

Ergotherapie

Psychiatrie / Gerontopsychiatrie / Psychosomatik

52 UE

Vorträge

schizoaffektive Störung			
Zwangsstörung			
spezifische Phobien			
organische psychische Störung			
dissoziative Störung			

Inhaltsverzeichnis

1. Gegenstand, Geschichte, Klassifikationssysteme.....	3
1.1. Inhalt und Teilgebiete.....	3
1.2. Geschichte.....	4
1.3. Klassifikationssysteme.....	7
1.3.1. veraltet: Triadisches System.....	7
1.4. Aktuelle Klassifikation.....	8
1.4.1. ICD 10.....	8
1.4.2. DSM-5.....	9
2. Allgemeine Psychopathologie.....	10
2.1. Bewußtseinsstörungen.....	10
2.2. Orientierungsstörungen.....	11
2.3. Wahrnehmungsstörungen.....	11
2.4. Gedächtnisstörungen.....	11
2.5. Denkstörungen.....	12
2.6. Wahn.....	12
2.7. Störungen der Affektivität.....	13
2.8. Ich-Störungen.....	14
2.9. Zwänge, Phobien, Ängste, Hypochondrie.....	14
2.10. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik.....	15
3. Schizophrenie (F20.-).....	15
3.1. Ätiologie / Pathogenese.....	16
3.2. Symptomatik.....	16
3.3. Therapie.....	19
4. Affektive Störungen (F30-F39).....	20
4.1. Ätiologie / Pathogenese.....	20
4.2. Symptomatik und Typen.....	22
4.2.1. Depressive Episode.....	22
4.2.2. Manie.....	23

4.2.3.Dysthymie.....	23
4.2.4.Zyklothymie.....	23
4.3.Diagnostik.....	23
4.3.1.Depression.....	23
4.3.2.Manie.....	24
4.4.Therapie.....	24
4.4.1.Depression.....	24
4.4.2.Manie.....	26
5.Psychogene Störungen.....	26
5.1.Varianten des Erlebens.....	26
5.2.Belastungs- und Anpassungsstörungen.....	26
5.2.1.Akute Belastungsreaktion.....	27
5.2.2.Posttraumatische Belastungsstörung.....	28
5.2.3.Psychogener Erregungszustand.....	29
5.2.4.Depressive Reaktion / Trauerreaktion.....	29
5.2.5.Zweckreaktion.....	29
5.3.Persönlichkeitsstörungen.....	30
6.„neurotische“ Störungen.....	33
6.1.Begriff „Neurose“.....	33
6.2.Abwehrmechanismen (früher "neurotische" Abwehrmechanismen).....	34
7.Sucht und Abhängigkeit.....	35
7.1.Alkohol.....	35
7.2.Drogenabhängigkeit.....	38
7.2.1.Morphin- / Opiattyp.....	39
7.2.2.Amphetamintyp.....	40
7.2.3.Halluzinogentyp:.....	40
8.Suizid, Suizidversuche und Parasuizid.....	42
8.1.Begriffe.....	42
8.2.[E]:.....	42
8.3.[Ä/P].....	42
8.4.[S].....	43
8.5.Therapie.....	43
9.Gerontopsychiatrie.....	44
9.1.Depressionen.....	44
9.2.Demenzen (hier speziell Alzheimer-Demenz).....	45
9.3.Verwirrheitszustände bzw. delirante Syndrome.....	46
9.4.Sturz- und Frakturprävention.....	46
10.Psychosomatik.....	47
10.1.Gegenstand.....	47
10.2.Asthma bronchiale.....	48
10.3.Eßstörungen.....	49
10.4.Migräne (ICD-10: G43.- Migräne).....	51
10.5.psychosomatische Herzkrankheiten.....	52
10.6.Phobien (F40.- Phobische Störungen).....	53
10.7.Schmerzkrankheit (F45.4- Anhaltende Schmerzstörung).....	55
Literatur.....	58

1. Gegenstand, Geschichte, Klassifikationssysteme

1.1. Inhalt und Teilgebiete

- [Def] Erforschung, Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten
- Zusammenschau biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und derer Auswirkungen
- Teilgebiete
 - Psychopathologie
 - > Beschreibung abnormen Erlebens, Befindens und Verhaltens
 - > Benennung, Ordnung, Suche nach Zusammenhängen psychischer Störungen
 - Psychologie
 - > Wissenschaft von den normalen psychischen Vorgängen
 - > allgemeine und experimentelle Psychologie, Persönlichkeitswissenschaft, Psychodiagnostik und Psychotherapie
 - biologische Psychiatrie
 - > Forschung mittels biologischer Methoden
 - > Neuroanatomie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Biochemie, Chronobiologie, Genetik
 - Psychopharmakologie
 - > Wissenschaft von der Beeinflussung psychischer Vorgänge durch Psychopharmaka
 - > Psychopharmakologische Grundlagenforschung und klinische Psychopharmakologie
 - Sozialpsychiatrie
 - > Epidemiologie und Soziologiepsychischer Krankheiten
 - > Zusammenhang psychischer Krankheit und Gesellschaft
 - forensische Psychiatrie
 - > Rechtsfragen, die psychisch Kranke betreffen
 - > z.B. Einschätzung freier Willensbestimmung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - > Erforschung / Behandlung psychischer Störungen von Säugling bis Adolescent
 - > selbständiges medizinisches Fachgebiet
 - Psychosomatische Medizin
 - > Wissenschaft von körperlich in Erscheinung tretenden, psychisch (mit-)bedingten Krankheiten
 - > selbständiges medizinisches Fachgebiet
 - Neurologie
 - > Wissenschaft von den organischen Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems, bei denen psychische Störungen nicht im Vordergrund stehen

- > selbständiges medizinisches Fachgebiet
- Psychopharmakotherapie (Pharmakopsychiatrie)
 - > Medikamentöse Behandlung psychischer Krankheiten
 - > größter Teil somatischer Behandlungsmethoden
- Psychotherapie
 - > Behandlung von Kranken mit psychischen Mitteln (Gespräche, übende Verfahren)
 - > Tiefenpsychologie, Lern- und Verhaltenstherapie
- Soziotherapie
 - > Behandlung durch Milieufaktoren
 - > Strukturierung des Tagesablaufs, Interaktion in Gruppenprozessen, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie - und natürlich Ergotherapie

1.2. Geschichte

- Die Bibel, Marcus 5, 1ff.

¹Und sie kamen jenseits des Meers in die Gegend der Gadarener. ²Und als er aus dem Schiff trat, lief ihm alsbald entgegen aus den Gräbern ein besessener Mensch mit einem unsaubern Geist, ³der seine Wohnung in den Gräbern hatte; und niemand konnte ihn binden, auch nicht mit Ketten. ⁴Denn er war oft mit Fesseln und Ketten gebunden gewesen, und hatte die Ketten abgerissen und die Fesseln zerrieben; und niemand konnte ihn zähmen. ⁵Und er war allezeit, Tag und Nacht, auf den Bergen und in den Gräbern, schrie und schlug sich mit Steinen. ⁶Da er aber Jesum sah von ferne, lief er zu und fiel vor ihm nieder, schrie laut und sprