgeführt werden kann; eine der schwierigsten Aufgaben des Sachverständigen! Beurteilung aufgrund früherer Befunde und Aussagen von Zeugen, vor allem auch hausärztlicher Beobachtungen.

§ 2 EheG

»Wer geschäftsunfähig ist, kann eine Ehe nicht eingehen.«

Hieraus folgt, dass eine mit einem Geschäftsunfähigen geschlossene Ehe nichtig ist (§ 18 Abs. 1).

Hat sich einer der Partner bei Eheschließung über persönliche Eigenschaften des anderen getäuscht, leidet dieser also etwa an einer nicht in Erscheinung tretenden körperlichen Erkrankung (z. B. Lues) oder einer schwerwiegenden sexuellen Deviation, einer episodisch oder phasisch auftretenden Psychose oder einer Dipsomanie, so kann § 32 Abs. 1 EheG angewendet werden; der Ehegatte kann dann Aufhebung der Ehe begehren, es sei denn (§ 32 Abs. 2), er hat bei Entdeckung des Irrtums die Ehe fortsetzen wollen.

Früher (auch in der Zeit des Dritten Reiches) war die Ehescheidung auch explizit wegen Geisteskrankheit möglich, wenn durch diese Krankheit die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben war. Heute gilt nach § 1565 das Zerrüttungsprinzip bei gescheiterter Ehe, i. d. R. nach einer Mindesttrenndauer von einem Jahr.

Nach der Härteklausele kann nach § 1568 BGB u. a. eine Scheidung der gescheiterten Ehe verhindert werden, wenn außergewöhnliche Umstände eine schwere Härte für den ablehnenden Antragsgegner darstellen, also bspw. eine schwere psychische Krankheit, deren Verschlimmerung durch die Scheidung zu erwarten wäre.

22.3 Betreuungsrecht

Bisherige Entmündigung und Pflegschaft wurden seit dem 1.1.1992 durch das Rechtsinstitut der Betreuung, einer bundesgesetzlichen Regelung, ersetzt, das eine fürsorgliche Hilfe zur Versorgung geistig Behinderter, chronisch psychisch Kranker und altersdementer Menschen, aber auch bestimmter körperlich Behinderter darstellen soll. Im Gesetz zur Betreuung Volljähriger (Betreuungsgesetz BtG) Neufassung einer Reihe von Bestimmungen des BGB und Revision einer Anzahl Paragraphen weiterer Gesetze.

§ 1896 BGB

»(1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Abartigkeit seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

(3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden.«

Betreute, die geschäftsfähig sind, können eigenständig handeln und werden innerhalb eines definierten Aufgabenbereiches darin vom Betreuer unterstützt.

Wird nach § 1903 BGB vom Vormundschaftsgericht ein sog. *Einwilligungsvorbehalt* ausgesprochen, so hat zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für Person oder Vermögen des Betreuten der Betreuer innerhalb seines Aufgabenbereiches seine Zustimmung zu Willenserklärungen zu geben. Bestimmte Willenserklärungen sind ausgenommen (z. B. Eingehung einer Ehe, Verfügungen von Todes wegen; geringfügige Angelegenheiten des täglichen Lebens).

Geschäftsunfähige Betreute können nicht eigenständig handeln. Der Betreuer vertritt sie ohne Einwilligungsvorbehalt umfassend oder in Teilbereichen.

Mögliche *Aufgabenkreise* des Betreuers: Bestimmung des Aufenthaltes; Fürsorge für Heilbehandlung; Entscheidung über Operationen; Verwaltung des Vermögens; Führen des Schriftverkehrs etc. Bei Geschäftsfähigen hat die Einrichtung einer Betreuung keinen Einfluss auf nicht der Betreuung unterliegende Bereiche, z. B. Wahlrecht, Testierfähigkeit etc.

22.4 Unterbringungsrecht

Die Einweisung und Unterbringung psychisch Kranker ist durch Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer geregelt; ein bundeseinheitliches Gesetz wird angestrebt.

Bedingungen für die Einweisung in ein Psychiatrisches Krankenhaus durch Unterbringungsbeschluss (Zwangseinweisung):

- Vorliegen einer psychischen Störung (Diagnose!)
- Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung in erheblichem Maße (aufgrund von psychischer Krankheit oder Geistesschwäche), insbesondere wenn jemand sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben anderer gefährdet (Prinzip: Selbst- und/oder Fremdgefährdung)
- Unterbringung darf nur erfolgen, wenn Gefährdung durch weniger einschneidende Mittel nicht abgewendet werden kann (ultima ratio!)
- Gutachten des Amtsarztes oder des Psychiatrischen Krankenhauses (in Notfällen Einweisungszeugnis durch jeden Arzt ausstellbar) erforderlich
- Aufklärungspflicht seitens des Arztes
- mündliche Anhörung des Betroffenen durch das Gericht innerhalb der ersten 24 h nach Einweisung (Ausnahme Baden-Württemberg: 72 Stunden)

Entscheidung über Einweisung oder Fortdauer der Unterbringung (nach vorheriger Anhörung eines psychiatrischen Sachverständigen) nur durch den Richter für eine von ihm festzulegende Zeitdauer (z. B. 3 oder 6 Wochen).

22.5 Sozialrecht

Verhandlung von Streitigkeiten aus der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Renten-, Knappschaftsversicherung), aus der Arbeitslosenversicherung, der Kriegsopferversorgung und weiterer Bereiche vor den Sozialgerichten. Der psychiatrische Gutachter muss sich äußern zu Fragen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, der Minderung der Erwerbsfähigkeit und des Grades der Behinderung. Gesetzliche Grundlage ist v. a. das Sozialgesetzbuch VI (SGB VI).

Berufsunfähigkeit ist für die Rentenversicherung im Rentenreformgesetz 1992 nach § 43 Abs. 2 SGB VI (1.1.1992) definiert:

»Berufsunfähig sind Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig oder seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.«

Bei Fragen nach der Berufsunfähigkeit ist aufgrund der diagnostizierten Krankheit und Behinderung die Leistungsfähigkeit im bisherigen Beruf zu beurteilen, gegebenenfalls welche zumutbaren »Verweisungstätigkeiten« der Begutachtete aufnehmen könnte.

Erwerbsunfähigkeit nach § 44 Abs. 2 SGB VI:

»Erwerbsunfähig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt. Erwerbsunfähig ist nicht, wer eine selbständige Tätigkeit ausübt.«

Bei Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit für die *gesetzliche Rentenversicherung* muss der Gutachter die resultierenden Funktionseinbußen darstellen und sowohl deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (negatives Leistungsbild) als auch die noch verbliebenen Leistungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (positives Leistungsbild) einschätzen; er muss die noch verwertbare Arbeitszeit einschätzen sowie die Dauer der Leistungseinschränkung.

Zusammengefasst hat der Gutachter somit die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben in qualitativer und quantitativer Hinsicht, orientiert an den Leistungsmöglichkeiten, zu beschreiben.

Sogenannte »Rentenneurosen« werden begünstigt durch inadäquates ärztliches Verhalten, z. B. Medikamentenverschreibung statt konfliktklärender Gespräche, Krankschreibung auf Druck des Patienten oder voreilige Prognosen mit Hinweis auf Berentung.

Synonyma: Begehrnsneurose, Unfallneurose, psychogene Wunsch- und Zweckreaktion. Gutachtlich oft schwierige Entscheidung, ob z. B. schweres subjektives Leiden oder bewusstseinsnahe Aggravation bzw. womöglich Simulation vorliegt. Vorläufige Berentung (z. B. 2 Jahre) ist nur im Ausnahmefall reversibel!!

Divide: Artifizielle Störung (F 68.1): absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen ohne einleuchtenden Grund; oft bei Persönlichkeitsstörungen.

Die **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** dagegen in der *gesetzlichen Unfallversicherung* und im *sozialen Entschädigungsrecht* betrifft die Auswirkungen von verlorenen Fähigkeiten aufgrund von Schädigungen; bei Vorliegen mehrerer Behinderungen mit entsprechenden Anteilen von 100 wird eine Gesamt-MdE gebildet im Sinne einer Gesamtschau der Behinderung.

Im Unterschied hierzu werden im **Schwerbehindertenrecht** nach dem Schwerbehindertengesetz altersentsprechend Funktionsbeeinträchtigungen ohne Rücksicht auf die Ursache erfasst und als *Grad der Behinderung (GdB)* beurteilt. Auch hier bildet man bei mehreren Behinderungen eine Gesamt-GdB.

Arbeitsunfähigkeit ist ein Begriff der Krankenversicherung, setzt das Vorliegen von Krankheit voraus und berechtigt zum Anspruch auf Krankenbehandlung und Krankengeld.

Weitere Bereiche im Sozialrecht beziehen sich auf

- Hilfen zum Lebensunterhalt, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Eingliederungshilfe (Bundessozialhilfegesetz – BSHG)
- Hilfen für Schwerbehinderte (Schwerbehindertengesetz – SchwbG)
- Hilfen zur beruflichen Eingliederung (Arbeitsförderungsgesetz – AFG)

Fallbeispiele**Fallbeispiel 22.1**

Anamnese: Der 34jährige, in 5. Ehe verheiratete, bereits mehrfach wegen Körperverletzung und Diebstahl vorbestrafte Herr N., ein früherer Bergmann und jetziger Dachdecker, wurde angeklagt, am 5.3.1992 in alkoholisiertem Zustand versucht zu haben, Herrn W. zu töten.

Nach dem Streit mit seiner schwangeren Verlobten am Vortage war diese zu ihrem früheren Verlobten Herrn W. gegangen. Herr N. fand beide nach langem Suchen und Aufbrechen der Wohnungstür am Nachmittag des folgenden Tages im Schlafzimmer des Herrn W. vor, und zwar wenig bekleidet im Bett liegend. Eine Welt sei für ihn zusammengebrochen. Während der folgenden körperlichen Auseinandersetzung stach Herr N. zunächst mit einem spitzen Gegenstand auf die Bauchmitte von Herrn W. ein. Im weiteren Kampf zielte er mit einem Messer in Richtung des Halsbereiches und rief: »Jetzt mache ich dich fertig.« Einige Stiche führten zu schweren Verletzungen im Halsbereich des Herrn W.

Befund: Der Alkoholisierungsgrad des Probanden konnte aufgrund einer Blutalkoholuntersuchung mittels Rückrechnung auf 3,14‰ zum Tatzeitpunkt eingeschätzt werden. Nach der ärztlichen Untersuchung sowie nach Zeugenaussagen zum Verhalten von Herrn N. vor und nach der Tat erschienen seine alkoholbedingten Ausfälle gering. Auch konnte er sich nach seinen Angaben an den Ablauf der Tat recht gut erinnern. Somit entsprach das klinische Bild nicht dem hohen Blutalkoholspiegel, der für einen schweren Rausch hätte sprechen können.

Diagnose: Der Gutachter diagnostizierte beim Probanden einen langjährigen, schweren Alkoholmissbrauch, besonders in Krisensituationen.

Klinischer Hinweis: Aufgrund des hohen Alkoholisierungsgrades zum Zeitpunkt der Tat (klinisch mittelschwerer Rausch, als krankhafte seelische Störung einzustufen) lagen aus psychiatrischer Sicht die Voraussetzungen des § 21 StGB im Sinne einer erheblichen Verminderung der Steuerungsfähigkeit bei starker affektiver Aufladung bereits im Vorfeld der Tat vor. Trotz voll erhaltener Einsichtsfähigkeit des Probanden war eine Aufhebung der



Steuerungsfähigkeit im Sinne des § 20 StGB nicht auszuschliessen. – Das Gericht verurteilte Herrn N. unter Anwendung des § 21 StGB zu einer Gefängnisstrafe von drei Jahren.

➤ **Alkoholmissbrauch, mittelschwerer Rausch (F 10.1),
dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2)**

Fallbeispiel 22.2

Anamnese: Herr S., ein 21-jähriger, ungelernter Gelegenheitsarbeiter, ist als Jugendlicher angeklagt, ein landwirtschaftliches Gebäude in Brand gesetzt zu haben und das gleiche bei einem weiteren Gebäude versucht zu haben.

Herr S. wurde als ältestes von zwei Kindern in einem 400 Einwohner zählenden Dorf geboren. Sein Vater ist Kraftfahrer, seine Mutter als Stationshilfe im Krankenhaus tätig. Nach Abschluss der Sonderschule war Herr S. zunächst als Gelegenheitsarbeiter in einer Kornbrennerei beschäftigt, danach in einem Gartenbaubetrieb und in einer Fleischerei. Einmal wurde ihm wegen eines Diebstahldelikts gekündigt. Mit 19 Jahren wurde er der fahrlässigen Brandstiftung für schuldig befunden und verurteilt.

Nach einer guten Kindheit hatte er als Jugendlicher viele Freunde, von diesen sei er jedoch nach der ersten Brandstiftung gemieden worden; man zeige mit dem Finger auf ihn. Er leide darunter, dass er nicht wie seine Kameraden eine Freundin habe. Er gehe an den Wochenenden ins Gasthaus, den Treffpunkt der Dorfjugend, und trinke Alkohol. Danach fühle er sich wohler und den anderen gleichwertig.

Erste sexuelle Erregungen und eine erste Masturbation traten bei Herrn S. im Alter von 13 Jahren auf. In diesem Alter kam es auch zum ersten sexuellen Erlebnis im Zusammenhang mit Feuer. Während der Vater hinter dem Haus Laub und Gartenabfälle verbrannte, verspürte Herr S. die Erektion seines Gliedes. Seitdem trat sowohl angesichts des Feuers wie auch angesichts blutender Tiere – er ist Kaninchenzüchter und schlachtet selbst – eine sexuelle Erregung auf mit anschließendem Onanieren bis zum Samenerguss. Einen Geschlechtsverkehr habe er bisher noch nie erlebt.

Reichlicher Alkoholkonsum besteht seit dem 14. Lebensjahr, seit etwa einem halben Jahr kommt es mehrmals in der Woche zu Trinkexzessen mit Kontrollverlust und Gedächtnislücken sowie morgendlicher Entzugssymp-



tomatik. Auch am Abend der Brandstiftung war der Tat ein erheblicher Alkoholgenuss vorausgegangen.

Zur aktuellen Brandstiftung vor 2 Monaten berichtete Herr S., dass er nach einem Besuch in der Gaststätte auf dem Heimweg in einen ihm wohl-bekannten Lagerschuppen gegangen sei und Strohballen angezündet habe. Im benachbarten Maschinenschuppen habe er sodann das gleiche tun wollen. Beim Anschauen der Flammen sei es zur sexuellen Erregung gekommen, zur Erektion und zum anschließenden Onanieren. Diese Erregung habe derart zugenommen, dass er an nichts anderes mehr habe denken können. Erst nach dem Samenerguss habe er klar sehen können und Hilfe geholt. – Übrigens habe man ihm vor einigen Wochen die Aufnahme in die Freiwillige Feuerwehr des Dorfes verweigert, er wisse nicht warum.

Somatische Anamnese und körperlicher Befund waren unauffällig; im CCT dagegen zeigte sich eine über die Altersnorm hinausgehende Hirnsubstanzminderung. – Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Untersuchung unauffällig.

Diagnose: Der Gutachter stellte die Diagnose einer leichtgradigen Intelligenzminderung (IQ von 68), wodurch die persönliche, schulische und psychosoziale Reifung bei dem Probanden beeinträchtigt sei. Diese Reifungsstörung äußert sich in impulsartigem Handeln und einer verminderten Toleranz gegenüber Frustrationen, was wiederum Anlass zum Alkoholmissbrauch geben kann. Die Reifungsstörung umfasst auch die sexuelle Entwicklung, es kommt zu sexuell-deviantem Verhalten vornehmlich unter Alkoholeinfluss. Dieses wird vom Probanden als krankhaft erlebt.

Klinischer Hinweis: Mit den aufgeführten Störungen ist das biologische Eingangskriterium des Vorliegens einer seelischen Krankheit gegeben. Werden die psychologischen Voraussetzungen geprüft, so ist aus psychiatrischer Sicht bei vorhandener Einsichtsfähigkeit die Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert, und damit sind die Voraussetzungen für den § 21 StGB erfüllt. Gutachterliche Empfehlungen einer 3- bis 6monatigen Alkoholentwöhnungsbehandlung.



- **Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) (F 63.1)**
Alkoholabhängigkeit (F 10.2)
Kombinierte Entwicklungsstörung (F 83)
Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (F 70.1)

Fallbeispiel 22.3

Anamnese: Der 65jährige, kinderlos verheiratete, ungelernte Herr F. stammt aus einer 12köpfigen Sintifamilie, deren Vorfahren sich seit Generationen in Norddeutschland von der Tätigkeit als freie Händler ernährt hätten, ebenso wie er jetzt noch.

Er sei 9 Jahre alt gewesen, als die gesamte Familie 1936 von der Gestapo verhaftet, getrennt und über ein Durchgangslager in Hamburg nach Polen verschleppt worden sei. Sein Vater und seine 6 älteren Brüder seien in das Konzentrationslager Sachsenhausen gekommen, während seine Muterseltern, seine Mutter und seine ältere Schwester in das Warschauer Ghetto verbracht wurden. Wie die übrigen Familienmitglieder habe er schwere körperliche Arbeit verrichten müssen, er sei häufig plötzlich und unvermittelt von den Wachmannschaften geschlagen und auch mit Erschießung bedroht worden. Er habe ansehen müssen, wie seine Mutter von Wachsoldaten vergewaltigt worden sei; 1942 seien seine Mutter, seine Schwester und er zwangssterilisiert worden, ohne dass er damals begriffen habe, was mit ihm eigentlich geschehen sei. Nach der ohne Narkose erfolgten Operation habe er noch Tage Bauchschmerzen gehabt, er habe aber ohne Unterbrechung im Ghetto weiter arbeiten müssen. In den Lagern kamen während des Krieges drei seiner Brüder und seine Muterseltern um.

Nach der Befreiung zu Ende des Krieges sei es ihm zunächst gesundheitlich besser gegangen. Er habe wieder Spaß am Leben gefunden und 1948 eine gleichaltrige, ebenfalls zwangssterilisierte Cousine geheiratet. Allerdings begannen schon 1947 furchtbare Träume, die sich bis heute in 2 und mehr Nächten der Woche wiederholten. Er wache nachts dann schreiend auf, brauche Minuten, bis er sich beruhigen könne und sicher wisse, dass er sich nicht im Lager befände. Er träume von eigenen Kindern, er erlebe die Vergewaltigung seiner Mutter im Traum immer wieder und werde auch selbst geschlagen und misshandelt. Seit 1955 litt er vermehrt unter



Ängsten; beim Nahen eines Polizeiwagens habe er sich sogar in Hauseingängen versteckt, um einer befürchteten Verhaftung vorzubeugen. Dabei zitterte er, erlitt Schweißausbrüche und verspürte vernichtende Angst. Nach dem Tode seiner Eltern verstärkten sich Hoffnungslosigkeit und zunehmende innere Leere. Da er nicht durch Kinder weiterleben dürfe, sei seine Existenz als Sinti eigentlich vernichtet. Ständig fühle er sich bedroht, auch durch die zunehmende Ausländerfeindlichkeit. Häufig denke er über den Tod nach, da das Leben ohne Kinder eigentlich gar keinen Sinn mehr habe.

Befund: Die Untersuchung von Herrn F. erfolgte im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens. Aufgrund der psychiatrischen Empfehlungen wurde durch die Landesentschädigungsbehörde eine verfolgungsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zunächst von 20 %, später von 30 % und seit 1962 von 60 % anerkannt.

➤ **Diagnose:** Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Fallbeispiel 22.4

Im Auftrag eines Zivilsenats des Oberlandesgerichts Köln wurde ein Gutachten über die 73jährige, jüdische Probandin Frau Karla B. aus Krakau, zum Zeitpunkt der Begutachtung in Chicago wohnend, erstellt.

Anamnese: Frau B. war die Tochter eines Lebensmittelkaufmannes. Sie hatte noch 6 Geschwister. Nach dem Gymnasium beendete sie eine Lehreinnenausbildung und war zunächst als Lehrerin, später als Rektorin an einer Volksschule in Krakau tätig.

Seit September 1939, nach dem Einmarsch der Deutschen, war sie gezwungen, einen Judenstern zu tragen. 1940 musste sie ihr Haus verlassen und ins Ghetto in Krakau einziehen, wo sie zunächst weiter als Direktorin einer Volksschule tätig war, später Lebensmittelmarken zu verteilen hatte. Im August 1944 kam sie zunächst in das Konzentrationslager nach Auschwitz, danach in ein Arbeitslager, wo sie bis zu ihrer Befreiung im Mai 1945 in einer Flachsfabrik arbeiten musste. – Durch Verfolgungsmaßnah-



men während des Krieges kamen ihre Mutter und 5 ihrer Geschwister um. Frau B. hatte 1937 einen Buchhalter geheiratet, der während des Krieges aus dem Ghetto in ein KZ gebracht wurde und dort umkam. Nach dem Krieg heiratete sie einen Setzer einer Druckerei. Frau B. hatte keine Kinder. Nach der Befreiung war sie zunächst in Krakau, fand dort aber keine Verwandten mehr vor und wurde von der dortigen polnischen Bevölkerung angefeindet. Nach einem Aufenthalt in einem DP-Lager bei Frankfurt wanderte sie im Juli 1946 mit einem Schiff in die USA aus, wo sie anfänglich als Hilfsschneiderin, später ehrenamtlich in ihrer New Yorker Nachbarschaft arbeitete, um ältere Leute in handwerklicher Betätigung und der Fabrikation von Kunstgegenständen auszubilden.

Bereits im Ghetto 1943, als sie von der Liquidation des Ghettos Warschau hörte, wo Angehörige von ihr gelebt hatten, traten Kopfschmerzen, Angstträume und Nervosität auf, sie sei wiederholt geschlagen und misshandelt worden. Sie litt nach dem Kriege unter depressiven Stimmungen, Unsicherheit gegenüber anderen Menschen, Alpträumen mit Verfolgungsszenen, nächtlichem Erwachen, Kopfschmerzen im Scheitelbereich, merkwürdigen Gefühlsstörungen und Missempfindungen im Mund- und Rachenraum, ferner unter zahlreichen körperlichen Beschwerden, besonders im Bereich des Magen-Darm-Traktes und der Gallenblase sowie Beschwerden in beiden Beinen.

Befund: Aus der Gerichtsakte ergab sich, dass ärztliche Berichte erst seit Mitte der fünfziger Jahre vorlagen; dementsprechend sahen zahlreiche Ärzte viele Jahre lang die beträchtlichen Beschwerden von Frau B. als verfolgungsunabhängig an. Erst etwa 1970 kam es zu Beurteilungen, die einen Zusammenhang bejahten. Wir stützten uns in unserer Beurteilung auf die Feststellung der Autoren von Baeyer, Häfner und Kisker, dass die depressive Symptomatik häufig erst nach einer längeren Latenzphase auftritt. In diesem Fall hatten sich die Beschwerden erst deutlich nach der Auswanderung gezeigt in sprachfremder Umgebung ohne Chance, in dem alten Beruf arbeiten zu können. Wir stellten diagnostisch ein traumatisches Angstsyndrom mit vegetativer Symptomatik sowie ein organisches Psychosyndrom in Zusammenhang mit Alterungsprozessen fest. Das durch



nationalsozialistische Verfolgung verursachte Leiden bedingt eine MdE von 25 %.

- **Diagnose:** Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Fallbeispiel 22.5

Anamnese: Die unverheiratet gebliebene Studienrätin Frau Dr. A. starb 89jährig im Augustinum in München. Sie hinterließ ein beträchtliches Vermögen, Haus und Eigentumswohnung, hatte aber keinen leiblichen Erben.

In einem ersten Testament, aufgesetzt im Alter von 81 Jahren, begünstigte sie Herrn M. In einem zweiten Testament, unterzeichnet mit 87 Jahren, begünstigte sie einen Herrn R., mit dem sie seit kürzerer Zeit intensiver bekannt geworden war, und der sie auch mit in einen Urlaub genommen hatte. Da für Frau Dr. A. bereits ein Jahr vor Errichtung des zweiten Testaments eine Gebrechlichkeitspflegschaft (vor Einführung des jetzt gültigen Betreuungsrechts) eingerichtet worden war, ergab sich nach dem Tode der mit 89 Jahren verstorbenen Frau die Frage, ob sie noch in der Lage war, das genannte zweite Testament zu errichten.

Befund: Aufgrund der Aktenanalyse ergab sich, dass Frau Dr. A. an einer chronisch progredienten Demenz mit hochgradiger Vergesslichkeit als führendem Symptom litt; ferner wurden bei gut erhaltener äußerer Fassade beobachtet eine zeitliche Orientierungsstörung, Einschränkungen des Denkens und Urteilens und Änderungen des sozialen Verhaltens sowie gelegentliche Inkontinenz. Anhaltspunkte für luzide Intervalle fanden sich nicht. Aufgrund der vor Einrichtung der Gebrechlichkeitspflegschaft durchgeführten Untersuchung durch den Amtsarzt ist davon auszugehen, dass Frau Dr. A. bereits zu diesem Zeitpunkt an einer mittelschweren Demenz litt. So war sie ein Jahr später um so weniger in der Lage, den Umfang und die Folgen ihrer Testamentserrichtung zu übersehen. Sie war damit nach § 2229 BGB zu diesem Zeitpunkt nicht mehr testierfähig. Somit hat das erste von ihr errichtete Testament Gültigkeit.

- **Diagnose:** Demenz bei Alzheimer Krankheit mit spätem Beginn (F 00.1)

23 Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/ Psychosomatik

23.1 Behandlung und Versorgung – 394

23.2 Forschung – 397

23.3 Psychiatrie und Gesellschaft – 398

Definition: Ethik in der Psychiatrie: Fragen der allgemeinen menschlichen Ethik, bezogen auf spezielle psychiatrische und psychotherapeutische Probleme. Entwicklung eines ethischen Verhaltenskodex.

Problemgebiete der Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie in Zusammenhang mit:

Behandlung und Versorgung

- Zwangseinweisung
- Anwendung von Zwang bei stationär aufgenommenen Patienten
- Behandlung von suizidalen Patienten
- Arzt-Patient-Beziehung
- Einsichtnahme in die Krankengeschichte

Forschung

Psychiatrie und Gesellschaft

- Psychiatrie und Recht
- Vorurteile und Öffentlichkeit
- Ethik im Sinne sozialpolitischen Handelns

23.1 Behandlung und Versorgung

Zwangseinweisung

Im Unterschied zu den meisten auf Freiwilligkeit basierenden Behandlungen in der somatischen Medizin fehlt bei vielen psychiatrischen Patienten Krankheitseinsicht; häufig Verweigerung notwendiger Behandlung (psychisches Kranksein ist größere Kränkung als körperliche Krankheit). Abwägung zwischen dem Recht auf individuelle Freiheit des Patienten und dem Schutz der Gesellschaft vor Bedrohungen durch den Patienten, aber auch Schutz des Patienten vor Selbstgefährlichkeit z. B. bei wahnhafter Depression, ist erforderlich!

Möglicher Konflikt zwischen Psychiater und Richter bei Anwendung des Unterbringungsgesetzes: Psychiater besteht auf Behandlung – Richter prüft in wörtlicher Auslegung des Unterbringungsgesetzes überwiegend die momenta-

ne Gefährdung mit Unterschätzung etwa der psychotischen Störung; oft vielfältige Ambivalenz der zum Handeln gezwungenen Beteiligten.

Anwendung von Zwang bei stationär aufgenommenen Patienten

Vor Anwendung von Zwangsmaßnahmen Versuch der Aufklärung über Erkrankung und Behandlung, einschließlich Risiken und Gefahren. Versuch der Überredung zur Behandlung, zu freiwilliger Akzeptanz oder wenigstens Duldung der Therapie.

- **Fixierung:** bei Aggressivität des Patienten u. U. »Fixierung« durch Bauch-, Hand- oder Fußgurte. Ärztliche Maßnahme, nur auf formale schriftliche Anordnung mit Niederlegung der genauen Zeiten der Fesselung des Patienten in seiner »Kurve«! Geringstmögliche Anwendung dieser Maßnahme!
- **Zwangsmedikation:** nur im Notfall und nur kurzfristig! Wenn nötig, entschlossenes und eindeutiges Handeln, beispielsweise bei Injektion mehrere Personen hinzuziehen! *Keinesfalls* heimliche Gabe von Medikamenten zur Vermeidung von Konflikten! Hierdurch bei Entdeckung Bestätigung des Misstrauens des Patienten, z. B. vergiftet zu werden; aber auch, wenn die Medikation geheim bleibt, »Vergiftung« der therapeutischen Atmosphäre! Ansonsten möglichst abwarten, überzeugen. Abwägen zwischen Autonomietendenz des Patienten und Verantwortlichkeit des Arztes

Behandlung von suizidalen Patienten

Bei aktueller Suizidalität evtl. Notwendigkeit der Zwangsunterbringung. Übernahme von Patienten nach Suizidversuch von der Intensivstation in stationäre psychiatrische Behandlung. Versuch des Aufbaus einer Vertrauensbeziehung als Grundlage der Behandlung (► Kap. 20: »Suizidalität und Krisenintervention«).

Suizidprophylaxe auf Station: Schaffung einer Situation der Geborgenheit in einer freieren Atmosphäre statt kustodialer Sicherung mit Vermeidung aller Risiken. Trotzdem notwendige Kontrollen (juristische Frage der Aufsichtspflicht des Arztes und des Pflegepersonals bei suizidalen Patienten)! Anwendung von Zwangsmaßnahmen mit größter Zurückhaltung!

Arzt-Patient-Beziehung

- Der Patient muss auf Einhaltung der **ärztlichen Schweigepflicht** vertrauen können. Keine Weitergabe von Patienteninformationen ohne Genehmi-

23 gung des Betreffenden; z. B. auch Weitergabe von Informationen an die Krankenkassen nur im Rahmen des für die Leistungsprüfung Notwendigen; diese Informationen in gesonderten Berichten; nicht die Überlassung der vollständigen Arztbriefe mit vielen persönlichen Details! Keine Verwendung von Informationen aus einer Behandlung in Gutachten ohne Genehmigung des Patienten (gilt auch, wenn früher oder gegenwärtig behandelnder Arzt identisch mit Gutachter!) diese Doppelrolle möglichst vermeiden (► Kap. 22). Weiterbestehen der Schweigepflicht auch nach dem Ableben des Patienten. Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht nur in (seltenen) Fällen der Gefährdung höheren Rechtsguts (drohende Straftat)

- Der Patient sollte über die verschiedenen Methoden **aufgeklärt** werden, mit denen seine Störung behandelt werden kann. Die Vorteile/ Nachteile/ Risiken sollten erläutert werden. Der Patient sollte insbesondere in der Psychotherapie an der Wahl der Methode beteiligt sein. In der Regel sollte keine spezielle Methode als allein erfolgsversprechend vom Behandler avisiert werden

Aufklärung sollte auch erfolgen über die Konsequenzen zumindest mittelfristiger und längerfristiger Psychotherapien: Labilisierung durch Infragestellung bisheriger Lebenskonzepte immer mit zu erwarten! (Es kommt im Verlauf von Psychotherapien nicht selten zu Trennungen und Scheidungen.)

- **Gefahr von Machtmissbrauch** während psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung durch Missbrauch der Abhängigkeit des Patienten und Ausnutzung der Machtposition des Arztes in zweierlei Hinsicht:

- *narzisstischer Missbrauch*: Definition: alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen zwischen Therapeut und Patient, die primär dem Wunsch des Therapeuten nach narzisstischer Gratifikation dienen und die die Entfaltung des »wahren Selbst« des Patienten verhindern oder zumindest erschweren. Der narzisstische Missbrauch ist naturgemäß empirisch schwer zu evaluieren, dürfte aber häufiger als der sexuelle Missbrauch sein. Beispiele für narzisstischen Missbrauch: Der Therapeut verfolgt Therapieziele, die nicht denen des Patienten für sich und seine weitere Lebensplanung entsprechen; grenzenlose Empathie durch den Therapeuten verlockt zum Missbrauch und nährt magische Allmachtsbedürfnisse; ferner Verhinderung von Separation durch den Therapeuten, der den Patienten zur Stützung seines eigenen narzisstischen Gleichgewichts benötigt. Schließlich stellen auch Symbiosewün-

sche von Therapeuten gegenüber ihren Patienten eine Form des narzisstischen Missbrauchs dar. Hierher gehört auch das Festhalten an Patienten, obwohl ein anderer Behandler oder eine andere Behandlungsinstitution erfolgversprechender wäre; in diesem Zusammenhang auch Herabsetzung von Kollegen (stets cave!).

- *sexueller Missbrauch*: Definition: sexueller Kontakt, initiiert durch den Therapeuten, mit dem Ziel, im Patienten/Therapeuten sexuelle Wünsche zu wecken und/oder zu befriedigen. Verschiedene empirische Studien haben gezeigt, dass etwa 10 % der befragten Psychotherapeuten, unabhängig von ihrer jeweiligen schulenspezifischen Ausbildung, sexuelle Kontakte zu Patienten zugaben. In der langdauernden Einzelpsychotherapie mit ausgeprägten Übertragungsphänomenen und entsprechenden Wünschen bei nicht ausreichend bearbeiteter Gegenübertragung besondere Versuchungs- und Gefahrensituation! Nach solchen Vorfällen i. d. R. Abbruch der Psychotherapie sowie erhebliche Folgeschäden bei den (überwiegend weiblichen) Patienten. Folgeschäden sind z. B.: Schuld- und Schamgefühle, Misstrauen gegenüber weiterer Therapie und gegenüber Männern allgemein, Depressionen und Verlust an Selbstwertgefühl, suizidales Erleben oder Verhalten und Alkohol- und Drogengebrauch. Bei etwa 90 % der betroffenen Patientinnen wurden negative Folgen festgestellt.

Frage der Einsichtnahme in Krankengeschichten

Allgemeinmedizinische Befunde müssen dem (ehemaligen) Patienten oder seinem juristischen Vertreter zugänglich gemacht werden, psychiatrische Teile der Krankengeschichte müssen dagegen nur im Einzelfall, nicht jedoch generell zur Einsicht offenstehen.

23.2 Forschung

Die Notwendigkeit wissenschaftlicher Grundlagen- und Therapieforschung sowie Medikamentenstudien besteht auch in der Psychiatrie. Zu berücksichtigen sind:

- Gefahr des Missbrauchs von nichteinwilligungsfähigen Patienten bei zu riskanten Studien: generell nur Studien mit einwilligungsfähigen Patienten nach Prüfung durch die zuständige Ethikkommission (»informierte Zu-

stimmung« nach Aufklärung, unter Zuhilfenahme eines entsprechenden Formulars). Nur ausnahmsweise bei unter Betreuung stehenden Patienten: Zustimmung des Betreuers erforderlich. Die Behandlung sollte, wenn möglich, auch dem Betreffenden einen Nutzen bringen

- Gefahr der Korrumpierung der Untersucher bei Arzneimittelstudien durch persönliche finanzielle Zuwendungen (z. B. Reisen!) von Industriefirmen oder anderen Geldgebern; Erlöse aus pharmakologischen Studien sollten wissenschaftlichen, fachlichen oder auch patientenbezogenen Zwecken zugute kommen

Ratsam: Beachtung der Empfehlungen des Weltärztebundes zur Durchführung von wissenschaftlichen Versuchen am Menschen (Deklarationen von Helsinki und Tokio); in jedem Fall Einschaltung der zuständigen Ethikkommission.

23.3 Psychiatrie und Gesellschaft

Psychiatrie und Recht

Forderung der Gesellschaft nach Bestrafung von Straftätern bei Vorliegen von Schuldfähigkeit. Psychiater als Sachverständiger für die Frage des Vorliegens der medizinischen Voraussetzungen für die Annahme von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (► Kap. 22: »Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie«).

Ethisches Problem: Die Findung einer *neutralen* Position als Gutachter. Konflikt zwischen Arztrolle und Identifikation mit der öffentlichen Forderung nach »gerechter Bestrafung«, vertreten durch den Staatsanwalt (besonders schwierige Gutachterposition in den USA als Gutachter für eine der Parteien vor Gericht, d. h. kein richterlicher Auftrag. Extreme Probleme in Ländern, in denen Dissidenten psychiatrisch zwangsbehandelt werden).

Vorsicht vor *Missbrauch gutachterlicher Funktionen* (z. B. bei Begutachtung von Patienten zur Betreuung; Extremfall »Begutachtung« psychisch Kranker im Rahmen der sog. Euthanasie im Dritten Reich).

Vorurteile und Öffentlichkeit

- Richtigstellung und Bekämpfung der in der Gesellschaft immer noch häufig bestehenden unberechtigten Fehl- und Vorurteile sowie der oft massiven Ablehnung psychisch Kranker

- Vertretung der Interessen von psychisch Kranken durch Ärzte, sonstige Behandelnde sowie durch Angehörige, da Patienten oft nicht zur Gegenwehr bzw. zur eigenen Durchsetzung ihrer Ansprüche in der Lage sind und häufig aus Angst vor Abwertung fürchten, öffentlich in Erscheinung zu treten; falls erwünscht fachliche Hilfsangebote gegenüber Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbänden

Ethik im Sinne sozialpolitischen Handelns

Ethische Verpflichtung des Psychiaters, die Benachteiligung psychisch Kranker in vielen Bereichen aufzuzeigen und diesen Zustand zu beseitigen, d. h. Verpflichtung, »psychisch Kranken als Randgruppe« adäquate, mit somatischen Versorgungsbereichen vergleichbare Bedingungen zu schaffen.

24 Historisches

24.1 Antike – 402

24.2 Mittelalter und Renaissance – 402

24.3 17. und 18. Jahrhundert – 403

24.4 19. Jahrhundert – 403

24.5 20. Jahrhundert – 405

Prägung des Begriffs »Psychiatrie« (griech. *Psyche* = Seele, *iatros* = Arzt) durch Johann Christian Reil (1759–1813). Ansätze zu einer ärztlichen Seelenheilkunde bereits im griechisch-römischen Altertum. Entwicklung der Psychiatrie im heutigen Sinne erst in den letzten 200 Jahren (für einen vertiefenden Überblick über die Geschichte der Psychiatrie ► Anhang C: Weiterführende Literatur).

24.1 Antike

Natürliche Erklärung von Geisteskrankheiten durch Verknüpfung von körperlichen und seelischen Vorgängen durch griechische Ärzte. Im »Corpus hippocraticum« Darstellung der 4-Säfte-Lehre mit Ableitung des Temperaments: Blut: Sanguiniker, gelbe Galle: Choleriker, schwarze Galle: Melancholiker, Schleim: Phlegmatiker. *Humoralpathologie*: durch Störung im Säftegleichgewicht Entstehung von Krankheiten.

In der *römischen Zeit* Darstellung zahlreicher Krankheitsbilder durch Cicero (Tusculanische Briefe), Celsus (etwa 30 n. Chr.), Soranus von Ephesus (ca. 100 n. Chr.) und Aretäus von Kappadozien (ca. 150 n. Chr.). Behandlung psychischer Störungen durch Isolierung, Sicherung des Kranken in Räumen mit hochliegenden Fenstern. Massage, mäßiger Aderlass, Diät, Lokalbehandlung des Kopfes durch Ölumschläge oder Schröpfen. Stärkung des Verstandes durch kritisches Lesen von Texten, durch Fragenstellen oder Theaterspielen, auch Brettspielen und Reisen.

Aus der Antike sind *keine psychiatrischen Krankenhäuser* bekannt.

24.2 Mittelalter und Renaissance

Verbreitung der griechischen und römischen Heilkunst durch die *Araber* in den von ihnen eroberten Gebieten Europas. Gründung der *ersten Spezialanstalten für Geisteskranke* u. a. in Damaskus, Kairo, Granada. Gute Pflege der Irren, Wohlwollen gegenüber den Geisteskranken.

Im Mittelalter Weiterführung der arabischen Tradition besonders durch die Spanier, dann auch in Frankreich, England und Deutschland. Oft aber auch nur *inhumane Verwahrung* der Kranken, z. B. im »Stocke« in Frankfurt oder in den »Dorenkisten« in Lübeck. Öfter auch Ausweisung durch den Rat der be-

24.4 · 19. Jahrhundert

treffenden Stadt. Unterbringung von wohlhabenden Kranken in Festungs- oder Stadttürmen.

Im späten Mittelalter wurden *Geisteskranke als Hexen*, Hexenmeister und Zauberer (mit Krankheitssymptomen als Teufelswerke) vielfach durch die Inquisition verfolgt. 1486 Publikation des Handbuchs der Hexenverfolger »*Malleus maleficarum*« (Der Hexenhammer), verfasst von den Dominikanern Heinrich Krämer und Jacob Sprenger: der Tod als *therapia ultima*. 15.–17. Jahrhundert: Folterung und Verbrennung von Tausenden von Kranken.

24.3 17. und 18. Jahrhundert

Geisteskranke wurden als *Asoziale* gemeinsam mit Krüppeln, Armen, Landstreichern und Prostituierten eingesperrt. In Frankreich Einrichtung des »Hôpital général« bspw. in Paris, in Deutschland »Zuchthäuser«, in England »Workhouses«. Geisteskranke oft in Ketten, keine Behandlung durch Ärzte. Nach dem Beginn von Reformen im 16. Jahrhundert eher Stagnation im 17. Jahrhundert.

Im Zuge der *Aufklärung* in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts *Humanisierung der Behandlung* der Geisteskranken. Aus den alten Tollhäusern werden Irrenanstalten. In Wien wird der »Irrenturm« (Narrenturm), ein 5-stöckiger Rundbau, als erste derartige Einrichtung in Verbindung mit einem Allgemeinkrankenhaus errichtet. Es kommt zur legendären Befreiung der Irren von ihren Ketten in der »Bicêtre« in Paris durch *Philipp Pinel* (1793).

24.4 19. Jahrhundert

Beginn des 19. Jahrhunderts: Psychiatrie in Frankreich führend: Philippe Pinel (1745–1826), sein Schüler Etienne Esquirol (1772–1840, »Lehre von den Monomanien«) und Joseph Daquin (1788–1815). Insb. Pinel und Daquin sind Befürworter des »*traitement moral*«, einer neuen Form des Umgangs mit den Kranken, gekennzeichnet durch Zuwendung, Milde und Geduld.

1. Hälfte des 19. Jahrhunderts: In Deutschland die »*Psychiker*« (romantische Psychiatrie): Geisteskrankheiten als Erkrankungen der körperlosen Seele, als Folge der Sünde. Therapie mit z. T. barbarischen körperlichen Behandlungs-

methoden, um die Seele zu erschüttern: Darwin'scher Stuhl, Untertauchen in eiskaltes Wasser, Hungerkuren, Elektrizität. Vertreter dieser Lehre: Johann Christian August Heinroth (1773–1843), Karl-Wilhelm Ideler (1795–1860) und Justinus Kerner (1786–1862).

Demgegenüber die »*Somatiker*« wie Friedrich Nasse (1778–1851), Maximilian Jacobi (1775–1858) mit naturwissenschaftlichem, aber auch anthropologisch-ganzheitlichem Denkansatz.

Die **stationäre Psychiatrie** des 19. Jahrhunderts gekennzeichnet durch Anstaltspsychiatrie (zahlreiche Gründungen wie Sonnenstein, Illenau, Sachsenberg, Winnenthal mit Direktoren wie Damerow, Roller, Flemming). Humanisierung der Behandlung.

Im 19. Jahrhundert starke **sozialpsychiatrische Impulse**: von England ausgehend (nach dem Tode eines in der Zwangsjacke Fixierten) die *Non-restraint-Bewegung*: Promotor war Robert Gardiner Hill, Direktor des Lincoln-Lunatic-Asylums (1830 noch Fesselung von 39 von insg. 92 Patienten, 1837 nur 2 von 130 Patienten!).

John Conolly (1794–1866), der vollständig auf mechanische Zwangsmittel verzichtete, veränderte die menschliche Haltung den Patienten gegenüber. Prinzipien der Geduld, Gerechtigkeit und Güte; tägliche Visite der Ärzte; zahlreiche soziale Veranstaltungen mit gemeinsamer Teilnahme von Männern und Frauen; regelmäßige Betätigung der Kranken in Handwerk und Landwirtschaft.

Verbreitung dieser aus England kommenden Einflüsse in ganz Europa, insb. auch in deutschen Anstalten: ferner Entstehung von sog. »*kolonialen Anstalten*« mit Landwirtschaft.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts Aufkommen der **Universitätspsychiatrie** mit den ersten deutschen Lehrstühlen: so 1811 Johann Christian August Heinroth in Leipzig.

Bedeutendster deutscher Psychiater im 19. Jahrhundert ist *Wilhelm Griesinger* (1817–1865): Psychische Krankheiten sind Erkrankungen des Gehirns, Irresein Ausdruck anomaler Gehirnzustände. Interesse auch für »sozialpsychiatrische« Behandlungs- und Versorgungsgesichtspunkte der Kranken. Griesingers Werk bietet eine Synthese der anatomischen, physiologischen, psychologischen und klinischen Standpunkte.

Erst ab Ende des 19. Jahrhunderts **Klinifizierung** der Psychiatrie: Bettbehandlung seit 1890 mit Wachsälen und warmen Dauerbädern. Verbindung mit der Neurologie, Versuch der Integration in die Gesamtmedizin.

Zu Ende des 19. Jahrhunderts zahlreiche bedeutende Psychiater bzw. Neuropsychiater wie Karl Kahlbaum (Beschreibung der Katatonie), Ewald Hecker (Beschreibung der Hebephrenie), Carl Westphal (Agoraphobie).

24.5 20. Jahrhundert

Emil Kraepelin (1856–1926): zentrale Gestalt in der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts; zunächst Assistent von Bernhard von Gudden (1824–1886) in München; Arbeit an verschiedenen Irrenanstalten; Professuren in Dorpat, Heidelberg und München. Gründung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Zahlreiche Auflagen seines Lehrbuchs mit Systematik psychischer Erkrankungen. Entscheidend die *Beobachtung des Gesamtverlaufs*, Unterscheidung von exogenen und endogenen Psychosen. Erstbeschreibung der »*Dementia praecox*« als früh auftretende Form der Schizophrenie. Abgrenzung des bald darauf von *Eugen Bleuler* (1857–1939) so bezeichneten schizophrenen Formenkreises von den manisch-depressiven Erkrankungen. Weitreichender Einfluss von Kraepelin und Bleuler.

In den folgenden Jahrzehnten bedeutende Vertreter der **Phänomenologischen Psychiatrie** mit Systematisierung der Psychopathologie: Karl Jaspers (1883–1969) und Kurt Schneider (1887–1967).

Entgegen der zunehmenden Klinifizierung, der Überfüllung der Anstalten und dem Verlust früherer sozialpsychiatrischer Errungenschaften zu Beginn des 20. Jahrhunderts Einführung der »*aktiveren Krankenbehandlung*« nach Hermann Simon (1867–1947) in den Anstalten Warstein und Gütersloh. Arbeitssystem zur Vermeidung von Regression und Hospitalisierung.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts Entwicklung der **Psychoanalyse**, begründet von *Sigmund Freud* (1856–1939). Mitarbeiter und Schüler: u. a. Eugen Bleuler, Alfred Adler und Carl Gustav Jung. Entwicklung der orthodoxen Psychoanalyse und im Laufe der Jahrzehnte zahlreicher weiterer analytisch ausgerichteter Psychotherapiemethoden.

Im Anschluss an *Iwan Petrowitsch Pawlow* (1849–1936) mit seiner Lehre von den konditionierten Reflexen Entwicklung verschiedener Lern- und Verhaltenstheorien und später der **Verhaltenstherapie**, die zunehmend an Bedeutung gewonnen hat.

Zahlreiche **neue somatische Behandlungsmethoden**:

- Behandlung der progressiven Paralyse mit Fieberschüben durch *Infektion mit Malaria-Erregern*, eingeführt von Julius Wagner, Ritter von Jauregg, in Wien (einziger Psychiater mit Nobelpreis!), später Ablösung dieser Therapieform durch Penicillinbehandlung
- 1933 Publikation der *Insulin-Koma-Behandlung* durch *Manfred Sakel*, Behandlungsmethode bis in die Ära der Psychopharmaka, seither obsolet
- Einführung der *Elektrokrampftherapie* 1937 von Cerletti und Bini
- 1936 Einführung der *präfrontalen Lobotomie* (Leukotomie) durch Egas Moniz und Lima in Portugal. Methode nur für kurze Zeit verbreitet, da mit vielen Komplikationen belastet

Seit 1952 leitet die Entwicklung von **Psychopharmaka** eine Revolution in der Behandlung psychisch Kranker ein.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts führende Rolle Deutschlands in der Psychiatrie: Nosologie, Psychopathologie, Neuroanatomie, Genetik. Auch sozialpsychiatrische Impulse: z. B. gemeindenähe offene Versorgung, psychiatrische Fürsorge für stationär Entlassene etc.

In der ersten Jahrhunderthälfte, von einer Reihe von Ausnahmen abgesehen, skeptische bis ablehnende Haltung der deutschen Psychiatrie gegenüber der Psychotherapie, insbesondere der Psychoanalyse; in den letzten Jahrzehnten zunehmende Annäherung und Integration zahlreicher psychotherapeutischer Methoden in die Psychiatrie.

Niedergang während der **Zeit des Nationalsozialismus** (1933–1945): Radikale Umsetzung der seit Ende des 19. Jahrhunderts in vielen Ländern populären Gedanken des Sozialdarwinismus. Einführung der Gesetze zur zangsweisen Sterilisation erblich Belasteter und vor allem psychisch Kranker; zahlreiche Randgruppen betroffen. Während des Zweiten Weltkriegs Ermordung von etwa 100000 psychisch Kranken, in der Mehrzahl chronisch kranker Patienten aus den deutschen Anstalten. Geheimgehaltene T4-Aktion unter aktiver Mitwirkung von prominenten Psychiatern; Tod vieler Kranker in Gaskammern. Nach dem Krieg Selbstachtung und Ansehen der deutschen Psychiatrie weitgehend erschüttert; zögerlicher Neubeginn.

Seit etwa 1965/1970 Ansätze zu einer Reform der Versorgung. 1975 Bericht der **Enquête-Kommission zur Situation der Psychiatrie in der BRD** (Vorsitzender Caspar Kulenkampff): Darstellung der »brutalen Realität« in den Psy-

chiatrischen Krankenhäusern und des Mangels an ambulanten und komplexen Versorgungseinrichtungen. Forderung nach bedarfsgerechter, gemeindenaher, mit der somatischen Medizin gleichgestellter Psychiatrie. Seither viele neue Impulse und Reformschritte.

Im Bereich der Forschung nach und nach Anschluss an den internationalen Standard, vor allem auch in der sogenannten biologischen Psychiatrie.

Exkurs: Transkulturelle Psychiatrie. Beschreibung und Verständnis für Eigenarten und Besonderheiten seelischer Störungen bei anderen Völkern; bei Naturvölkern Krankheit als Eingriff übernatürlicher Mächte wie böser Geister, Hexen und Zauberer. Unterschiedliche Normvorstellungen.

Beispiele für kulturgebundene psychische Störungen:

- Latah: psychogene Störung mit Echolalie und Echopraxie auf den Philippinen und Madagaskar, als »arktische Hysterie« in Sibirien
- Dhat: ungerechtfertigte Sorge um die schwächenden Wirkungen des Samenergusses
- Koro: Angst vor Retraktion des Penis ins Abdomen mit Todesfolge (China); epidemisches Auftreten
- Amok: akute Psychose mit Tötung von Menschen; aggressiver Bewegungsdrang, anschließend Amnesie. Beziehung zum epileptischen Dämmerzustand
- Voodoo-Tod: autosuggestiv hervorgerufener Tod bei Anhängern des Voodoo-Kults in Afrika und auf Haiti, zurückzuführen auf die Überzeugung, unter dem Einfluss von Magie sterben zu müssen (Thanatomanie). – Literarisches Beispiel eines autosuggestiv hervorgerufenen Todes: Penthesilea von Heinrich von Kleist.

Exkurs: Ökopsychiatrie. Die Aktualität ökologischer Problematik spiegelt sich auch in der Psychiatrie wider:

- die globale Umweltzerstörung durch den Menschen erzeugt zahlreiche Ängste, die sich z. B. in »Wahnhaltungen« psychotischer Störungen manifestieren
- tatsächliche oder befürchtete Schädigungen durch Umwelteinflüsse (Strahlung, toxische Schädigung) können zu unterschiedlichen Syndromen führen mit vegetativen und psychischen (Depression, Angst, Gedächtnisstörungen) Symptomen z. B. Wohngiftsyndrom, MCS (Multiple Chemical Sensitivity) oder Taxikopie (psychogen entstandene Kopie der befürchteten

Vergiftung); man kann bei diesen Syndromen einteilen in solche mit eindeutigen, fraglichen oder fehlenden Noxen

Der betreuende Arzt sollte die Beschwerden und Ängste ernst nehmen und eine ätiologische Abklärung versuchen. Wenn keine organische Ätiologie nachweisbar, psychotherapeutische Gespräche, keinesfalls bagatelisieren!

Anhang

Anhang A: Übersicht über das Kapitel F (V) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10): Psychische Störungen – 411

Anhang B: Auswahl psychologischer Testverfahren* – 420

Anhang C: Weiterführende Literatur – 429

Glossar – 436

Sachverzeichnis – 443

Anhang A: Übersicht über das Kapitel F (V) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10): Psychische Störungen

Diese Übersicht ist gegenüber dem Original aus Gründen der Übersichtlichkeit gekürzt; bei Diagnosenangaben von 3 bis 5 Stellen (F 00 bis F 00.00) ist die 8. Position (F 08 bis F 00.08) als „sonstige näher bezeichnete Störung“ und die 9. Position (F 09 bis F 00.09) als „nicht näher bezeichnete Störung“ zu verwenden.

F 0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

- F 00 Demenz bei Alzheimer Krankheit
 - F 00.0 – mit frühem Beginn
 - F 00.1 – mit spätem Beginn
 - F 00.2 – atypische oder gemischte Form
- F 01 vaskuläre Demenz
 - F 01.0 vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
 - F 01.1 Multiinfarktdemenz
 - F 01.2 subkortikale vaskuläre Demenz
 - F 01.3 gemischte (kortikale und subkortikale) vaskuläre Demenz
- F 02 Demenz bei sonstigen andernorts klassifizierten Krankheiten
 - F 02.0 bei Pick-Krankheit
 - F 02.1 bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
 - F 02.2 bei Huntington-Krankheit
 - F 02.3 bei Parkinson-Krankheit
 - F 02.4 bei Krankheit durch das Humane-Immundefizienz-Virus (HIV)
- F 03 nicht näher bezeichnete Demenz
- F 04 organisches amnestisches Syndrom
- F 05 Delir, nicht durch Alkohol- oder sonstige psychotrope Substanzen bedingt
 - F 05.0 ohne Demenz
 - F 05.1 bei Demenz
- F 06 sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit

- F 06.0 organische Halluzinose
- F 06.1 organische katatone Störung
- F 06.2 organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung
- F 06.3 organische affektive Störung
- F 06.4 organische Angststörung
- F 06.5 organische dissoziative Störung
- F 06.6 organische emotional labile (asthenische) Störung
- F 06.7 leichte kognitive Störung
- F 07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
 - F 07.0 organische Persönlichkeitsstörung
 - F 07.1 postenzephalitisches Syndrom
 - F 07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
- F 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
- F 10 Störungen durch Alkohol
- F 11 Störungen durch Opioide
- F 12 Störungen durch Cannabinoide
- F 13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F 14 Störungen durch Kokain
- F 15 Störungen durch sonstige Stimulantien einschließlich Koffein
- F 16 Störungen durch Halluzinogene
- F 17 Störungen durch Tabak
- F 18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel
- F 19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
- Mit der vierten (und fünften) Stelle können die klinischen Zustandsbilder näher bezeichnet werden:
 - F 1X.0 akute Intoxikation
 - F 1X.1 schädlicher Gebrauch
 - F 1X.2 Abhängigkeitssyndrom
 - F 1X.3 Entzugssyndrom
 - F 1X.4 Entzugssyndrom mit Delir
 - F 1X.5 psychotische Störung
 - F 1X.6 amnestisches Syndrom
 - F 1X.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
- F 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**
- F 20 Schizophrenie

- F 20.0 paranoide Schizophrenie
- F 20.1 hebephrene Schizophrenie
- F 20.2 katatone Schizophrenie
- F 20.3 undifferenzierte Depression
- F 20.4 postschizophrene Depression
- F 20.5 schizophrenes Residuum
- F 20.6 Schizophrenia simplex
- F 21 schizotype Störung
- F 22 anhaltende wahnhafte Störungen
- F 23 akute vorübergehende psychotische Störungen
 - F 23.0 polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
 - F 23.1 polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
 - F 23.2 schizophreniforme psychotische Störung
 - F 23.3 sonstige vorwiegend wahnhafte psychotische Störung
- F 24 induzierte wahnhafte Störung
- F 25 schizoaffective Störungen
 - F 25.0 schizomanische Störung
 - F 25.1 schizodepressive Störung
 - F 25.2 gemischte schizoaffective Störung
- F 3 Affektive Störungen**
- F 30 manische Episode
 - F 30.0 Hypomanie
 - F 30.1 Manie ohne psychotische Symptome
 - F 30.2 Manie mit psychotischen Symptomen
- F 31 bipolare affektive Störung
 - F 31.0 hypomanische Episode
 - F 31.1 manische Episode, ohne psychotische Symptome
 - F 31.2 manische Episode, mit psychotischen Symptomen
 - F 31.3 leichte oder mittelgradige depressive Episode
 - F 31.4 schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome
 - F 31.5 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
 - F 31.6 gemischte Episode
 - F 31.7 remittiert
- F 32 depressive Episode
 - F 32.0 leichte depressive Episode

- F 32.1 mittelgradige depressive Episode
 - F 32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
 - F 32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F 33 rezidivierende depressive Störungen
 - F 33.0 leichte Episode
 - F 33.1 mittelgradige Episode
 - F 33.2 schwere Episode ohne psychotische Symptome
 - F 33.3 schwere Episode mit psychotischen Symptomen
 - F 33.4 remittiert
- F 34 anhaltende affektive Störungen
 - F 34.0 Zylothymia
 - F 34.1 Dysthymia
- F 38 sonstige affektive Störungen
 - F 38.0 sonstige einzelne affektive Störungen
 - .00 gemischte affektive Episode
 - F 38.1 sonstige rezidivierende affektive Störungen
 - .10 rezidivierende kurze depressive Störung
 - F 38.8 sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
- F 4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen**
- F 40 phobische Störung
 - F 40.0 Agoraphobie
 - F 40.1 soziale Phobien
 - F 40.2 spezifische (isolierte) Phobien
- F 41 sonstige Angststörungen
 - F 41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
 - F 41.1 generalisierte Angststörung
 - F 41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
 - F 41.3 sonstige gemischte Angststörungen
- F 42 Zwangsstörung
 - F 42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
 - F 42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
 - F 42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
- F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
 - F 43.0 akute Belastungsreaktion
 - F 43.1 posttraumatische Belastungsstörung
 - F 43.2 Anpassungsstörungen
- F 44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

- F 44.0 dissoziative Amnesie
- F 44.1 dissoziative Fugue
- F 44.2 dissoziativer Stupor
- F 44.3 Trance und Besessenheitszustände
- F 44.4 dissoziative Bewegungsstörungen
- F 44.5 dissoziative Krampfanfälle
- F 44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F 44.7 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt
- F 44.8 sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
 - .80 Ganser Syndrom
 - .81 Multiple Persönlichkeitsstörung
 - .82 vorübergehende dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) des Kindes- und Jugendalters
- F 45 somatoforme Störungen
 - F 45.0 Somatisierungsstörung
 - F 45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung
 - F 45.2 hypochondrische Störung
 - F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung
 - F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F 48 sonstige neurotische Störungen
 - F 48.0 Neurasthenie
 - F 48.1 Depersonalisations-, Derealisationssyndrom
- F 5 **Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren**
- F 50 Essstörungen
 - F 50.0 Anorexia nervosa
 - F 50.2 Bulimia nervosa
 - F 50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen
 - F 50.5 Erbrechen bei psychischen Störungen
- F 51 nichtorganische Schlafstörungen
 - F 51.0 Insomnie
 - F 51.1 Hypersomnie
 - F 51.2 Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
 - F 51.3 Schlafwandeln (Somnambulismus)
 - F 51.4 Pavor nocturnus
 - F 51.5 Alpträume
- F 52 sexuelle Funktionsstörungen,

- nicht bedingt durch eine organische Störung oder Krankheit
- F 52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
- F 52.1 sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
- F 52.2 Versagen genitaler Reaktionen
- F 52.3 Orgasmusstörung
- F 52.4 Ejaculatio praecox
- F 52.5 nichtorganischer Vaginismus
- F 52.6 nichtorganische Dyspareunie
- F 52.7 gesteigertes sexuelles Verlangen
- F 53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F 54 psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten
- F 55 Missbrauch von nicht abhängigkeits erzeugenden Substanzen
- F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
- F 60 Persönlichkeitsstörungen
 - F 60.0 paranoide
 - F 60.1 schizoide
 - F 60.2 dissoziale
 - F 60.3 emotional instabile
 - .30 impulsiver Typ
 - .31 Borderline-Typ
 - F 60.4 histrionische
 - F 60.5 anankastische
 - F 60.6 ängstliche (vermeidende)
 - F 60.7 abhängige
- F 61 kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
- F 62 andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
 - F 62.0 nach Extrebelastung
 - F 62.1 nach psychischer Krankheit
- F 63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
 - F 63.0 pathologisches Spielen
 - F 63.1 pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
 - F 63.2 pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
 - F 63.3 Trichotillomanie

- F 64 Störungen der Geschlechtsidentität
 - F 64.0 Transsexualismus
 - F 64.1 Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
 - F 64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindsalters
- F 65 Störungen der Sexualpräferenz
 - F 65.0 Fetischismus
 - F 65.1 fetischistischer Transvestitismus
 - F 65.2 Exhibitionismus
 - F 65.3 Voyeurismus
 - F 65.4 Pädophilie
 - F 65.5 Sadomasochismus
 - F 65.6 multiple Störungen der Sexualpräferenz
- F 66 psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
 - F 66.0 sexuelle Reifungskrise
 - F 66.1 ichdystone Sexualorientierung
 - F 66.2 sexuelle Beziehungsstörung
- F 68 sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - F 68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
 - F 68.1 artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)
- F 7 Intelligenzminderung**
 - F 70 leichte
 - F 71 mittelgradige
 - F 72 schwere
 - F 73 schwerste
- F 8 Entwicklungsstörungen**
 - F 80 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
 - F 80.0 Artikulationsstörung
 - F 80.1 expressive Sprachstörung
 - F 80.2 rezeptive Sprachstörung
 - F 80.3 erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
 - F 81 umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
 - F 81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
 - F 81.1 isolierte Rechtschreibstörung

- F 81.2 Rechenstörung
 - F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten
- F 82 umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
- F 83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F 84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen
 - F 84.0 frühkindlicher Autismus
 - F 84.1 atypischer Autismus
 - F 84.2 Rett-Syndrom
 - F 84.3 sonstige desintegrative Störung des Kindesalters
 - F 84.4 überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien
 - F 84.5 Asperger-Syndrom
- F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
- F 90 hyperkinetische Störungen
 - F 90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
 - F 90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F 91 Störung des Sozialverhaltens
 - F 91.0 auf den familiären Rahmen beschränkt
 - F 91.1 bei fehlenden sozialen Bindungen
 - F 91.2 bei vorhandenen sozialen Bindungen
 - F 91.3 mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten
- F 92 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 93 emotionale Störungen des Kindesalters
 - F 93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
 - F 93.1 phobische Störung des Kindesalters
 - F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
 - F 93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
- F 94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - F 94.0 elektiver Mutismus
 - F 94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
 - F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
- F 95 Ticstörungen
 - F 95.0 vorübergehende Ticstörung
 - F 95.1 chronische motorische oder vokale Ticstörung
 - F 95.2 kombinierte, vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)

- F 98 sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - F 98.0 Enuresis
 - F 98.1 Enkopresis
 - F 98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter
 - F 98.3 Pica im Kindesalter
 - F 98.4 stereotype Bewegungsstörung
 - F 98.5 Stottern (Stammeln)
 - F 98.6 Poltern
- F 99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung

Anhang B: Auswahl psychologischer Testverfahren*

Die hier vorgenommene Auswahl umfasst gängige Testverfahren, die auch oder besonders in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie zur Anwendung kommen können; Einzelheiten sind einschlägigen Fachbüchern zu entnehmen.

1. Tests zur Erfassung der allgemeinen Leistungsfähigkeit

HAWIE-R (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision, 1991): Dieser Intelligenztest setzt sich aus 11 Untertests zusammen.

Der Test misst u. a. sprachliche Intelligenzleistungen wie Wortschatz, allgemeines Wissen und Verständnis, außerdem Rechenfähigkeit, Merkfähigkeit, Abstraktion, psychomotorische Geschwindigkeit sowie synthetische und analytische Fähigkeiten. Er ist zur Anwendung geeignet für normale und für klinische Probanden im Altersbereich zwischen 16 und 74 Jahren.

Literatur:

Tewes U (Hrsg) (1991) Hamburg – Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene – Revision 1991. Huber, Bern

IST-70 (Intelligenz-Struktur-Test); IST 2000 R (Revision): Intelligenztest, der sich aus 9 Untertests zusammensetzt. Das Verfahren zielt ab auf die Erfassung der intellektuellen Struktur. Der IST 2000 R misst die Merkmale verbale, figurativ-räumliche und rechnerische Intelligenz, Merkfähigkeit, schlussfolgern-des Denken und Wissen.

Besonders geeignet für Berufsberatung, Bildungsberatung und Eignungsdiagnostik. Altersbereich: 12 bis 60 Jahre.

Literatur:

Amthauer R (1973) IST-70 Intelligenz-Struktur-Test. Hogrefe, Göttingen

Amthauer R, Brocke B, Liepmann D, Beaudual A (2001) Intelligenzstruktur-Test 2000 R (IST 2000 R). Hogrefe, Göttingen

* Für Beratung bei der Auswahl psychologischer Testverfahren danken wir Frau PD Dipl.-Psych. Dr. U. Pauli-Pott, Abteilung Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.

2. Tests zur Erfassung von Leistungsausfällen bei Gehirnschädigungen (neuropsychologische Untersuchungsverfahren)

DCS (Diagnosticum für Cerebralschädigung): Dieser klinische Test kann bei der Klärung helfen, ob eine Hirnschädigung als mögliche Ursache von Störungen im Persönlichkeits- oder im Leistungsbereich in Frage kommt. Hauptfunktionen: Gestaltwahrnehmung, Gestaltsspeicherung (Gedächtnis, Merkfähigkeit), Gestaltreproduktion und Aufmerksamkeit/Konzentration. Geeignet im Altersbereich 6–77 Jahre; nicht anwendbar für Personen mit geringer Intelligenz; Bearbeitungsdauer 20–40 Minuten.

Literatur:

Weidlich S, Lamberti G (2001); DCS (Diagnosticum für Cerebralschädigung) nach F. Hillers, 4. erw. u. ergänzte Aufl. Huber, Bern

Benton-Test: Klinischer Test, der Störungen in der Leistungsfähigkeit der visuellen Merkfähigkeit misst. Aus dem Gedächtnis geometrische Figuren nachzeichnen! Mit ihm sind Hinweise auf Hirnverletzungen oder Hirnerkrankungen möglich. Durchführung ab 7 Jahren möglich; Bearbeitungsdauer 5–10 Minuten.

Literatur:

Benton AL (1996) Der Benton-Test. 7. Aufl. Dt. Bearbeitung von A. Benton Sivan und O. Spreen. Huber, Bern

TÜLUC (Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologische Untersuchungsreihe): Klinischer Test zur Differentialdiagnose neuropsychologischer Störungen.

Weitere Anwendungsgebiete: Therapieindikationen und Therapiekontrollen. Indiziert bei Patienten mit neuropsychischen Störungen, ohne definierten Altersbereich, zeitlich aufwändiges Testverfahren.

Literatur:

Hamster W, Langner W, Mayer K (1980) TÜLUC – Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologische Untersuchungsreihe. Beltz, Weinheim

Aachener Aphasietest (AAT): Standardisierter Aphasietest für eine deutschsprachige Population; Differenzierung von aphasischen Störungen; Untersuchungsdauer 60–90 Minuten, einsetzbar ab 14 Jahren.

Literatur:

Huber W, Poeck K, Weniger D, Willmes K (1982) Der Aachener Aphasietest. Hogrefe, Göttingen

3. Tests zur Erfassung eng umschriebener Aspekte der geistigen Leistungsfähigkeit

KLT-R (Konzentrations-Leistungs-Test Revidierte Fassung): Allgemeiner Leistungstest, insbesondere zur Messung der Konzentrationsfähigkeit bei Langzeitanspannung, anwendbar ab dem 4. Schuljahr. Bearbeitungsdauer ca. 30 Minuten.

Literatur:

Düker H und Lienert G.A. (2001) KLT-R – Konzentrations-Leistungs-Test. Hogrefe, Göttingen

D 2 (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test): Allgemeiner Leistungstest mit Schwerpunkt auf der Messung von Aufmerksamkeit und Konzentration bei Kurzzeitanspannung. Gemessen wird die Schnelligkeit und Genauigkeit der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize. Anwendungsbereich u. a. in der Klinischen Psychologie, der Schulpsychologie und der Psychopharmakologie. Altersbereich 9 bis 60 Jahre, Bearbeitungsdauer ca. 8 Minuten.

Literatur:

Brickenkamp R (2002) Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, 9. überarbeitete und neu normierte Aufl. Hogrefe, Göttingen

4. Allgemeine Persönlichkeitsinventare

BIV (Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen): Klinischer Test, der objektive und standardisierte Informationen über die Biographie, Umweltsituation und den psychischen Ist-Zustand eines Probanden ermittelt. Der Test besteht aus 8 Subskalen. Anwendungsbereich: Klinik, Eheberatung, Rehabilitation. Altersbereich: Erwachsene (ab 18 Jahren).

Literatur:

Jaeger S, Lischer B, Münster B, Ritz B (1976) BIV – Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen. Hogrefe, Göttingen

GT (Gießen-Test): Verfahren zur Erfassung von Selbst-, Fremd- und Idealbildern. Der GT erfasst, welche Merkmale eine Person sich selbst (Selbstbild) oder einer anderen Person (Fremdbild) zuschreibt. Hierdurch ergibt sich einerseits ein Bezug zu Rollen- und andererseits zu Selbstkonzepttheorien, zumal reales und ideales Selbstbild verglichen werden können. Die Items des Fragebogens sind zu den folgenden sechs Skalen zusammengefasst: Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung, Durchlässigkeit, soziale Potenz. Der GT weicht von üblichen Persönlichkeitsfragebogen ab, da vom Ansatz her psycho-

analytische und sozialpsychologische Gesichtspunkte eingegangen sind. Altersbereich: ab 18 Jahren.

Literatur:

Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1991) Gießen-Test. Huber, Bern

Rorschach-Test: Form-Deutungsverfahren, bestehend aus zehn Untertests, d. h. aus zehn Bildvorlagen mit zufällig entstandenen, nach bestimmten Kriterien sorgfältig ausgesuchten symmetrischen Klecksgebilden, deren Sinn unbestimmt und vieldeutig ist. Aus der Deutung der vorgegebenen Klecksbilder durch den/die Probanden/in wird auf die Persönlichkeitsstruktur und -dynamik geschlossen. Es handelt sich somit beim Rorschach-Test um eine projektive Technik, d. h. eigene Gedanken und Emotionen werden in das Anreizmaterial projiziert. Der Test ist ein sehr bekanntes psychologisches Verfahren und findet Anwendung insbesondere bei klinischen Fragestellungen. Altersbereich: keine genauen Angaben.

Literatur:

Rorschach H (1962) Rorschach-Test. Huber, Bern

FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar Revision): Persönlichkeits-Struktur-Test; die revidierte Form (FPI-R) erfasst folgende Persönlichkeitsdimensionen: Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gemüthlichkeit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen, Offenheit. Anwendungsbereich: vergleichende Beschreibung von Individuen und Kollektiven im normalgesunden und klinischen Bereich. Altersbereich: ab 16 Jahre.

Literatur:

Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (2001) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), 7. überarb. u. neu normierte Aufl. Hogrefe, Göttingen

MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory): Klinischer Test zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und psychischer Auffälligkeit. Die 566 Items beziehen sich auf psychopathologische, psychosomatische und sozialpsychologische Inhalte. Mit Hilfe des MMPI sollen alle wesentlichen Persönlichkeitsbereiche eines Probanden erfasst werden. Eine Kurzform mit 221 Items liegt vor. Altersbereich: ab 18 Jahren.

Literatur:

Spren O (1963) MMPI-Saarbrücken, dt. Version. Huber, Bern

Gehring A, Blaser P (1993) MMPI, dt. Kurzform für Handauswertung. Huber, Bern
 Hathaway SR, McKinley JCM, dt. Bearb. von Engel R (2000) Minnesota-Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2). Huber, Bern

TAT (Thematischer Apperzeptionstest): Verbal thematisches Verfahren, bestehend aus 31 Bildtafeln mit Abbildungen größtenteils menschlicher Figuren in unterschiedlichen Situationen. Die Probanden werden aufgefordert, zu den Abbildungen Geschichten zu erzählen. Hieraus wird auf die Persönlichkeitsstruktur des Probanden geschlossen. Der TAT kann als Explorationsmittel dienen, um die innere Problematik eines Probanden zu erhellen. Anwendungsbereiche: Klinische Psychologie, Psychotherapie, psychologische Beratung. Altersbereich: Erwachsene.

Literatur:

Revers WS (1973) Der thematische Apperzeptionstest. Huber, Bern
 Murray HA (1991) Thematischer Apperzeptionstest (TAT), 3. Aufl. Harvard Univ. Press, Cambridge Mass.

NEO-FFI (Neo-Fünf-Faktoren Inventar) nach Costa und McCrae: Persönlichkeitstest zur Erfassung fünf allgemeiner Persönlichkeitsfaktoren:

Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit. – Einsatzbereich: Erwachsene.

Literatur:

Borkenau P, Ostendorf F (1993): Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Hogrefe, Göttingen.

5. Tests zur Erfassung spezieller Persönlichkeitsbereiche

PFT (Rosenzweig Picture Frustration Test): Projektives Verfahren mit dem Ziel, Verhalten in belastenden Alltagssituationen zu erkunden. Die Testhefte enthalten Zeichnungen, bei denen es hauptsächlich um zwei Personen in verteilenden Situationen geht. Das Verfahren geht dabei von der Annahme einer Identifikation des Probanden mit der jeweils frustrierten Person aus. Angenommen wird, dass es sich bei den Antworten des Probanden um Projektionen eigener Einstellungen und Haltungen handelt. Die Antworten liefern Aufschluss über die Reaktionsart und über die Richtung der durch die Frustration bedingten Aggressionen. Altersbereich: 7 bis 14 Jahre (Form für Kinder), 14–85 Jahre (Form für Erwachsene).

Literatur:

Rauchfleisch U (1993) Handbuch zum Rosenzweig Picture Frustration Test (PFT), Bd 2, Huber, Bern

HAMD (Hamilton-Depression-Scale): Fremdbeurteilungsskalen zur Erfassung depressiver Symptomatik.

Literatur:

CIPS (Collegium Internationale Psychiatricae Salarum) (Hg) (1996) Internationale Skalen für Psychiatrie, 4. überarb. u. erw. Aufl. Beltz, Weinheim.

BDI (Becks Depression Inventory): Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Schweregrades depressiver Symptomatik in 21 Bereichen. Der Test wurde ursprünglich entwickelt für die klinische Anwendung bei psychiatrischen Patienten. Anwendungen sind aber auch in medizinischen und sozialpsychologischen Bereichen möglich. Altersbereich: ab 16 Jahre.

Literatur:

Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1995) Das Beck Depressions-Inventar (BDI), 2. überarb. Aufl. Huber, Bern.

STAI (State-Trait-Angstinventar): Der STAI besteht aus 2 Skalen, die Ängstlichkeit als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal und Angst als vorübergehenden emotionalen Zustand getrennt erfassen sollen. Bei wiederholter Anwendung der Zustandsskala können situativ oder zeitlich bedingte Zustandsänderungen in Bezug auf Angst kontrolliert werden. Eignung für klinische aber auch nichtklinische Gruppen. Altersbereich: ab 15 Jahre.

Literatur:

Laux L, Glanzmann P, Schaffer P, Spielberger CD (1981) Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Beltz, Weinheim

PD-S (Paranoid-Depressivitäts-Skala): Klinischer Test zur Erfassung des Ausmaßes subjektiver Beeinträchtigung durch emotionelle Reduktion vom Typ ängstlich-depressiver Gestimmtheit. Mit der Skala werden psychisch erlebte Störungen erfasst, wie sie insbesondere bei psychiatrisch Kranken einschließlich der Psychotiker vorkommen. Altersbereich: 20 bis 64 Jahre.

Literatur:

Zerssen D v (1976) Paranoid-Depressivitäts-Skala und Depressivitätsskala (PD-S, D-S). Beltz, Weinheim

6. Tests zur Erfassung von Befindlichkeit und Stimmung

Bf-S (Befindlichkeits-Skala): Die Skala ist Teil der klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S). Sie dient zur Erfassung der momentanen subjektiven

Befindlichkeit des Probanden. Die Skala umfasst 28 Items (Gegensatzpaare). Den Hauptanwendungsbereich bilden psychopathologische Fragestellungen, aber auch Fragestellungen, die die Veränderung der Befindlichkeit unter verschiedenen Bedingungen (z. B. Psychotherapie) betreffen. Altersbereich: 20 bis 64 Jahre.

Literatur:

Zerssen D v, Koeller DM (1976) Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Beltz, Weinheim

EWL (Eigenschaftswörterliste): Die EWL ist ein mehrdimensionales Verfahren zur Erfassung der aktuellen Befindlichkeit. Es werden insges. 15 Befindlichkeitsaspekte unterschieden. Die Probanden geben Selbstbeschreibungen ihres augenblicklichen Zustands, indem sie die in der Liste zusammengestellten Eigenschaftsbegriffe daraufhin beurteilen, ob sie auf ihre gegenwärtige Stimmungslage zutreffen oder nicht zutreffen. Anwendung: Forschung, Therapiekontrolle, Verlaufsanalysen. Altersbereich: ab ca. 16 Jahre

Literatur:

Janke W, Debus G (1978) Die Eigenschaftswörterliste (EWL). Hogrefe, Göttingen

KUSTA (Kurzskala Stimmung/Aktivierung): Die KUSTA ist ein Befindlichkeitstest für depressive Patienten, bestehend aus 10 Fragen, die an jedem Abend beantwortet werden sollen, sowie Angaben zur Person. Besondere Merkmale der KUSTA: Möglichkeit zur klinischen Überprüfung der Wirkung von Antidepressiva, Überprüfung psychotherapeutischer Interventionen, Möglichkeiten zur Erfassung chronobiologischer Phänomene, Indikator für die Suizidgefährdung. Altersbereich: keine Angaben.

Die KUSTA ist aufgrund ihrer leichten Verständlichkeit für einen weiten Probandenkreis geeignet (auch für Patienten mit niedrigem IQ und/oder motorischer Hemmung).

Literatur:

Binz U, Wendt G (1986) Kurz-Skala Stimmung/Aktivierung (KUSTA), 2. Aufl. Weinheim, Beltz

7. Beschwerden-Listen

B-L (Beschwerden-Liste): Die B-L dient zur quantitativen Abschätzung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch körperliche und allgemeine Beschwerden. Sie ist anwendbar in Längs- und Querschnittsuntersuchungen bei einzelnen Probanden und Gruppen. Altersbereich: 20 bis 64 Jahre.

Literatur:

Zerssen D von (1976) Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). Die Beschwerden-Liste. Beltz, Weinheim

GBB (Gießener Beschwerdebogen): Beschwerdebogen zur Erfassung subjektiver Körperbeschwerden, differenziert nach verschiedenen Beschwerdebereichen (z. B. Magen/Darm, Herz/Kreislauf). Selbstbeurteilungsbogen mit 4 Skalen. Altersbereich: ab 16 Jahren.

Literatur:

Brähler E, Scheer JW (1993) Der Gießener Beschwerdebogen (GBB) 2. Aufl. Huber, Bern

8. Diagnostik von Interaktionen und Beziehungen

SOZU-K-22 (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung, Kurzform): Fragebogen zur Erhebung des sozialen Netzwerkes und der sozialen Unterstützung. Skaleninhalte: wahrgenommene emotionale und instrumentelle Unterstützung, soziale Integration, Bewertung (benötigtes Ausmaß an Unterstützung, Zufriedenheit).

Literatur:

Fydrich Th, Sommer G, Menzel U, Höll B (1987) Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22) Zeitschr Klin Psychol 16: 434–436

SONET (Standardisiertes Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung): Standardisiertes Interview zur Selbstbeurteilung. Die Fragen werden vom Probanden zusammen mit dem Interviewer bearbeitet. Gemessen werden soziale Beziehungen eines Menschen, das soziale Netzwerk, die wahrgenommene soziale Unterstützung, die vorhandenen Ressourcen im sozialen Stützsystem. Die Skalen erfassen: Kontaktbereich, Bereich emotional wichtiger Bezugspersonen, Bereich problematischer Bezugspersonen, Bereich zusätzlicher Beziehungen, soziale Integration, wahrgenommene soziale Unterstützung, Merkmale der Interaktionsstruktur, Bewertung.

Literatur:

Baumann U, Laireiter A, Pfingstmann G, Schwarzenbacher K (1987) Fragebogen zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET) Zeitschr Klin Psychol 16: 429–431

Reisenzein E, Baumann U, Laireiter A, Pfingstmann G, Schwarzenbacher K (1989) Interviewleitfaden »SONET« zur Erfassung von sozialem Netzwerk und sozialer Unterstützung. In: D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug, E. Kopp (Hg) Gesundheitspsychologie, S. Roderer, Regensburg, S. 225–232

GT für Paare (Gießen-Test für Paare): Anwendung des Gießen-Tests auf Paare. Erfasst werden Beziehungsstrukturen und deren Störungen von Paaren, wobei Selbst- und Partnerbeurteilung jeweils in Beziehung gesetzt werden.

Literatur:

- Beckmann D, Maack N (1978) Zum Problem der Personenwahrnehmung – Interaktionsdiagnostik bei Ehepaaren mit dem Gießen-Test. *Med Psychol* 4: 114–129
- Beckmann D (1993) Eine Landkarte der Paarbeziehungen im Gießen-Test. In: *Psychother Psychosom med Psychol* 43/9/10: 364–369
- Beckmann D (1994) Macht, Status und Valenz bei gesunden und kranken Partnern. In: *Psychother Psychosom med Psychol* 44/8: 253–259

FPD (Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik): Die FPD umfassen drei Instrumente: Den PFB (Partnerschaftsfragebogen) mit den Unterskalen ›Streitverhalten‹, ›Zärtlichkeit‹ und ›Gemeinsamkeit/Kommunikation‹ zur Diagnose der Qualität der Partnerschaft, die PL (Problemliste) zur Erfassung spezifischer Konflikte und den FLP (Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft) zur Anamneseerhebung. Altersbereich: 18–65 Jahre.

Literatur:

- Hahlweg K (1996) Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Hogrefe, Göttingen

9. Spezielle klinische Tests

MALT (Münchener Alkoholismustest): Kombiniertes Selbst- und Fremdbeurteilungs-Fragebogen zur Ermittlung von Alkoholismussymptomen auf Verhaltens- und physiologischer Ebene, die möglicherweise auf chronischen Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

Keine spezifischen Altersangaben.

Literatur:

- Feuerlein W, Ringer C, Küfner H, Antons K (1999) Münchener Alkoholismustest MALT, 2. Aufl. Beltz, Weinheim

Anhang C: Weiterführende Literatur

In der folgenden Liste psychiatrischer und psychotherapeutischer Fachliteratur ist aus der Vielfalt des Angebots eine Auswahl getroffen. Damit soll das weite Feld der theoretischen und praktischen Psychiatrie erfasst werden, um dem Studenten Hinweise und dem in Weiterbildung Befindlichen eine Anleitung zu geben.

Einerseits können aus der angeführten Literatur die erforderlichen theoretischen Kenntnisse erworben werden; andererseits bietet die Liste die Möglichkeit, das Wissen aus der praktischen Arbeit zu vertiefen und bei weiterführenden Fragestellungen auch speziellere Literatur zu finden. Will man sich über einen besonderen Bereich orientieren, so lohnt es sich, im Handbuch „Psychiatrie der Gegenwart“ nachzusehen. Fast zu allen Gebieten findet man hier Übersichten; so sind bspw. die entsprechenden Artikel zu den Bereichen der körperlich begründbaren psychischen Störungen oder zur Gerontopsychiatrie hier nicht noch einmal gesondert aufgeführt. Wir haben darauf geachtet, nur deutschsprachige Bücher zu nennen, die gegenwärtig über Buchhandlungen bezogen werden können. Es sei aber auf ausgezeichnete englischsprachige Lehrbücher, wie z. B. das Oxford Textbook of Psychiatry, ausdrücklich hingewiesen.

Lehrbücher

- Bleuler E (1983) Lehrbuch der Psychiatrie, 15. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Berger M (1999) Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München
- Dörner K, Plog U (1996) Irren ist menschlich, 5. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Rehbürg-Loecum
- Ebert D (1995) Psychiatrie systematisch, 1. Aufl. UNI-MED, Lorch
- Faust V (1995) Psychiatrie: ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart
- Freyberger H, Stieglitz RD (1996) Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie, 10. Aufl. Karger, Basel
- Gaebel W, Müller-Spahn (2002) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen, Kohlhammer, Stuttgart
- Gastpar MT, Kasper S, Linden M (1996) Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl. Springer, Wien
- Huber G (1999) Psychiatrie, 6. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Machleidt W, Bauer M, Lamprecht F, Rose KH, Rohde-Dachser C (1999) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Möller HJ, Laux G, Deister A (1996) Psychiatrie. Hippokrates, Stuttgart
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (2000) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Tölle R, Windgassen K (2006) Psychiatrie, 14. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Handbücher

- Freedman AM, Kaplan HI, Sadock B, Peters UH (1994) Psychiatrie in Praxis und Klinik. In 7 Bänden, Thieme, Stuttgart
- Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (1986–1989) Psychiatrie der Gegenwart, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (1999) Psychiatrie der Gegenwart. 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Wörterbücher

- Müller C (1986) Lexikon der Psychiatrie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Peters UH (1999) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

Grundlagen und Methoden, Untersuchungstechnik, Diagnostik

- Argelander H (1983) Das Erstinterview in der Psychotherapie, 2. Aufl. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Balint M (1991) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Fischer, Frankfurt
- Dilling H (1986) Das Psychiatrische Anamnesenmosaik. Nervenarzt 57: 374–377
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (2000) Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Aufl. Huber, Bern
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1994) Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. Huber, Bern
- Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (1999) Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern
- Dührssen A (1997) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, 4. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Freyberger HJ, Dilling H (1993) Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10. Huber, Bern
- Kendel RE (1978) Die Diagnose in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart
- Kind H (1997) Psychiatrische Untersuchung, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Reimer C (1994) Ärztliche Gesprächsführung, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg) (1994) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. 3. Aufl. Huber, Bern
- Sass H, Wittchen HU, Zaudig M (Hrsg) (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe, Göttingen Bern
- World Health Organization (1994) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) Band I – Systematisches Verzeichnis. Springer, Berlin Heidelberg New York

Psychopathologie

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg) (1995) Das AMDP-System, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Jaspers K (1973) Allgemeine Psychopathologie, 9. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Scharfetter C (1991) Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie, 13. Aufl. Thieme, Stuttgart

Psychologie/Neuropsychologie

- Arnold W, Eysenck HJ, Meili R (1991) Lexikon der Psychologie, 8. Aufl. Herder, Freiburg
- Beckmann D, Davies-Osterkamp S, Scheer JW (Hrsg) (1982) Medizinische Psychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hartje W, Poeck K (2002) Klinische Neuropsychologie. Thieme, Stuttgart
- Hautzinger M, Davison GC, Neale JM (Hrsg) (2002) Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, München
- Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“ (1984). Beltz, Weinheim
- Kolb B, Whishaw IQ (1996) Neuropsychologie. Spectrum, Heidelberg
- Schmielau F, Schmielau-Lugmayr M (1990) Lehrbuch der Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen
- Zimbardo PG (1999) Psychologie, 7. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Sozialpsychiatrie, Psychiatrische Epidemiologie, Verlaufsforschung, Kunst und Psychiatrie

- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975) Bundestagsdrucksache 7/4200 1975. Bonn
- Böker W, Häfner H (1973) Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart
- Fichter M (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Navratil L (1976) Schizophrenie und Sprache – Schizophrenie und Kunst. dtv, München
- Prinzhorn H (1922) Bildnerei der Geisteskranken. Springer, Berlin
- Rössler W, Salize HJ (1996) Die psychiatrische Versorgung chronisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen. Nomos, Baden-Baden
- Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Wing JK (1982) Sozialpsychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Psychotherapie

- Beck AT (1979) Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Pfeiffer, München

- Bowlby J (1991) Verlust, Trauer und Depression. 3. Aufl. Fischer, Frankfurt
- Ermann M (2004) Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Fiedler P (1994) Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto
- Margraf J (2000) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2 Bde., 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Meermann R, Vandereycken W (1996) Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart
- Mentzos S (2006) Neurotische Konfliktverarbeitung, 19. Aufl. Fischer, Frankfurt
- Mertens W (1990–1992) Einführung in die psychoanalytische Therapie (3 Bände). Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (2000) Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Reimer C, Rüger U (2006) Psychodynamische Psychotherapien – Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Riemann F (2004) Grundformen der Angst, 36. Aufl. Reinhardt, München Basel
- Sulz SKD (1987) Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie. Thieme, Stuttgart
- Schultz JH (1988) Das autogene Training, 18. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Strupp H, Binder JL (1993) Kurzpsychotherapie, 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thomä H, Kächele H (1996) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie (2 Bände). 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Biologische Psychiatrie, Pharmakotherapie

- Andreasen NC (2002) Brave New Brain. Geist, Gehirn, Genom. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Benkert O, Hippus H (2003) Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Förstl H (Hrsg) (2000) Klinische Neuro-Psychiatrie. Thieme, Stuttgart
- Müller-Oerlinghausen B, Greil W, Berghöfer A (Hrsg) (1997) Die Lithium-Therapie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schou M (1996) Lithium-Behandlung der manisch-depressiven Krankheit. 4. Aufl. Thieme, Stuttgart

Psychiatrische Pflege

- Diefenbacher A, Volz HP, Vogelsang T, Teckhaus P (1998) Psychiatrie in der Krankenpflegeausbildung. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Haupt WF, Jocheim KA, Remschmidt H (2002) Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe, 9. Aufl. Thieme, Stuttgart

Forensische Psychiatrie

- Baeyer v W, Häfner H, Kisker KP (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg New York
- Nedopil N (2002) Forensische Psychiatrie. Thieme, Stuttgart
- Rasch W (1998) Forensische Psychiatrie, 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Venzlaff U, Foerster K (2000) Psychiatrische Begutachtung. 2. Aufl. Fischer, Stuttgart

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Flavell JH (1979) Kognitive Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M (2000) Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch, 2. Aufl. UNI-MED, Bremen Lorch
- Oerter R, Montada L (2002) Entwicklungspsychologie, 3. Aufl. Urban & Fischer, München
- Remschmidt H (2000) Kinder- und Jugendpsychiatrie, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Steinhausen H-C (2000) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl. Urban & Fischer, München

Geschichte der Psychiatrie, Psychiatrische Ethik

- Ackerknecht EH (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie, 3. Aufl. Enke, Stuttgart
- Dilling H (1989) Ethische Überlegungen in der Psychiatrie. In: v. Engelhardt D (Hrsg) Ethik im Alltag der Medizin. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Helmchen H (1986) Ethische Fragen in der Psychiatrie. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl., S 309–368. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Pauleikoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit (2 Bände). Pressler, Hürtgenwald
- Reimer C (2006) Ethik der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E Psychotherapie, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Spezielle Krankheitslehre

Neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen

- Hoffmann SO, Hochapfel G (2004) Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, 7. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Kernberg OF (1983) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Suhrkamp, Frankfurt
- Kernberg OF (1996) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien, 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Klußmann R (2000) Psychotherapie, Psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Neurosenlehre, Psychosomatische Grundversorgung, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rohde-Dachser C (2004) Das Borderline-Syndrom, 7. Aufl. Huber, Bern

Psychosomatik

- Bräutigam W, Christian P, v Rad M (1997) Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart

- Fritzsche K, Wirsching M (2006) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Springer, Heidelberg
- Klußmann R (2002) Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Uexküll T von (Hrsg) (2003) Psychosomatische Medizin, 6. Aufl. Urban & Fischer, München

Konsiliariopsychiatrie

- Arolt V (1997) Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Arolt V, Diefenbacher A (2003) Psychiatrie in der klinischen Medizin. Steinkopff, Darmstadt
- Saube R, Diefenbacher A (1996) Praktische Konsiliariopsychiatrie. Thieme, Stuttgart

Sucht

- Edwards G (1986) Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe. Beltz, Weinheim
- Feuerlein W, Küfner H, Soyka M (1998) Alkoholismus. Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (1999) Lehrbuch der Suchterkrankungen, Thieme, Stuttgart
- Täschner KL (2002) Rauschmittel. Drogen, Medikamente, Alkohol. Thieme, Stuttgart

Sexualstörungen

- Arentewicz G, Schmidt G (1986) Sexuell gestörte Beziehungen, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Bräutigam W (1989) Sexualmedizin im Grundriß, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Kockott G (Hrsg) (1977) Sexuelle Störungen. Urban & Schwarzenberg, München
- Sigusch V (Hrsg) (2001) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 3. Aufl. Thieme, Stuttgart

Suizidalität und Krisenintervention

- Bronisch Th (2002) Der Suizid: Ursachen – Warnsignale – Prävention, 4. Aufl. C.H.Beck, München
- Henseler H, Reimer C (Hrsg) (1981) Selbstmordgefährdung – zur Psychodynamik und Psychotherapie. Frommann-Holzboog, Stuttgart
- Rupp M (2002) Notfall Seele, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Sonneck, G (2001) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas, Wien
- Wolfslast, G, Schmidt KW (Hrsg) (2005) Suizid und Suizidversuch. C.H. Beck, München

Affektive Störungen

- Arieti S, Bemporad J (1983) Depression. Klett-Cotta, Stuttgart
- Marneros A (1999) Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen. Thieme, Stuttgart New York
- Tellenbach H (1983) Melancholie, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Weißbuch (2003) Bipolare Störungen in Deutschland. ConferencePoint, Hamburg (auch als Kurzversion)
- Wittchen HU (2002) Epidemiologie affektiver Störungen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd5, S. 357–372. Springer, Berlin Heidelberg New York

Schizophrenien, Wahnerkrankungen

- Arieti S (1990) Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, 2. Aufl. Piper, München
- Benedetti G (1991) Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie, 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Ciampi L (1992) Affektlogik, 3. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Conrad K (1992) Die beginnende Schizophrenie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Katschnig H (Hrsg) (1989) Die andere Seite der Schizophrenie, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Kretschmer E (1986) Der sensitive Beziehungswahn, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Süllwold L (1986) Schizophrenie, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Glossar

A

Abnormes Bedeutungserleben: Äußere Objekte, Situationen oder Verhaltensweisen gewinnen im Wahnsystem eine in unrealistischer Weise besondere, abnorme Bedeutung.

Abnormes Beziehungserleben: Der Betroffene bezieht äußere Objekte, Situationen oder Verhaltensweisen in unrealistischer, abnormer Weise auf sich selbst.

Affektarmut: Verarmung an lebendigen Gefühlen. Die Affektarmut kann subjektiv bestehen, indem der Betroffene ein Gefühl der Gefühllosigkeit beschreibt, also die Unfähigkeit emotional auf äußere oder innere Reize zu reagieren. Die Affektarmut kann jedoch im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen auch lebenslang als Gefühlskälte imponieren.

Affektmodulation: Neben der jeweiligen Auslenkung der Affekte in eine bestimmte Richtung (► Verstimmung) kann auch die Fähigkeit die Affekte situations- und erlebnisadäquat zu modulieren, beeinträchtigt sein, so z.B. in der *Affektstarre*, bei der die Modulationsfähigkeit vermindert ist. Im Gespräch wirkt der Patient durchgängig durch einen kaum noch zu beeinflussenden Affekt wie erstarrt. Bei der *Affektlabilität* liegt ein schneller, oft nicht nachvollziehbarer Stimmungswechsel vor. *Affektinkontinenz* beschreibt eine starke Affektauslenkung oft aus nichtig kleinem Anlass, wobei der Patient die Kontrolle über seinen Affekt nicht mehr aufrechterhalten kann.

Amnesie: Zeitlich oder inhaltlich begrenzte Gedächtnislücke. Bezogen auf ein traumatisches Ereignis können Amnesien sowohl retrograd also die Zeit vor dem Ereignis betreffend auftreten als auch andrograd, d. h. auf die Zeit nach dem Ereignis bezogen.

Antrieb: Antrieb ist eine nicht direkt beim Menschen beobachtbare Kategorie sondern leitet sich ab aus der Wahrnehmung der Lebendigkeit und Schwunghaftigkeit eines Menschen und der hieraus resultierenden Fähigkeit, Aufgaben mit der notwendigen Initiative und Energie zu erledigen. Bei der *Antriebsarmut* fällt aufgrund eines Mangels an Energie die Erledigung von Aufgaben schwer, die Betreffenden können sich nur gegen Widerstände zu etwas aufraffen und kämpfen bei der Erledigung üblicher Aufgaben mit ihrer Schwunglosigkeit. *Antriebssteigerung* beschreibt eine abnorme Zunahme von Initiative und Schwung.

Assoziative Lockerung: Das Denken ist von Assoziationen und weniger von logischer inhaltlicher Stringenz bestimmt.

B

Balint-Gruppe: Benannt nach ihrem Initiator, dem Psychoanalytiker Michael Balint. Ursprünglich Fallbesprechungsgruppe für Ärzte mit Psychotherapeut als Leiter. Insbesondere geeignet zur Darstellung und Lösung schwieriger Arzt-Patient-Beziehungen (»Problemfälle«). International etabliertes Instrument zur Qualitätssicherung in der der somatischen und psychologischen Medizin.

Bewusstseinsstörung: Beeinträchtigung des Bewusstseins. Quantitative Bewusstseinsstörung: Verminderung der Wachheit bzw. Vigilanz je nach Bewusstseinsgrad in folgender Reihenfolge: *Benommenheit* (leichte Dösigkeit, Verminderung der Ansprechbarkeit, Erschwerung des Denkens), *Somnolenz* (deutliche Benommenheit, Schläfrigkeit, Patient aber weckbar), *Sopor* (tiefe Schläfrigkeit, nur noch Weckfähigkeit bei starken Schmerzreizen) *Koma* (tiefe Bewusstlosigkeit, nur noch schwache oder keinerlei Reaktion mehr auf stärkste Schmerzreize). Es kann auch eine qualitative Bewusstseinsstörung vorliegen im Sinne einer *Bewusstseinsverschiebung* mit qualitativer Änderung des Bewusstseinsraums (z. B. bei Einnahme von Halluzinogenen) oder eine *Bewusstseinsengung* bei Einschränkung der Bewusstseinsbreite und Fokussierung auf wenige innere oder äußere Reize.

D

Denkstörungen: Das Denken kann informeller wie inhaltlicher Hinsicht gestört sein. Bei *formalen Denkstörungen* sind die typische Flüssigkeit des Denkens aber auch der inhaltliche Zusammenhang und die Fähigkeit, das Denken hierarchisch zu strukturieren und an Zielen auszurichten, gestört. Bei *inhaltlichen*

Denkstörungen ist das Denken durch pathologische Inhalte wie verschiedene Formen von Wahn beeinträchtigt. Formale Denkstörungen lassen sich oft nur aus dem Sprechen des Betroffenen erschließen, Denken und Sprechen sind aber zwei verschiedene Hirnleistungen, die nicht unbedingt miteinander assoziiert sein müssen.

Depersonalisation: Der Körper, Teile des Körpers oder auch das eigene Ich wird als unwirklich oder gar fremd erlebt.

Derealisation: Die Umgebung wird als unwirklich oder fremd erlebt.

E

Eifersuchtswahn: Der Betroffene erlebt sich als vom Partner mit einer/m anderen als partnerschaftlich/sexuell betrogen.

G

Gedankenabreißen: Die Gedanken sind plötzlich wie weggewischt und können nicht mehr hervorgerufen werden.

Gedankeneingebung: Gedanken werden von außen über die Ich-Grenze in das eigene Denken hineingegeben und als fremd und von außen gemacht erlebt.

Gedankenentzug: Erleben wie bei Gedankenabreißen jedoch werden die Gedanken von einer fremden Macht oder fremden Menschen aus dem Kopf abgezogen.

Gedankenausbreitung: Die eigenen Gedanken breiten sich über die Ich-Grenze auf andere Menschen aus, so dass diese diese Gedanken erfassen können oder entsprechend der Gedanken sogar gesteuert werden.

Gedankendrängen: Als übermächtig empfundenes Eindringen von Gedanken unterschiedlichen Sinngehalts

Größenwahn: Vermeintlicher Besitz großartiger Fähigkeiten, gegebenenfalls mit Selbstbewusstsein.

Grübeln. Andauernde gedankliche Fixierung auf immer wieder gleiche, häufig als quälend empfundene Denkinhalte.

H

Halluzination: Wahrnehmung eines Sinnesreizes ohne entsprechendes äußeres Objekt: akustisch Hören typischerweise von Stimmen oder Tönen bzw. Geräuschen ohne tatsächlich vorhandenen akustischen Reiz, optisch Sehen von äußeren Objekten ohne externen Stimulus. Geruch und Geschmack: Schmecken oder riechen meist unangenehmer Eindrücke ohne äußeren Anlass.

Hypochondrischer Wahn: Unkorrigierbare Überzeugung, an einer schweren und bedrohlichen Erkrankung zu leiden.

I

Ich-Störung: Beeinträchtigung der vom Gesunden üblicherweise empfundenen Grenze zwischen dem eigenen Ich und der Umwelt.

Ideenflucht: Ständiger Zustrom von neuen Ideen, die nicht systematisch weiter verfolgt werden können.

Inkohärenz: Der Zerfahrenheit ähnliche Denkstörung, bei der jedoch der inhaltliche Zusammenhang zwischen den einzelnen Fragmenten nicht mehr erahnt oder nach-

vollzogen werden kann. Der Ausdruck bezieht sich auf die Denkstörungen bei psychorganischen Störungen.

K

Katastrophisieren: Lebenssituationen oder Probleme werden in inadäquater Weise in dem Sinne empfunden als das jeweils der schlecht mögliche also katastrophale Fall angenommen und befürchtet wird.

Körperhalluzinationen: Wahrnehmungen von Tast- oder Schmerzeindrücken aber auch Wahrnehmung von veränderten inneren Organen oder anderen Leibgefühlen (z.B. sexuelle Stimulation).

Konfabulation: Aneinanderreihung von Denkinhalten, die oft nur assoziativ aufeinander bezogen sind und mit denen offenkundig mnestiche Lücken gefüllt werden.

L

Logorrhoe: Schwer zu bremsenden Rededrang und hierdurch übermäßiges und manchmal unerträglich vieles Reden.

M

Manieriertheit: Mimik und Gestik aber auch Handlungen wirken in eigenartiger Weise überspitzt, karrikaturenhaft, manchmal selbstverschoben oder verschnörkelt.

Merkfähigkeitsstörung: Störung des Kurzzeitgedächtnisses im Sinne einer Störung, sich Neues über eine Zeit von nur etwa 10 Minuten merken zu können.

Mutismus: Mutismus liegt vor, wenn ein an sich sprach- und sprechfähiger Patient stumm bleibt.

N

Neologismus: Wortneubildung

Neurose: Psychische Erkrankungsgruppe, bei der aufgrund unbewusster Konflikte und in Verbindung mit einer problematischen Gestaltung interpersonalen Beziehungen in Auslösesituationen bestimmte Symptome/ Syndrome (Ängste, Zwänge, Depression) hervorgerufen werden.

O

Orientierungsstörung: Störung der intuitiven oder bewussten Orientierung bezüglich der eigenen Person, der Situation des Raumes und der Zeit. Die Orientierung ist in der bezeichneten Weise hierarchisch aufgebaut, d.h. die zeitliche Orientierung wird z.B. im Rahmen psychoorganischer Syndrome als erstes, die personale Orientierung als letztes beeinträchtigt.

P

Paramnesie: Verfälschung einer Erinnerung

Pareidolie: Sinnestäuschung, in deren Rahmen ein tatsächlich existierendes Objekt mit einer zusätzlichen Phantasiewahrnehmung belebt wird (Buch in der nebligen Heide als Mann umgedeutet).

Perseveration: Sinnlose Wiederholung von Denkinhalten oder Worten

Phobie: Eine starke und beeinträchtigende Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten.

Psychische Erkrankung: Zustand/ Entwicklung, bei dem/der 1. die betreffende Person in erheblicher, manchmal quälender Weise unter psychischen Symptomen leidet und bei dem 2. die entsprechende Symptomatik deutlich in die Lebensführung der betroffenen Person eingreift. Zwischen definitiven psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit besteht eine breite Übergangszone. Synonym für den etwas unglücklichen Begriff »psychische Störung« (ICD 10).

Psychodynamische Psychotherapie: Große Gruppe von Behandlungsverfahren, die in ihrem theoretischen Hintergrund an der Psychoanalyse orientiert sind, aber in ihrem Behandlungssetting mehr oder weniger starke Abweichungen vorgenommen haben. Diese Verfahren haben eine außerordentlich große praktische Bedeutung. Meist sind sie aus der Notwendigkeit entwickelt worden, die Behandlungstechnik an die konkreten klinischen Erfordernisse anzupassen und damit auch Patienten behandeln zu können, die im klassischen psychoanalytischen Setting nicht behandelbar sind, oft auch durch ein solches Setting überfordert sind – oder bei denen eine so aufwendige Behandlung nicht nötig ist. Damit haben die psychodynamischen Psychotherapien eine sehr große Versorgungsrelevanz. Sie haben aber auch deshalb ihre besondere Bedeutung, weil psychodynamische Psychotherapien hinreichende und am heutigen Standard orientierte Wirksamkeitsnachweise vorlegen können – im Gegensatz zur in der Regel sehr viel aufwendigeren klassischen psychoanalytischen Behandlung.

Behandlungsziele: Überwiegend Bearbeitung einer aktuellen neurotischen Kon-

fliktsituation und der dazugehörigen Symptome unter Berücksichtigung biographischer Aspekte.

Technisches Vorgehen: Keine Förderung von Übertragung und Regression; Konzentration auf die Bearbeitung des aktuellen neurotischen Konflikts unter Beachtung/Bearbeitung der Beziehungskonstellation zwischen Patient und Therapeut; Übertragungsaspekte werden berücksichtigt und – besonders bei negativer Übertragung – auch angesprochen.

Behandlungsdauer: 50 bis max. 100 Stunden.

Psychopathologie: Die Psychopathologie ist die Lehre von Beschreibung und Verständnis des psychisch Krankhaften. Der möglichst präzisen Beschreibung dient die in der Psychiatrie gebräuchliche Fachsprache. Wie in der inneren Medizin oder der Neurologie dient sie der Beschreibung von Symptomen bzw. Syndromen als typischen Symptomkonstellationen.

Psychopathologischer Befund: Der psychopathologische Befund erfolgt in seiner Ordnung der medizinischen Befunderhebung und sollte sinnvoller Weise wie folgt gegliedert sein: allgemeiner Eindruck, Bewusstseinsstörungen, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Befürchtungen, Zwänge und Ängste, Störungen der Affektivität, Störungen des Antriebs, Einstellung und Erleben der eigenen Person.

Psychose: Sammelbegriff für schwere psychische Erkrankungen, die im Wesentlichen eine ausgeprägte Verzerrung der Realitätswahrnehmung und insbesondere Beeinträchtigung der Realitätskontrolle gemeinsam haben. So ist z. B. die psychotische ge-

genüber der nicht-psychotischen Depression im wesentlichen durch Wahnerleben charakterisiert, also z. B. durch ein unrealistisches, selbstevidentes (der Realitätskontrolle entzogenes) Empfinden, nicht wieder gut zu machender Schuld.

Psychosomatische Grundversorgung: Psychologische Basiskompetenz in der allgemeinärztlichen bzw. primär organmedizinischen Praxis i. S. einer allgemeinen Psychotherapie in der Primärversorgung. Indikation: Erkrankungen, bei denen seelische Faktoren maßgeblich beteiligt sind. Inhalte: ärztlich-psychotherapeutisches Gespräch; Beratung und Führung des Patienten; stützende Psychotherapie; ggf. Anwendung übender Verfahren wie z. B. Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation.

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist die psychosomatische Grundversorgung inzwischen Pflichtkurs für den »Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin« (Hausarzt) und für den Facharzt »Frauenheilkunde und Geburtshilfe«. Die Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung kann aber von allen Fachdisziplinen auf Fortbildungsveranstaltungen erworben werden.

R

Realitätsprüfung: Wesentliche Ich-Fähigkeit, die das Individuum in die Lage versetzt, die als real angenommenen Wahrnehmungen konkret zu überprüfen. So z. B. die Wahrnehmung einer Beobachtung durch einen Fremden durch Ansprechen des Betroffenen o. Ä. Die Realitätsprüfung (= Realitätskontrolle) ist meist im Rahmen von akuten psychotischen Erkrankungen (wie Schizophrenien) außer Kraft gesetzt und markiert die Grenze zur Psychose.

Realitätssinn: Spontanes Erfassen der Realität von Wahrnehmungen und Zusammenhängen. Der Realitätssinn kann auch bei gesunden Menschen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und insbesondere in emotional belastenden Situationen oder bei Neurosen gemindert sein.

S

Schuldwahn: Überzeugung sich einer schweren Verfehlung schuldig gemacht zu haben.

Selbstwertgefühl: Gefühl der Wertschätzung der eigenen Person. Das Selbstwertgefühl kann gesteigert sein (oft bei der Manie) aber auch herabgesetzt (z.B. bei der Depression). Bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen (narzisstische Persönlichkeitsstörung) ist das Selbstwertgefühl bewusst oder unbewusst dauerhaft erheblich gemindert. Vor Suizidhandlungen kann fast regelhaft ein Gefühl erheblich geminderten Selbstwertgefühls beobachtet werden.

Soziale Integration: Die Fähigkeit eines Menschen zur Eingebundenheit in soziale Beziehungen, also in Paar- und Familienbeziehungen sowie in das jeweilige Arbeits- und Berufsleben. Die soziale Integration wird durch schwerere psychische Erkrankungen häufig beeinträchtigt.

Steuerung: Das Denken, Fühlen, Wille und Handeln werden nicht mehr von dem Betroffenen selber sondern von außen gemacht oder eingegeben.

Suizidalität: Suizidgefährdung, muss in jedem Einzelfall getroffen werden und ist insbesondere dann anzunehmen, wenn neben Suizidgedanken Suizidpläne entwickelt werden, Methodenüberlegungen mit Todeswün-

schen verbunden werden, die emotionale und gedankliche Welt hochgradig auf diese Thematik eingeengt ist und der Betreffende dazu neigt, sich selber die Schuld an realem oder vermeintlichen Versagen zu geben. Bei Verdacht auf Suizidalität muss in jedem Fall ein Psychiater hinzugezogen werden.

Supportive Psychotherapie: Sammelbezeichnung für unterschiedliche Techniken und Vorgehensweisen, die zum Ziel haben, akute psychische Dekompensationen zu beheben bzw. zu mildern. Mit diesem Vorgehen werden nicht primär Einsicht und Erkenntnis gefördert bzw. Reifeschritte initiiert.

Ziel: Hilfestellung für Patienten bei aktuellen Problemen/Konflikten mittels Elementen von Beratung, Entlastung, Ermutigung und Stützung; Herstellung einer nicht überfordernden positiv getönten Beziehungsform. Besonders geeignet für Ichschwache Patienten, die aus diesen und anderen Gründen nicht kontinuierlich mit anderen therapeutischen Mitteln und Methoden behandelt werden können. Hilfreiches Vorgehen z.B. auch bei Patienten mit somatischen Erkrankungen und Bewältigungsproblemen dieser Erkrankungen.

Systematischer Wahn: Wahnwahrnehmungen und Wahngedanken ordnen sich nach und nach zu einem mehr oder weniger geschlossenen Erklärungssystem, das oft aufgrund täglicher und langfristiger zwanghafter Beschäftigung ausgestaltet und durchdacht und dabei pseudologisch begründet wirkt.

U

Umständlichkeit (des Denkens)

Übermäßig komplizierter und verzettelt wirkender Denkstil, bei dem der wesentliche Aspekt nicht klar hervortritt.

V

Verarmungswahn: Überzeugung nichts mehr zu besitzen (keine ausreichende Kleidung, keine materielle Sicherheit, keine finanziellen Mittel) und sich dementsprechend auch nichts leisten zu können (Krankenkasse trägt die Behandlung nicht).

Verfolgungswahn: Der Betroffene erlebt sich als Ziel von Verfolgung und Nachstellung.

Verhaltenstherapie: Unterschiedliche Methoden und Techniken, die sich aus der experimentellen Lernpsychologie herleiten. Ihnen gemeinsam ist eine naturwissenschaftlich-behavioristische Orientierung mit dem Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte Verhaltensweisen zu eliminieren. Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit sehr gut evaluierte Verfahren.

Verstimmung: Auslenkung des Affekts in eine bestimmte Richtung. Solche Richtungen können sein: *Euphorie* als übersteigertes Wohlbefinden, *Bedrücktheit* als herabgesetzter Affekt mit dem Gefühl der Niedergeschlagenheit, *Traurigkeit* als herabgesetzter Affekt mit dem Gefühl der Trauer sowie *Gereiztheit* mit deutlicher innerer Anspannung und Bereitschaft zu aggressiv getönten verbalen und Handlungsäußerungen.

W

Wahn: Falsche, jedoch unkorrigierbare Überzeugung, bei der das Bedürfnis nach Realitätskontrolle nicht mehr besteht und in deren Zentrum meist die eigene Person oder nahe Angehörige stehen.

Wahneinfall: Plötzlicher Einfall von wahnhaften Gedanken.

Wahnwahrnehmung: Auf äußere Objekte bezogene tatsächliche Sinneswahrnehmungen werden umgedeutet und im Sinne einer Wahnthematik interpretiert (Beobachtung durch Geheimdienste etc.).

Wahrnehmungsstörung: Störung der Sinneswahrnehmung, die verschiedene Qualitäten betreffen kann: Hören, Sehen, Körperempfinden, Geruch, Geschmack.

Z

Zerfahrenheit: Steigerung der assoziativen Lockerung. Der Gedankengang ist fragmentiert wobei assoziative Brücken noch errahnt werden können. Die Fragmentierung reicht manchmal bis hin zur vermeintlich sinnlosen Aneinanderreihung von Worten (»Wortsalat«). Der Ausdruck bezieht sich auf die bei Schizophrenen vorliegende Denkstörung.

Zwang: Der innere Zwang bestimmte Handlungen (Zwangshandlungen) ausführen zu müssen, wie z. B. Händewaschen. Durch das Ausführen der Zwangshandlungen (Rituale) wird die gleichzeitig bestehende Angst vermindert. Zwangsimpulse sind Impulse, die sich ständig gegen einen inneren Widerstand ins Bewusstsein drängen. Häufig betreffen diese Impulse gesellschaftlich sanktionierte Erlebnis- und Handlungsweisen wie z. B. Aggression, sexuelle Impulse und Ähnliches. Derartige Impulse werden als ich-fremd und angstauslösend erlebt.

Zwangsdanken, Zwangsgedanken: Das Zwangsdanken besteht aus sich wiederholenden und gegen den eigenen Willen aufdrängende Denkinhalte, die oft über lange Zeit bestehen bleiben und willentlich kaum beeinflusst werden können, obwohl sie als ich-fremd und nicht realitätsgerecht erlebt werden.

Sachverzeichnis

A

- Aachener Aphasietest (AAT) 421
- Abhängigkeit (► auch Sucht) 86
- Abhängigkeitserkrankung 321
- Abwehr, psychosoziale 181
- Abweichung, sexuelle 233
- Achtmonatsangst 269
- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) 70
- Adams-Stokes-Anfall 108
- ADHS, ► Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Adipositas 216
- Adoleszenz
 - Pubertätskrise 270
 - Reifungskrise 270
- Affekt 45
 - Affektarmut 436
 - Affektillusion 38
 - Affektinkontinenz 46
 - Affektkrampf 268
 - Affektlabilität 46, 436
 - Affektmodulation 436
 - Affektverflachung 46
- Affektivität 19, 45, 138, 143, 150
 - Störungen 45, 119
- Aggravation 373
- Aggression 424
- Aggressivität 179
- Agitiertheit 289
- Agoraphobie 184, 189
- Agrammatismus 257
- AIDS, ► Acquired Immune Deficiency Syndrome
- Akathisie 286
- Akinese 48
- Akoasmen 38, 122
- Albtraum 219
- Aldehydderivat 299, 300
- Algotpareunie 230
- Alibidimie 230, 286
- Alkohol
 - Abhängigkeit 388
 - Abusus/Missbrauch 113, 386
 - Delir 95, 107
 - Entzugsdelir 57
 - Halluzinose 95, 109, 110
 - Intoxikation 71
 - Unverträglichkeit 93
 - Verbrauch 89
- Alkoholholderivat 300
- Alkoholembryopathie 97, 254
- Alkoholepilepsie 97
- Alkoholismus 88
 - akute Intoxikationen 91
 - bei der Frau 88
 - chronischer 91
 - Delir 107, 108
 - Entwöhnung 97
 - Entzug 97
 - Formen 92
 - körperliche Erkrankung 91
 - Langzeit-Intensiv-Therapie 98
 - medikamentöse Behandlung 98
 - metalkoholische Psychosen 91
 - nach Jellinek 92
 - Phasen nach Jellinek 90
 - psychiatrische Krankheitsbilder 91
 - psychotherapeutische (stationäre) Behandlung 98
 - Stufenkonzept 98
 - Symptome 91
 - Therapie 97
- Alkoholpsychose 92
- Alkoholtoleranz 89
- Alprazolam 297

- Alzheimer-Erkrankung
 - Demenz 391
 - Gutachten 63
 - Mini-Mental-State-Examination 63
 - präsenile Demenz 74
 - Test-Untersuchungen 63
 - Uhrentest 63
- Ambivalenz 46
- Ambulanz 335
- Amenorrhoe 214
- Amfetaminil 301
- Amisulprid 285
- Amitriptylin 290, 300
- Amitriptylinoxid 290
- Amnesie 34, 436
 - transitorische globale 35
- Amok 407
- Amphetamin 103, 301
- Analgetikum 106
- Anamnese 10, 11, 308
 - Familienanamnese 12, 13
 - Fremdanamnese 24
 - psychiatrische 17
 - psychotherapeutisch psychosomatische 17
 - somatische 17
- Anamneseerhebung, tiefenpsychologische 307
- Anamnesemosaik 11, 12
- Anfall, psychomotorischer 73
- Anfallsleiden 73, 254
- Angehörigenarbeit 129
- Angst 46, 196, 198, 220, 359
 - Achtmonatsangst 269
 - episodisch paroxysmale 184, 238
 - Schulangst 261
- Angstanfall 183, 316
- Angstäquivalent 183
- Angstattacke 184
- Angstbewältigungstraining 314
- Angsterkrankung 157, 238, 304
- Angst-Glücks-Psychose 165, 172
- Angstneurose 183, 188, 189, 321
- Angststörung 183
 - im Kindesalter 269
- Angstsymptomatik 188
- Angstsyndrom 22
 - traumatogenes 390
- Angsttraum 219
- Angstzustand 269
- Anorexia nervosa 213
- Anorexie 157
 - asketische 214
 - bulimische 214
- Anpassungsstörung 195, 198, 199
 - Beeinträchtigung von anderen Gefühlen 196
 - mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten 196
 - Störung des Sozialverhaltens 196
- Anstaltspsychiatrie 404
- Anticraving 98
- Antidepressivum 140, 147, 150, 154, 156, 160, 164, 300, 301
 - Dosierung 288
 - Einteilung 288, 290
 - Gabe 288
 - Intoxikation 291
 - Komplikationen 291
 - Kontraindikationen 291
 - nichttrizyklische 290
 - pflanzliche 293
 - tetrazyklische 289
 - trizyklische 289, 290
 - Wechselwirkungen 291
- Antiepileptikum 154, 155, 296
- Antrieb 436
 - Antriebsarmut 436
 - Antriebshemmung 47, 143
 - Antriebsmangel 47, 289
 - Antriebsschwäche 47
 - Antriebssteigerung 47, 143, 51, 436
 - Antriebsstörung 190 29, 47, 138
- Apathie 46

Aphasie 33
 – motorische (Broca) 258
 – sensorische (Wernicke) 258
 Apokalyptik 125
 Apophänie 125
 Apperzeptionstest, thematischer (TAT) 424
 Appetitzüglerabusus 111
 Arbeitsgedächtnis ► auch Immediatgedächtnis) 35
 Arbeitsmedizin 347
 Arbeitstherapie 331
 Arbeitsunfähigkeit 384
 Argyll-Robertson-Phänomen 70
 Arztbrief, psychiatrischer 24
 Arzt-Patient-Beziehung 18, 132, 319, 322, 395
 Asozialitätssyndrom 271
 Assoziation, freie 309
 Asthma bronchiale 221
 Atomoxitin 243
 Atrophie 117
 – diffuse 65
 – kortikale 62
 Attacke, transitorisch-ischämische (TIA) 64
 Audimutitas 258
 Auffassungsstörung 28, 33
 Aufmerksamkeit 32
 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 33, 422
 Aufmerksamkeitsdefizit 245, 246
 – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 240, 301
 Aufmerksamkeitsstörung 28, 33
 Ausdauertraining 304
 Autismus 49, 179, 250, 265
 – frühkindlicher nach Kanner 264, 274
 Autoaggression 354
 Autosom 249, 252
 Aversionstherapie 315

B

Bagatellisierung 359
 Balbuties 256
 Balint-Gruppe 322, 323, 437
 Barbiturat 299
 – Alkoholtyp 105
 Basisdokumentation 25
 Battered-Child-Syndrom 270
 Becks Depression Inventory (BDI) 425
 Bedeutungserleben, abnormes 436
 Beeinflussungserlebnis 49
 Beeinträchtigung (handicap) 337
 Beeinträchtigungswahn 43
 – (prä)seniler 169
 Beeinträchtigungsidee 23
 Befindlichkeits-Skala (Bf-S) 425
 Befund 10
 – psychischer 18
 – psychopathologischer 440
 – somatischer 20
 Begleitsyndrom 188
 Begriffszerfall 41
 Behandlung, somatische 406
 Behandlungsinstitution 131
 Behandlungsmilieu 130
 Behandlungsziel 320
 Behinderung 337
 Belastungsreaktion, akute 194, 226
 Belastungsstörung, posttraumatische 195
 Benommenheit 30, 437
 Benperidol 284
 Benton-Test 421
 Benzamid 284
 Benzodiazepin 105, 128, 297, 298
 Benzodiazepinhypnotikum 299, 300
 Benzodiazepinrezeptoragonist 299
 Beobachtungswahn 151
 Berufsunfähigkeit 383
 Beschäftigungsdrang 47
 Beschäftigungstherapie 331
 Beschwerden-Liste 426

Bestrafung 315
 Betätigung, autoerotische 268
 Betreuung 374
 Betreuungsgesetz 381
 Betreuungsrecht 381
 Beurteilung 10
 Bewegungsstörung, dissoziative 192
 Bewegungstherapie 273
 – konzentrierte (KBT) 310, 327, 376
 Bewusstsein (► auch Vigilanz) 18, 29
 – Einengung 31, 194, 437
 – Eintrübung 31
 – Erweiterung 32
 – Minderung 30
 – reflektierendes 29
 – Senkung 317
 – Verschiebung 32, 137
 – zerstückeltes 31
 Störung 55, 166, 269, 437
 – – qualitative 28, 31
 – – quantitative 28, 30
 Beziehungserleben, abnormes 436
 Beziehungsgestaltung 340
 Beziehungsprozess 339
 Beziehungswahn 43
 – sensitiver 167, 168
 Bf-S, ► Befindlichkeits-Skala
 Binge-Eating-Störung 216
 Bilanzsuizid 146
 Bilderleben, katathymes 312
 Binet-Simon-Test 251
 Biographisches Inventar zur Diagnose
 von Verhaltensstörungen (BIV) 422
 Bipolar-I-Störung 141, 153, 160
 Bipolar-II-Störung 153, 162
 Bisexualität 231
 BIV, ► Biographisches Inventar zur
 Diagnose von Verhaltensstörungen
 Body Mass Index (BMI) 213
 Borderline-Persönlichkeitsstörung 181,
 208, 242, 264, 313
 Brandstiftung, pathologische 388
 Broca-Formel 213
 Bromazepam 297

Bulimia nervosa (► auch Ess-Brech-
 Sucht) 215, 224
 Bulimie 157
 Buspiron 297
 Butyrophenon 128, 284, 300
 Butyrophenonderivat 127
 – niedrigpotente 301

C

Cannabis 101
 Capgras-Syndrom 38
 Carbamazepin 78, 93, 165, 293, 296
 Catecholamin-O-Methyltransferase-
 Gen 140
 Charakterneurose 202, 206, 207
 – depressive 187
 – hysterische 187
 – schizoide 187
 – zwanghafte 187
 Charakterpanzer 187
 Chloralhydrat 300
 Chlordiazepoxid 290, 297
 Chlorpromazin 283, 284, 300
 Chorea
 – Huntington 65, 78
 – – hirnorganisches 80
 – gravidarum 66
 – minor 66
 Choreophrenie 66
 CIDI, ► Composite International
 Diagnostic Interview
 Citalopram 290
 Clobazam 297
 Clomipramin 290
 Clozapin 155, 285
 clumsiness 117
 Commotio cerebri 72
 Composite International Diagnostic
 Interview (CIDI) 24
 Compressio cerebri 72

Contusio cerebri
 – Begutachtung 72
 Coping-Mechanismus 222
 Corpus hippocraticum 402
 Cortisolsekretion 214
 Cotard-Syndrom (► auch Wahn, nihilistischer) 43, 144
 Cri-du-chat-Syndrom 252

D

Dämmerattacke 73
 Dämmerzustand 22, 57
 – hysterischer 32
 Darmerkrankung, chronisch entzündliche 221
 Daten, soziodemographische 11
 Datenschutz 25
 Daumenlutschen 268
 DCS, ► Diagnosticum für Cerebralschädigung
 Debität 50
 Degeneration, hepatolentikuläre 68
 Deja-vu 34
 Delinquenz 271
 Delir 56
 – bei chronischem Alkoholismus 107
 Delirium
 – acutum 129
 – tremens 87
 – – Prodromi 94
 – – Vollbild 94
 Dementia
 – praecox 126, 405
 – infantilis 265
 Demenz 60, 144
 – bei zerebrovaskulärer Erkrankung 64
 – präsenile 74
 – senile 75
 – subkortikal lokalisierte 64
 – vaskuläre 61, 75
 – vom Alzheimer Typus 74
 Demyelinisierung 64
 Denken 39
 – Begriffsverschiebung 40
 – Hemmung 40
 – ideenflüchtiges 41
 – Perseveration 40
 – Sperrung 40
 – sprunghaftes 41
 – Umständlichkeit 40
 – Verlangsamung 40
 – Vorbeireden 40
 – Zerfahrenheit 41
 Denkhemmung 23, 143
 Denkstörung 19, 122
 – formale 29, 40, 119, 437
 – inhaltliche 29, 41, 437
 – körperbezogene 45
 Depersonalisation 209, 437
 Depersonalisationssyndrom, neurotisches 188
 Depotneuroleptikum 128
 Depravationssyndrom 298
 Depression 164, 209, 220, 269, 301, 325
 – agitierte 143
 – anaklitische 266
 – atypische 144, 145, 150
 – Erschöpfungsdepression 146
 – gehemmte 143
 – im Senium 146
 – Involutionsdepression 146
 – kognitive Triade nach Beck 316
 – majore 138
 – melancholische 139, 145
 – monopolar endogene 362
 – neurotische 150, 188, 190
 – postpartale 146
 – Psychotherapie 147
 – psychotische 145
 – saisonale 145
 – schwere 167
 – somatische Therapie 147
 – somatisierte (larvierte) 146

- Depression
 - spezielle Behandlungsmethoden 148
 - unipolare 139
 - wahnhaft 394
- Depressivität 46, 170, 197
- Deprivation, psychische 266
- Derealisation 49, 437
- Dermatozoenwahn 169
- Desensibilisierung, systematische 314
- Desipramin 290
- Desorientiertheit 194
- Deviation 233
 - aggressive 234
- Dexamethason-Hemmtest 140
- Dhat 407
- Diagnose 10, 20
 - klassische Einteilung 21
- Diagnosensystem (▶ auch Klassifikationssystem) 21
- Diagnosticum für Cerebralschädigung (DCS) 421
- Diagnostik
 - Beziehungen 427
 - Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform (SOZU-K-22) 427
 - Gießen-Test für Paare (GT für Paare) 428
 - Interaktionen 427
 - Standardisiertes Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung (SONET) 427
- Diazepam 297
- Dibenzepin 290
- Dienst, sozialpsychiatrischer 335
- Dikalium-Chlorazepat 297
- Diphenylbutylperidin 284
- Dipiperon 284, 300
- disability, ▶ Fähigkeitsstörung
- Dissimulation 19, 373
- Dissozialität 271
- Dokumentation 10, 24
- Don-Juanismus 232
- Dopamin 140, 240, 289
- Doppelsuizid 353
- double bind 118
- double depression 157, 158
- Down-Syndrom 252
- Doxepin 290, 300
- Drogenabhängigkeit 99
 - diagnostische Hilfsmittel 100
 - Entwöhnung 101
 - Entzugserscheinungen 100
 - Morphinantagonisten 100
- Drogenmissbrauch, polyvalenter 112
- Durchschlafstörung 343
- Dysarthrie 257
- Dysästhesie 39
- Dysbindin 117
- Dysgrammatismus 257
- Dyskalkulie 260
- Dyslalie 257
- Dysleptikum, ▶ Halluzinogen
- Dysmorphophobie 168
- Dyspareunie 230, 231
 - nicht-organische 238
- Dysphorie 46
- Dysthymia 138, 139, 142, 148–150, 157, 176, 181, 190, 206

E

- Echolalie 407
- Echopraxie 123, 407
- Ecstasy 104
- Edronax 243
- Ehepaartherapie 320
- Ehescheidung 380
- Eifersuchtswahn 43, 437
 - alkoholischer 95
- Eigengeruchsparanoia 168
- Eigenschaftswörterliste (EWL) 426
- Einfühlung, empathische 18
- Eingangsmerkmal, biologisches 375
- Einrichtung, komplementäre 333

- Einschlafstörung 343
- Einsichtsfähigkeit 375
- Einwilligungsvorbehalt 382
- Einzelpsychotherapie 319
- Ejaculatio
 - praecox 230
 - retardata 230
- Ejakulationsstörung 230
- Ekmnesie 34
- EKT, ► Elektrokrampftherapie
- Ekzem, atopisches 222
- Elektrokrampftherapie (EKT) 128, 147, 302, 406
- Elementarfunktion, Störungen 28
- Eltern-Kind-Beziehung 347
- Embryopathie 253
- Emotion 45
- Empathie 306, 313
- Empfindung 19
- Encopresis persistens 268
- Enkopresis 267, 277
- Entfremdungserlebnis 49
- Entschädigungsrecht, soziales 384
- Entspannung
 - Entspannungsgruppe 331
 - funktionelle 310, 318
 - Verfahren 310, 316
- Entwicklung
 - Entwicklungshomosexualität 232
 - Entwicklungsstörung 264, 388
 - psychosexuelle 214
 - sexuelle 12
 - suizidale 354
- Entwöhnungsbehandlung 321
- Entziehungsanstalt 377
- Entzugsdelir 94
- Entzugssymptomatik 369
- Entzugssyndrom 87, 93, 370
- Enuresis 179, 267
 - aquisita 267
 - diurna 267
 - persistens 267
- Enzephalitis 70
 - syphilitische 69
- Enzephalomeningitis 69, 70
- Epilepsie, symptomatische 78
- Episode
 - depressive 138, 139, 142, 143, 157
 - – melancholischer Subtypus 158, 159
 - – mit somatischem Syndrom 145
 - – spezielle Formen 145
 - hypomane 153
 - manische 138, 150
 - persistierende depressive 149
- Erektionsstörung 230
- Ergotherapie 129, 331
- Erkrankung
 - affektive
 - – Komorbidität 156
 - – Alzheimersche 62
 - bipolare 138
 - – affektive 160
 - psychogeriatrische 321
 - somatische 13
 - unipolare affektive 158, 159
- Erleben, ubiquitäres 49
- Erotophonie 235
- Erregung, katatone 123
- Erregungszustand 22
- Erscheinungsbild, äußeres 18
- Erschöpfungsdepression 146
- Erstinterview 307
 - diagnostisches 18
- Erwerbsunfähigkeit 383
- Es 179
- Ess-Brech-Sucht, ► Bulimia nervosa
- Essstörung (► auch Anorexia/Bulimia nervosa, Adipositas) 157, 213, 224
- Ethik, sozialpolitisches Handeln 399
- Ethikkommission 397, 398
- Euphorie 46
- EWL, ► Eigenschaftswörterliste
- Exhibitionismus 234, 235
- Exposition 314
- expressed emotion 118

F

Fähigkeitsstörung (disability) 337
 Fahrtauglichkeit 372
 Familienanamnese 12, 13
 Familienkonstellation, konfliktträchtige 13
 Familientherapie 129, 273, 320
 Fanatismus 44, 203
 Fehlhaltung, süchtige 86
 Fenetyllin 301
 Fetischismus 235
 Fettleber 107
 Fettsucht, ► Adipositas
 Fibromyalgie-Syndrom 221
 Fixationsmethode 317
 Fixierung 395
 Flooding 315
 Flunitranzepam 300
 Fluoxetin 290
 Flupentixol 284
 Fluphenazin 284
 Flurazepam 300
 Flusperilin 284
 Fluvoxamin 290
 Folie à deux 169
 FPI-R, ► Freiburger Persönlichkeitsinventar Revision
 Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform (SOZU-K-22) 427
 Frauenalkoholismus 88
 Freiburger Persönlichkeitsinventar Revision (FPI-R) 423
 Fremdanamnese 24
 Fremdbild 422
 Fremdeln 269
 Fressanfall 215
 Frotteurismus 235
 Frustration 424
 Funktionsstörung
 – sexuelle 229
 – somatoforme autonome 220

G

Galaktorrhoe 285
 Ganser-Syndrom 186
 Gartentherapie 331
 GBB, ► Gießener Beschwerdebogen
 GdB, ► Grad der Behinderung
 Gebrechlichkeitspflegschaft 391
 Gedächtnis 32
 Gedächtnisstörung 28, 34
 Gedankenabreißung 437
 Gedankenausbreitung 437
 Gedankendrängen 41, 438
 Gedankeneingebung 437
 Gedankenentzug 437
 Gefühle 45
 Gefühllosigkeit 46
 Gegenübertragung 313
 Gemeinschaft, therapeutische 330
 Genetik 177
 Gerontopsychiatrie 333, 336
 Geschäftsunfähigkeit 381
 – Gründe 379
 Geschlechtsidentität 178, 231
 Geschlechtsumwandlung 233, 236
 Geschmackshalluzination, olfaktorische 39
 Gesetz der Unspezifität 55
 Gespräch, ärztliches 306, 322
 Gesprächspsychotherapie (► auch Psychotherapie, klientenzentrierte) 310, 313
 Gießener Beschwerdebogen (GBB) 427
 Gießen-Test (GT) 422
 – für Paare 428
 Gilles-de-la-Tourette-Syndrom 256, 274
 Glaukom 288
 Gonosom 249, 252
 Grad der Behinderung (GdB) 384
 Grand-mal-Anfall 108
 Grenzpsychose 264
 Größenwahn 43, 151, 168, 438

Grübeln 438
 Grundlagenforschung 397
 Grundversorgung 336
 – psychosomatische 440
 Gruppengymnastik 331
 Gruppenpsychotherapie 319
 GT, ► Gießen-Test
 Guam-Parkinson-Demenz-Komplex 67
 Gutachten 372, 373
 – Fragestellungen 372
 Gutachtenpraxis 168
 Gutachter, psychiatrischer
 – Aufgaben im Jugendrecht 378

H

Haareausreißen 268
 Habituation 315
 Halluzination 127, 438
 – akustische 38, 109, 120, 132
 – haptische (taktile) 39
 – kinästhetische 38
 – Leibhalluzination 39, 120
 – olfaktorische 39, 76
 – optische 38
 – Pseudohalluzination 39, 165
 Halluzinogen (► auch Phantastikum, Dysleptikum) 102
 Halluzinose 57, 87
 Haloperidol 75, 80, 109, 111, 284
 Hamburg-Wechsler-Intelligenztest
 – für Erwachsene (HAWIE-R) 420
 – für Kinder 251
 Hamilton-Depression-Scale (HAMD) 425
 handicap, ► Beeinträchtigung
 HAWIE-R, ► Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene
 Hebephrenie 46, 122, 135, 262
 Heller-Syndrom 265

Hemiparese 78
 Hemmungshomosexualität 232
 Hermaphroditismus, psychischer 233
 Herzerkrankung 56
 Herzinfarkt 221
 Herzkrankheit, koronare 221
 Heterosexualität 232
 Hirnabszess 56
 Hirnatrophie, diffuse 62
 Hirnerkrankung 421
 Hirnschädigung
 – erworbene 202
 – traumatische 71
 Hirnsubstanzminderung 75, 387
 Hirntumor 56, 254
 Hirnverletzung 56, 421
 HIV, ► Human Immunodeficiency Virus
 Homosexualität
 – egodystone 231
 – Entwicklungshomosexualität 232
 – genuine 232
 – Hemmungshomosexualität 232
 – Neigungshomosexualität 232
 – Pseudohomosexualität 232
 Hopfenzapfentrockenextrakt 300
 Hörstummheit 258
 Hortotherapie 331
 Hospitalismus 130, 196
 Hospitalismussyndrom 266, 330, 347
 Human Immunodeficiency Virus (HIV) 71
 Huntington 66
 Hyperaktivität 241
 Hyperaktivitätsstörung 245, 246
 Hyperizin 300
 Hyperkinese 48
 Hyperkortisolismus 140
 Hypermnésie 34
 Hypersexualismus 232
 Hypersomnie 144
 – nicht-organische 217
 Hypertonie 64, 80
 – essenzielle 221
 Hypnose 310, 317

Hypnotikum 299
 – Einteilung 300
 Hypochondrie 45
 Hypokinese 48
 Hypomanie 46, 138, 139, 151, 154
 Hypomnesie 34
 Hysterie 269

I

ICD, ► International Classification of Disease

Ich 179
 Ich-Entwicklungsdefizit 118
 Ich-Erleben 19, 48
 Ich-Psychologie 180
 – Abwehr, psychosoziale 181
 – Borderline-Persönlichkeit 181
 – Identifikation 180
 – Isolierung 181
 – Projektion 180
 – Rationalisierung 181
 – Reaktionsbildung 180
 – Regression 180
 – Spaltung 181
 – Sublimierung 181
 – Über-Ich 180
 – Ungeschehenmachen 181
 – Verdrängung 180
 – Verleugnung 180
 – Verschiebung 180
 – Wendung gegen das Selbst 181
 Ich-Schwäche 178
 Ich-Störung 29, 49, 119, 122, 438
 – schizophrene 120
 Ich-Umwelt-Grenze 48
 Idee, überwertige 44
 Ideenflucht 23, 151, 438
 Identifikation 180
 Identitätsstörung 178
 Idiotie 50

Illusion 38
 Imbezillität 50
 Imipramin 290
 Immediatgedächtnis (► auch Arbeitsgedächtnis/Ultrakurzzeitgedächtnis) 35
 Immissio penis 230
 im pairmant, ► Schädigung
 Impotentia
 – coeundi 230
 – generandi 230
 – satisfactionis 230
 Impuls, sozialpsychiatrischer 404
 Impulsivität 241
 Infektion mit Malaria-Erregern 406
 Inkohärenz 41, 438
 Insomnie, nicht-organische 217, 225
 Instabilitätssyndrom 271
 Instanzenlehre 179
 Institutionalismussyndrom 330
 Insulin-Koma-Behandlung 406
 Insult, apoplektiformer 82
 Integration, soziale 441
 Intelko
 Intellektualisierung 318
 Intelligenz 19, 49
 Intelligenzdefinition
 – Binet-Simon-Test 251
 – Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder 251
 – Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB) 251
 Intelligenzminderung 21, 249, 250, 253, 333, 387
 – angeborene 29, 50
 – erworbene 29, 50
 – metabolisch-genetisch bedingte 252
 – mit Verhaltensstörung 388
 Intelligenz-Struktur-Test, ► IST-70
 International Classification of Diseases (ICD) 21
 International Personality Disorder Examination (IPDE) 24

Interviewtechnik 307
 Intoxikation 56
 – akute 87
 Involutionen-depression 146
 Inzest 234
 IPDE, ► International Personality
 Disorder Examination
 Irritierbarkeit, emotionale 241
 Isolierung 181
 IST-70 (Intelligenz-Struktur-Test) 420

J

Jactatio capitis et corporis 256
 Jamais-vu 34
 Jugendgerichtsgesetz 374, 377
 Jugendlichenpsychotherapeut 324
 Jugendpsychiatrie 248, 336
 Jugendstrafrecht 378

K

Kachexie 214
 Katalepsie 48, 123
 Katastrophisieren 438
 Katatonie 48, 134, 263
 – febrile (perniziöse) 123
 KBT, ► Bewegungstherapie, konzen-
 trative
 Khat 103
 Kinderpsychiatrie 248, 336
 Kinderpsychotherapeut 324
 Kindesmisshandlung 270
 Klassifikationssystem (► auch Diagno-
 sensystem) 21
 Kleinhirnatrophie, alkoholische 97
 Kleptomanie 235
 Klinefelter-Syndrom 252

Kliniksuzid 354
 KLT-R, ► Konzentrations-Leistungs-Test
 revidierte Fassung
 Koenästhesie 124
 Kokain 103
 Koma 31
 Kommunikation, gestörte familiäre 118
 Komorbidität 21
 Konditionierung
 – klassische nach Pawlow 314
 – operante (instrumentelle) nach
 Skinner 314
 Konfabulation 34, 438
 Kongruenz 306
 Konkretismus 41
 Konsiliarpsychiatrie 366
 Konsiliaruntersuchung 368
 Kontaktmangel-Paranoid 76, 77, 169
 Kontaktstörung 122
 Kontamination 41
 Kontinuitätsdelir 94
 Kontrollwahn 43
 Kontrollzwang 183, 190
 Konversionsreaktion 185
 Konversionsstörung 192
 Konversionssymptom 178, 185, 209
 Konzentration 241
 Konzentrations-Leistungs-Test revi-
 dierte Fassung (KLT-R) 422
 Konzentrationsstörung 28, 33
 Koro 407
 Körpererleben 318
 Körpergewicht 213
 Körperhalluzination 438
 Körperschemastörung 318
 Körpertherapie 310
 Korrektivfunktion 320
 Korsakow-Syndrom 22, 60, 87, 96
 – alkoholisches 95
 Kotschmier 267, 277
 Krankenbehandlung, aktivere 405
 Krankengeschichte 10, 24, 331
 – Einsichtnahme 397
 Krankenpflege, psychiatrische 338

- Krankenversicherung 384
- Krankheit, hirnorganische 203
- Krankheitseinsicht 19
- Krankheitsgefühl 19
- Krankheitsgewinn 19
- Krankheitsursache 347
- Krankheitswahn, hypochondrischer 144
- Kribbelparästhesie 192
- Kriminalitätssyndrom 271
- Krise
 - individuelle 357
 - kollektive 357
 - Phasenablauf 357
 - Prognose 360
 - suizidale 361
 - Verlauf 360
- Krisenintervention 334, 356, 357
 - Grenzen 358
 - Institutionen 359
 - Suizidpatienten 358
 - Ziele 358
- Kulturschock 196
- Kurzpsychotherapie 311, 312, 320, 325
- Kurzskala Stimmung/Aktivierung (KUSTA) 426
- Kurztherapie 357
- Kurzzeitgedächtnis 35
- KUSTA, ► Kurzskala Stimmung/Aktivierung
- innere 17
- Patient 16
- Leberzirrhose 108
- Legasthenie 259
- Leibgefühlsstörung 39
- Leibhalluzination 39, 120
- Leidensdruck 19
- Leistungsbild, positives/negatives 383
- Leistungseinschränkung 383
- Leistungsstörung 260
- Leiter, biographischer 11, 14
- Lernpsychologie, experimentelle 310
- Lernstörung 260
- Lerntheorie 314
- Lernziel 5
- Lese-Rechtschreib-Schwäche 259
- Leukotomie 406
- Levomepromazin 284
- Lewy-Körper-Demenz 68
- Liaisonpsychiatrie 366, 367
- Lichttherapie 147
- Lissauersche Paralyse 70
- Lithium 152, 159, 165, 296
- Lithiumacetat 294
- Lithiumcarbonat 162, 294
- Lithiumsalz 155, 293
 - Behandlung 295
 - Dosierung 295
 - Einteilung 294
 - Intoxikation 295
 - Komplikationen 294
 - Kontraindikationen 295
 - Nebenwirkungen 294
 - Therapie 295
- Lithiumsulfat 294
- Little'sche Krankheit 254
- Lobotomie, präfrontale 406
- Lockerung, assoziative 436
- Logorrhoe 41, 438
- Lorazepam 79, 297
- Lormetazepam 300
- Löschung 315
- LSD-Psychose 102
- L-Tryptophan 300, 301

L

- Lamotrigin 296
- Langdon-Down Syndrom 252
- Langzeitgedächtnis 35
- Latah 407
- Latenzphase 179
- Lebensgeschichte
 - äußere 16

M

Lust-Unlust-Prinzip 180

Lymphadenopathie 71

Machtmissbrauch 396

Major Depression 138, 139, 141, 148

Makropsie 39

Malleus maleficarum 403

MALT, ► Münchner Alkoholismustest

Manie 46, 142, 150, 164, 171

– Langzeitprophylaxe 155

– Mischzustände 155

– Psychotherapie 152

– somatische Therapie 152

– Therapie 154

– unipolare 139

Manieriertheit 48, 438

Maprotilin 290

Marasmus 63

Marchiafava-Bignami-Syndrom 97

Marihuana 101

Marker-X-Syndrom 252

Masochismus 235

Massenselbstmord 353

Masturbation 234

MdE, ► Minderung der Erwerbsfähigkeit

Melancholie 150, 164

Melperon 284, 300

Meningeom 77

– depressive Reaktion auf Operation 78

Merkfähigkeit 32

Merkfähigkeitsstörung 28, 34, 75, 438

Metamorphopsie 39

Methylphenidat 242, 245, 301

Mianserin 290

Mikropsie 39

Milieuthherapie 330

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 384, 389

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) 423

Minussymptomatik 59

Mirtazapin 290

Missbrauch 86

– gutachterlicher Funktionen 398

– narzisstischer 396, 397

– polyvalenter 87, 114

– sexueller 397

MMPI-2, ► Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Moclobemid 290

Modell, bio-psycho-soziales 212

Modellernen 315

Mongolismus 252

Monoaminhypothese 140

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) 150, 290

– irreversible, nicht selektive 293

– reversibler, selektiver 293

Morbus

– Alzheimer 59

– Binswanger 64

– Creutzfeldt-Jakob 68

– Parkinson (► auch Paralysis agitans) 67

– Pick 65

– Westphal-Strümpe-Wilson 68

– Wilson 68

Morphintyp 99

Morphinum hydrochloricum 99

Morphiumvergiftung, akute 100

Motilitätspsychose, hyperkinetisch-akinetische 165

Motorik 254

Müdigkeit, physiologische 33

Multiinfarktdemenz 64

Multiple Chemical Sensitivity 407

Multiple Sklerose

– pseudoneurotische Entwicklung 81

Münchner Alkoholismustest

(MALT) 428

Musiktherapie 129, 332
 Muskelentspannung, progressive 310, 316
 Mutismus 48, 123, 257, 269, 439
 Myelinolyse, zentrale pontine 97

N

Nachtklinik 335
 Nägelkauen 268
 NaRI, ► Noradrenalinwiederaufnahmehemmer, selektiver
 Nationalsozialismus 406
 Neigungshomosexualität 232
 Nekrophilie 235
 NEO-FFI, ► Neo-Fünf-Faktoren Inventar
 Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) 424
 Neologismus 41, 439
 Nervenarzt, niedergelassener 335
 Neugeborenenhypothyreose 251
 Neuregulin 117
 Neurodermitis 222
 Neuroleptikum 93, 128, 133, 154, 164, 166, 298
 – atypisches 127
 – Depotpräparate 288
 – Einteilung 284
 – extrapyramidal-motorische Symptome 286
 – Früh dyskinesien 286
 – hochpotentes 283
 – Koffein 288
 – Komplikationen 287
 – Kontraindikationen 288
 – mittelpotentes 283
 – Nebenwirkungen 285
 – niedrigpotentes 300, 301
 – schwachpotente 283
 – Spätdyskinesien 286

– Typizität 285
 – vegetative Symptome 285
 neurological soft sign 117
 Neuronendegeneration 62
 Neurose 202, 312, 318, 321, 376, 439, 441
 – Chronifizierung 177
 – depressive 176
 – hypochondrische 186
 – hysterische 185
 – psychoanalytisches Phasenmodell 177
 Neurosenentwicklung 177
 Neurosenform 181
 Neurosenlehre 322
 Nikotinabhängigkeit 106
 Nikotinabusus/-missbrauch 89, 113
 Nikotinpflaster (Nikotinsubstitution, transdermale) 106
 Nitrazepam 300
 Non-restraint-Bewegung 404
 Noradrenalin 140, 240, 289
 Noradrenalinwiederaufnahmehemmer 243
 – selektive (NaRI) 292
 – – Präparate mit dualem Wirkprinzip (NaSRI)
 Notfallaufnahme 9
 Notfallpsychotherapie 311, 312
 Nymphomanie 232
 Nystagmus 80

O

Obstipation, chronische 268
 Ökopsychiatrie 407
 Olanzapin 155, 285
 Oligophrenie (► auch Intelligenzminderung) 61, 249, 250, 376
 Oneiroid 32
 Opioid 99

Pipramol 297
 Organmanifestation 221
 Orgasmusstörung 230
 Orientierung 36
 – sexuelle 231
 Orientierungsstörung 28, 439
 – örtliche 36
 – situative 36
 – zeitliche 36
 – zur Person 36
 Oxazepam 297
 Oxcarbamazepin 152, 296

P

Paartherapie 320
 Pachymeningeosis haemorrhagica 69
 – interna 97
 Päderastie 234
 Pädophilie 234
 Palimpsest 90
 Panikattacke 183
 Panikstörung 183, 184, 238, 316
 Paralyse, progressive 69
 – expansive Form 84
 Paralysis agitans, ► Morbus Parkinson
 Paramnesie 34, 167, 439
 Paranoia 167, 174
 – querulans, ► Querulantenwahn
 Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S) 425
 Paraphilie 233
 Paraphrenie 167
 Parasuizid 352
 Parathymie 46
 Pareidolie 39, 439
 Parkinsonismus, neuroleptisch bedingter 286
 Paroxetin 290
 Partnerbeurteilung 428
 Patient
 – abwehrender 9
 – Kurzcharakteristik 10
 – Lebensgeschichte 16
 – motivierter 8
 – psychisch schwererkrankte 9
 – schizophrener 130
 – suizidaler 395
 Patienten-Arzt-Beziehung 8
 Patient-Therapeut-Beziehung 313
 Pavor nocturnus 218
 PD-S, ► Paranoid-Depressivitäts-Skala
 Penicillinbehandlung 406
 Perazin 284
 Perphenazin 284, 290
 Perseveration 40, 439
 Persönlichkeit
 – doppelte 49
 – enechetische 73
 – hyperthyme 141, 152
 – multiple 186
 – pathologische 207
 – prämorbid 12, 17, 20, 118, 141, 168, 177
 Persönlichkeitsänderung 195
 – andauernde nach Extrebelastung 207, 210, 389, 391
 Persönlichkeitseigenschaft, prämorbid 12, 17
 Persönlichkeitsinventar, allgemeines 422
 Persönlichkeitsstörung 21, 150, 157
 – anankastische (zwanghafte) 205
 – ängstliche (vermeidende) 205
 – asthenische (abhängige) 206
 – Borderline Typus 204, 209
 – depressive 206
 – dissoziale (soziopathische, antisoziale) 204, 242, 386
 – emotional instabile 204, 209
 – hyperthyme 206
 – hysterische (histrionische) 205
 – impulsiver Typus 204
 – narzisstische 441

- Persönlichkeitsstörung
- paranoide (querulatorische) 203, 208
 - schizoide 204
 - sensitive (selbstunsichere) 205
- Persönlichkeitsstruktur 17, 202
- Persönlichkeits-Struktur-Test 423
- Perversion 233
- Pflege
- Beurteilung 342
 - Durchführung 342
- Pflegeanamnese 340, 343
- Pflegemaßnahme, Planung 341
- Pflegepersonal 340
- Pflegeplan 341, 342
- Pflegeprozess 340
- psychiatrischer 339
- Pflegeziel 341
- PFT, ► Rosenzweig Picture Frustration Test
- Phänomen, psychopathologisches 28
- Phantastikum (► auch Halluzinogen) 302
- Phase
- anale 178
 - genitale 179
 - ödipale (phallische) 178
 - orale 177
- Phencyclidin 102
- Phenmetrazin 301
- Phenothiazin 127, 128, 284
- Phenylalanin 252
- Phenylketonurie 251, 252
- Phenytol 74, 78
- Phobie 45, 46, 178, 184, 269, 321, 439
- Agoraphobie 184, 189
 - Schulphebie 260
 - soziale 184
 - Tierphobie 185
- Pica 268
- Pimozid 284
- Poliklinik 335
- Polioencephalopathia haemorrhagica superior Wernicke, ► Wernicke-Enzephalopathie
- Polioenzephalitis 69
- Poltern 256
- Polyarthritis, chronische 221
- Polyneuropathie 97, 107
- Polytoxikomanie, Abhängigkeitstypen lt. WHO 86
- Porphyrie, akute intermittierende 56
- Prävention 346
- Primärpersönlichkeit 17
- Primärprävention
- medizinisch-physischer Bereich 346
 - psychosozialer Bereich 347
 - soziokultureller/sozioökonomischer Bereich 347
- Primordialsymptom 17
- Probbehandlung 330
- Problemlösetraining 315
- Problemlösungsprozess 339
- Projektion 180
- Promethazin 284, 298, 300
- Prostatahypertrophie 288
- Prothipendyl 75, 300
- Pseudodebilität 50
- Pseudodemenz, depressive 50
- Pseudohalluzination 39, 165
- Pseudohomosexualität 232
- Pseudokontakt 187
- Pseudologia phantastica 205, 270
- Pseudopsychopathie 203
- Psychiatrie
- Anstaltspsychiatrie 404
 - Antike 402
 - Enquete-Kommission 406
 - Ethik 394
 - forensische 372
 - Geschichte 402
 - Gesellschaft 394, 398
 - Klinifizierung 404
 - Kunst 338
 - Mittelalter 402
 - Ökopsychiatrie 407
 - phänomenologische 405
 - Psychiatrie-Enquete 332
 - Recht 398

- Renaissance 402
- stationäre 404
- transkulturelle 407
- Psychiker 403
- Psychoanaleptikum 301
- Psychoanalyse 309–311, 405
- Psychodisleptikum 302
- Psychodrama 332
- Psychoedukation 129, 131
- Psychomotorik 138, 254
- Psychopathie, autistische nach
 - Asperger 250, 265
- Psychopathologie 440
- Psychopharmaka 406
 - Entwicklung 282
- Psychose 203, 214, 321, 338, 352, 440
 - affektive 21
 - akute vorübergehende 166
 - bei Pneumonie 82
 - Definition 54
 - endogene 164, 376
 - exogene 33, 55, 87, 21, 261
 - im Kindes- und Jugendalter 249, 261
 - im Senium 76
 - paranoide 76
 - paranoid-halluzinatorische 95
 - postoperative paranoid-halluzinatorische 368
 - schizoaffective 164, 171
 - schizophrene 125, 164, 330
 - symptomatische 82
 - nach Appetitzüglerabusus 111
 - zyklische 165, 172, 173
- Psychosomatik 323
 - Therapie 223
- Psychostimulans 301
- Psychosyndrom 254
 - akutes organisches 55
 - amnestisches 61
 - bei Chorea Huntington 79
 - depressiv-organisches 368
 - diffuses organisches 58
 - exogenes 253

- frühkindliches exogenes 202
- hirnlokales 61, 67
- hirnorganisches 78–80
- organisches 21, 33, 54, 253, 303, 390
 - amnestisches 62
- Psychotherapeut, psychologischer 324
- Psychotherapie 323
 - Basisverhalten 306
 - Diagnostik 306
 - Einzelpsychotherapie 319
 - Grundhaltung 306
 - Gruppenpsychotherapie 319
 - in der Psychiatrie 319
 - Indikation 308
 - interpersonelle 148, 319
 - katathym-imaginative 312
 - klientenzentrierte (▶ auch Gesprächspsychotherapie)
 - Kontraindikation 308
 - Kurzpsychotherapie 311, 312, 320
 - Notfallpsychotherapie 311, 312
 - psychodynamische 148, 439
 - stützende (supportive) 320
 - supportive 148, 441
 - tiefenpsychologisch orientierte 321
 - Weiterbildung des Arztes 322
- Psychotomimetikum 302
- Psychotonikum 103
- Pubertät 179
- Pubertätskrise 270, 355
- Pyromanie 235, 388

Q

- Querulantenwahn (Paranoia querulans) 43, 168
- Quetiapin 285

R

Rabbit-Syndrom 286
 rapid cycling 156, 162
 Raptus 48
 Rationalisierung 181
 Rausch
 – einfacher 92
 – komplizierter 93
 – pathologischer 93
 Reaktion
 – depressive 198
 – längere depressive 197
 – somatopsychische 212
 – kurze depressive 195
 – längere depressive 196
 Reaktionsbildung 180
 Reaktionszyklus, sexueller 228
 Realitätsbewertung, verzerrte 116
 Realitätskontrolle 440
 Realitätsprinzip 180
 Realitätsprüfung 440
 Realitätssinn 42, 44, 441
 Realitätstraining 130
 Realitätsverzerrung 138
 Realitätswahrnehmung, verzerrte 116
 Reboxetin 243
 Rechenschwäche 260
 Recht, bürgerliches 374, 379
 Rechtsbrecher, psychisch kranker 337
 Regression 180, 440
 Rehabilitation 130, 337
 – berufliche 338
 – medizinische 337
 – soziale 338
 Reifungskrise in der Adoleszenz 270
 Reizkonfrontation 314
 Reizüberflutung 315
 REM-Schlaf 141
 Rentenneurose 384
 Rentenversicherung 383
 Repeatpolymorphismus 66
 Residualwahn 42

Residualzustand, depressiver 150
 Residuum, schizophrenes 133
 – Symptomgruppen 124
 Rett-Syndrom 265
 Rindendegeneration 97
 Risperidon 285
 Ritalin 242
 Rollenkonflikt 331
 Rollenspiel 315
 Rorschach-Test 423
 Rosenzweig Picture Frustration Test
 (PFT) 424

S

Sachverständiger 372
 – psychiatrischer
 – – Aufgaben im Jugendrecht 378
 – ethische Probleme 398
 Sadismus 235
 Satisfaktionsstörung 230
 Satyriasis 232
 SCAN, ► Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
 Schädel-Hirn-Trauma 254
 Schädigung (impairment) 337
 – exogene 253
 Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) 24
 Scheinschwangerschaft 192
 Schichtenregel 21
 Schizophrenia simplex 123, 262
 Schizophrenie 21, 95, 116, 152, 166, 167, 348, 376
 – Apokalyptik 125
 – Apophanie 125
 – biochemische Befunde 118
 – Elektrokrampftherapie 128
 – erbliche Komponente 117
 – Grundsymptome 119
 – im Kindesalter 262

- katatone Formen 123
- koenästhetische Form 124
- Konsolidierung 125
- morphologische Befunde 117
- paranoid-halluzinatorische 112, 122, 132, 263, 363
- Prognose 126
- Psychotherapie 129
- Rehabilitation 130
- Residualzustand 126, 133
- rezidivierende paranoid-halluzinatorische 362
- sensomotorische Befunde 117
- Somatotherapie 127
- Sozialtherapie 130
- Stadien 125
- Symptomgruppen 121
- terminales Stadium 125
- Trema 125
- undifferenzierte 122
- Schlafentzug 147, 303
- Schlafmittel 301
- Schlafstörung 224, 225, 289, 343
 - bei depressiver Episode 342
 - nicht-organische 217, 219
- Schlaf-Wach-Rhythmus 29, 121, 218
- Schlafwandeln 218, 219, 268
- Schlaganfall 64
- Schmerzstörung, anhaltende somatoforme 221, 223
- Schnüffelfestoff 104
- Schreibkrampf 256
- Schulangst 261
- Schuld 143
- Schuldfähigkeit 208, 373, 374, 398
 - verminderte 375
- Schuldgefühl 359
- Schuldunfähigkeit 373, 375, 398
 - wegen seelischer Störungen 374
- Schuldwahn 43, 441
- Schuleschwänzen 261
- Schulphobie 260
- Schweigepflicht, ärztliche 395, 396
- Schwerbehindertenrecht 384
- Sekundärprävention 346, 348, 352
- Selbstbeschädigung 19
- Selbstbeurteilung 427, 428
- Selbstbild 422
- Selbstempathie 313
- Selbstentspannungstechnik 316
- Selbstkontrolle 315
- Selbstsicherheitstraining 315
- Selbsttheorie 313
- Selbstwertgefühl 441
- Selbstwertproblematik 178, 179, 361
- Selbst-Wertschätzung 313
- Serotonin 140, 289
- Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer 147
- Serotoninsyndrom 292
- Serotonin-Transporter-Gen 140
- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer 290
 - selektiver (SSRI) 292
- Sexualanamnese 228, 229
- Sexualberatung 231
- Sexualhormon 233
- Sexualität, ungestörte 228
- Sexualstörung 178, 228
- Sexualtherapie 231
- Sexualtrieb 234
- Sexualverhalten 229
- Sicherungsverwahrung 377
- Simulation 19, 373
- Sinnestäuschung 167
- Sodomie 235
- Somatiker 404
- Somatisierungsstörung 45, 219
- Somnambulismus 218, 268
- Somnolenz 30, 437
- SONET, ► Standardisiertes Interview zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung
- Sopor 30, 77, 437
- Sozialarbeit 332
- Sozialrecht 374, 383
- Sozialtherapie 130
- Sozialverhalten 242, 250

- Soziodrama 332
- Soziotherapie 330
- SOZU-K-22, ► Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzform
- Spaltung 181
- Spätdyskinesie 287
- Spätschizophrenie 116
- Spielsucht 114
- Sporttherapie 331
- Sprachabbausyndrom 258
- Sprachentwicklungsstörung 257
- Sprachverlustsyndrom 258
- Sprachverständnis 18
- Sprechstörung 256
- Sprechverhalten 18
- SSRI, ► Serotoninwiederaufnahme-
hemmer, selektiver
- STAI, ► State-Trait-Angstinventar
- Stammbaum 13, 16
- Stammeln 256, 257
- Standardisiertes Interview zum sozialen
Netzwerk und zur sozialen Unterstüt-
zung (SONET) 427
- State-Trait-Angstinventar (STAI) 425
- Stereotypie 48
- Steuerung 441
- Steuerungsfähigkeit 375
- Stimmung 45
- Stimulans 103
- Stirnhirnkongexitätssyndrom mit Abu-
lie 61
- Stoffwechselerkrankung 56
- Störung
 - affektive 29, 122, 138
 - bei Jugendlichen 263
 - frühinfantil 263
 - im Grundschulalter 263
 - im Kindesalter 263
 - im Vorschulalter 263
 - in der Pubertät 263
 - bipolare 142, 153
 - der Erlebnisverarbeitung 176
 - der Geschlechtschromosomen 252
 - der Körperchromosomen 252
 - der Motorik 249, 254
 - der Psychomotorik 249, 254
 - – psychomotorische 255
 - – umschriebene 255
 - – universelle 255
 - der Sprache 249, 256
 - der visuomotorischen Koordinati-
on 259
 - des Kindesalters, desintegrative 265
 - des Sozialverhaltens 271
 - – bei vorhandenen sozialen
Bindungen 277
 - des Sprechens 249, 256
 - dissoziative 185, 269
 - emotionale
 - – im Kindes- und Jugendalter 268
 - endokrine 56
 - extrapyramidale 255
 - hypochondrische 186
 - im Zusammenhang mit der
Schule 249, 260
 - induzierte wahnhaft 169
 - kurzfristige rezidivierende depres-
sive 145
 - neurotische 337
 - – Lerntheorie 176
 - – Phase, anale 178
 - – Phase, ödipale (phallische) 178
 - – Phase, orale 177
 - – Psychoanalyse 176
 - nicht-organische 218
 - organisch bedingte psychische 249,
253
 - organische 54
 - – emotional labile 60
 - phobische 184
 - psychische 54
 - – Erbrechen 216
 - – Essattacken 216
 - – internationale Klassifikation der
Krankheiten 411
 - psychogene 177
 - – im Kindes- und Jugendalter 266
 - psychomotorische 29, 48

- psychoreaktive 269
- psychosomatische 212, 337
- pyramidale 254
- schizomanische 152
- Schlaf-Wach-Rhythmus 218
- somatoforme 157
- somatopsychische 222
- symptomatische 54
- zerebelläre 255
- Stottern 256, 268
- Strafmündigkeit 377
- Strafrecht (StGB) 373
- Strattera 243
- Strukturhypothese 179
- Stupor 22, 48
 - katatoner 123, 128
- Sublimierung 181
- Substantia reticularis 297
- Substanz
 - psychotrope 86, 282
 - rezeptorselektive 292
- Substanzabhängigkeit 157
- Substanzmissbrauch 154, 157
- Sucht (► auch Abhängigkeit) 13, 86, 179, 333
- Suchterkrankung 376
- Suchtkranker 336
- Suchtmittel, synthetisches 99
- Suizid 13, 41, 214, 270
 - Bilanzsuizid 146
 - Doppelsuizid 353
 - erweiterter 353
 - gleichzeitiger 353
 - Konfessionszugehörigkeit 353
 - Massensebstmord 353
 - Personenstand 353
 - Schichtzugehörigkeit 353
- Suizidalität 19, 131, 155, 159, 179, 225, 289, 352, 355, 362, 441
 - akute 356
 - chronische 356
 - Prognose 360
 - Therapie 356
 - Verlauf 360
- Suizidanamnese
 - Exploration 355
 - Risikogruppen 355
- Suizidgedanken 113, 353
- Suizidgefahr 147, 352
- Suizidhandlung 352
- Suizidhandlungsmotiv 354
- Suizidpatient 359
- Suizidprophylaxe auf Station 395
- Suizidversuch 270, 352, 367
- Sulpirid 284
- Surdomutitas 258
- Symboldenken 41
- Symptom
 - akzessorisches 119
 - katatonen 120
- Symptomkomplex 22
- Syndrom
 - affektives 124
 - akinetisches 22
 - akutes depressives 166
 - amentielles 31, 58
 - amnestisches 22
 - Angstsyndrom 22
 - Asozialitätssyndrom 271
 - Battered-Child 270
 - Borderline 264
 - Capgras 38
 - chronisches subdepressives 150
 - Cotard 43, 144
 - Cri-du-chat 252
 - delirantes 22, 31
 - dementielles 54
 - depressives 22, 58
 - des fragilen X-Chromosoms 252
 - Down 252
 - Entzugssyndrom 87
 - expansiv-maniformes 58
 - Fibromyalgie 221
 - funktionelles 220
 - Ganser 186
 - Gilles-de-la-Tourette 256, 274
 - Heller 265
 - Hospitalismussyndrom 266, 330

- hyperkinetisches 22, 255, 272
 - hyperkinetisches 272
 - im Zusammenhang mit Substanz-einnahme 87
 - Instabilitätssyndrom 271
 - Institutionalismussyndrom 330
 - katatonies 57, 166
 - Klinefelter 252
 - Korsakow 22, 60, 87, 96
 - – alkoholisches 95
 - Kriminalitätssyndrom 271
 - malignes neuroleptisches 287
 - manisches 22
 - Marchiafava-Bignami 97
 - Marker X 252
 - organisches pseudoneurotisches 60
 - paranoides 58
 - paranoid-halluzinatorisches 22, 57
 - postkommotionelles 72
 - präsuizidales 354
 - pseudoneurasthenisches 60, 62, 68
 - psychiatrisches 22
 - Rabbit 286
 - Rett 265
 - somatisches 143
 - subdelirantes 94
 - Ullrich-Turner (XO) 252
 - xxy 252
 - xxy 252
 - xy 252
- Syphilis, konnatale 70
- Systematrophie 67

T

- Tabes dorsalis 69
- Taboparalyse 70
- Tachykardie, paroxysmale 77
- Tachypchemie 256
- Tagesklinik 334
- Tagtraum 312

- Tanz 331
- TAT, ► Apperzeptionstest, thematischer
- Taubstummheit 258
- Taxikopie 407
- TBGB, ► Testbatterie für geistig behinderte Kinder
- Teilleistungsschwäche (F 81) 249, 259
- Temazepam 300
- Tertiärprävention 346
- Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB) 251
- Testierfähigkeit 380
- Testverfahren
 - Aachener Aphasietest (AAT) 421
 - Apperzeptionstest, thematischer (TAT) 424
 - Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (D 2) 422
 - Becks Depression Inventory (BDI) 425
 - Befindlichkeit 425
 - Befindlichkeits-Skala (Bf-S) 425
 - Beschwerden-Liste 426
 - Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen (BIV) 422
 - Eigenschaftswörterliste (EWL) 426
 - eng umschriebene Aspekte der geistigen Leistungsfähigkeit 422
 - Freiburger Persönlichkeitsinventar Revision (FPI-R) 423
 - für allgemeine Leistungsfähigkeit 420
 - Gießener Beschwerdebogen (GBB) 427
 - Gießen-Test (GT) 422
 - Hamilton-Depression-Scale (HAMD) 425
 - Konzentrations-Leistungs-Test revidierte Fassung (KLT-R) 422
 - Kurzskala Stimmung/Aktivierung (KUSTA) 426
 - Leistungsausfälle bei Gehirnschädigungen 421

- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) 423
- Münchner Alkoholismustest (MALT) 428
- Neo-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) 424
- Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S) 425
- Persönlichkeitsinventar, allgemeines 422
- Persönlichkeits-Struktur-Test 423
- psychologisches 20, 420
- Rorschach-Test 423
- Rosenzweig Picture Frustration Test (PFT) 424
- spezielle klinische 428
- spezieller Persönlichkeitsbereich 424
- State-Trait-Angstinventar (STAI) 425
- Stimmung 425
- Tübinger-Luria-Christensen-Neuropsychologische Untersuchungsreihe (TÜLUC) 421
- Thanatomanie 407
- Therapie
 - Arbeitstherapie 331
 - Beschäftigungstherapie 331
 - Bewegungstherapie 273
 - konzentrierte 327
 - Ehepaartherapie 320
 - Entspannungsgruppe 331
 - Ergotherapie 129, 331
 - Familientherapie 129, 273, 320
 - Gartentherapie 331
 - Gruppengymnastik 331
 - Hortotherapie 331
 - kognitive 316
 - Körpertherapie 310
 - Krankengymnastik 331
 - Lichttherapie 147
 - Milieuthherapie 330
 - Musiktherapie 129, 332
 - Paartherapie 320
 - psychodynamische 129, 09
 - Psychotherapie 148
 - Soziotherapie 330
 - Sporttherapie 331
 - Tanz 331
 - Verhaltenstherapie 148, 309, 310, 314
 - Wachtherapie 147, 303, 331
- Therapieforschung 397
- Therapiemotivation 321
- Therapieverfahren
 - handlungsbezogene 310, 311
 - körperorientierte 310
 - verbale 310, 311
- Therapieziel 320
- Thiamin/B1-Mangel 56
- Thioridazin 284
- Thioxanthen 127, 128, 284
- Thymoleptikum 288
- TIA, ▶ Attacke, transitorisch-ischämische
- Tiaprid-HCl 79
- Tic 272, 255
 - kombinierter vokaler 274
 - multipler motorischer 274
- Tiefenpsychologie 311
- Tierphobie 185
- Torpidität 46
- Training
 - autogenes 310, 316, 321, 326
 - kognitives 129
- Tranquilizer 128, 296
 - Einteilung 297
 - Komplikationen 297
 - Kontraindikationen 298
 - Nebenwirkungen 297
 - Niedrig-Dosis-Abhängigkeit 105
- Transitivismus 49
- Transsexualismus 232, 237
- Transsexualität 232
- Transvestitismus 235
- Tranlylcypromin 150, 290
- Trauerreaktion 138
- Trauerverarbeitung 196, 199
- Trauma 194, 195
- Traumerleben 219

Trazodon 290
 Trennungsängstlichkeit 197
 Trennungskonflikt 183
 Trennungstraumatisierung 325
 Triazolam 300
 Trichotillomanie 268
 Trieb 47
 Triebbefriedigung 177
 Trimiparin 290
 Trizyklikum 289, 292
 Tübinger-Luria-Christensen-Neuro-
 psychologische Untersuchungsreihe
 (TÜLUC) 421
 Typhus abdominalis 56

U

Überdiagnostik 212
 Übergewicht, ► Adipositas
 Über-Ich 179, 180
 Überlebenssyndrom 207
 Übertragung 309, 311, 440
 Übertragungsphänomen 397
 Ulcus
 – duodeni 221
 – ventriculi 221
 Ullrich-Turner-(XO-)Syndrom 252
 Ultrakurzzeitgedächtnis (► auch Imme-
 diatgedächtnis) 35
 Unaufmerksamkeit 241
 Unfallversicherung, gesetzliche 384
 Ungeschehenmachen 181
 Universitätspsychiatrie 404
 Unterbringung
 – in einem Psychiatrischen Kranken-
 haus 376
 – in einer Entziehungsanstalt 376
 Unterbringungsbeschluss 382
 Unterbringungsgesetz 394
 Unterbringungsrecht 374, 382
 Untersuchung

– Anamnese 10
 – Befund 10
 – Beurteilung 10
 – Biographie 12
 – Diagnose 10
 – Dokumentation 10
 – sexuelle Entwicklung 12
 – Verhalten 20
 Untersuchungssituation 8
 Untersuchungsverfahren 421
 Urtikaria, chronische 222

V

Vaginismus 230
 Valerianae 300
 Valproat 152, 162, 293, 296
 Valproinsäure 293, 296
 Venlafaxin 290
 Verarmung 144
 Verarmungswahn 43, 442
 Verdrängung 180
 Verfahren, körperorientiertes 317
 Verfolgungsidee 23
 Verfolgungswahn 43, 151, 442
 Verhaltenstherapie 129, 309, 310, 314,
 321, 405, 442
 – Methode, operante 315
 – kognitive 148
 Verleugnung 180
 Verlustangst 361
 Vermeidungsverhalten 183, 185
 Verminderung der Steuerungsfähig-
 keit 385
 Versagensangst 170
 Verschiebung 180
 Versorgung 332
 – ambulante 333, 335
 – Definition 334
 – Grundversorgung 336
 – integrierte 336

- komplementäre 333, 335
- Mängel 334
- Missstände 334
- psychiatrische 333
- stationäre 333
- teilstationäre 333
- Verstärkung, positive 315
- Verstimmung 442
 - depressive 268, 289
- Versündigung 143
- Verwahrlosung 271
- Verwahrung, inhumane 402
- Verwirrtheitspsychose, erregt-
gehemmte 165
- Vier-Säfte-Lehre 402
- Vigilanz (► auch Bewusstsein/Wach-
heit) 18, 29
- Vigilanzstörung 30
- Vitalstörung 6, 144
- Vitalsymptom 151
- Vitamin-B-12-Mangel 56
- Voodoo-Tod 407
- Vormundschaftsgericht 382
- Vorstellung 19
- Voyeurismus 235

W

Wachheit (► auch Vigilanz) 30

Wachtherapie 147, 299, 303

Wahn 119, 127, 130, 442

- alkoholischer Eifersuchtswahn 95
- Beeinträchtigungswahn 43
 - – (prä)seniler 169
- Beobachtungswahn 151
- Beziehungswahn 43
 - – sensibler 167, 168
- depressiver 143
- Dermatozoenwahn 169
- Eifersuchtswahn 43, 437
- Größenwahn 151, 168, 438

- hypochondrischer 438
- Kontrollwahn 43
- körperdysmorpher 44
- Krankheitswahn, hypochondri-
scher 144
- manifester 42
- nihilistischer (► auch Cotard-
Syndrom) 43, 144
- patathymen 42
- Querulantenwahn (Paranoia
querulans) 43, 168
- Residualwahn 42
- Schuldwahn 43, 441
- symbiontischer 44, 169
- systematischer 441
- Verarmungswahn 43, 442
- Verfolgungswahn 43, 151, 442

Wahnarbeit 42

Wahndynamik 42

Wahneinfall 442

Wahnentwicklung 168

- bei Schwerhörigen 169
- Formen 167

Wahnidee 23, 110

Wahnhalt 407

Wahnsystem, paranoides 76

Wahnvorstellung 19

Wahnwahrnehmung 110, 122, 442

Wahrnehmung 19, 37

Wahrnehmungsstörung 259, 442

- qualitative 29, 37
- quantitative 29, 37

Waschzwang 183, 190

Weckamin 103

Weichteilrheumatismus 221

Weiterbildung 322

Wender/Utah-Kriterium 245

Wendung gegen das Selbst 181

Werktherapie 331

Wernicke-Enzephalopathie (► auch
Polioencephalopathia haemor-
rhagica superior Wernicke) 95, 96

Willenslähmung 61

Wohngiftsyndrom 407

Wortfindungsstörung 258
Wortneubildung 41

X

Xenophobiereaktion 269
xxxy-Syndrom 252
xxy-Syndrom 252
xyy-Syndrom 252

Z

Zerfahrenheit 442
Ziprasidon 285
Zivilrecht 379
Zoenästhesie 144
Zolpidem 300

Zönästhesie 39
Zoophilie 235
Zuclopenthixol 284
Zusatzgutachten 372
Zustimmung, informierte 397
Zwang 44, 442
– Kontrollzwang 183, 190
– Waschzwang 183
– Waschzwang 190
Zwangsdenken 442
Zwangseinweisung 382, 394
Zwangserkrankung 157
Zwangsgedanke 44, 144, 182, 442
Zwangshandlung 190
Zwangsimpuls 45
Zwangsmaßnahme 395
Zwangsmedikation 395
Zwangsneurose 182, 188, 321
Zwangsritual 191
Zwangsstörung 182, 191, 269
Zwangssymptom 190
Zwangsvorstellung 19
Zyklothymia 138, 139, 142, 153, 206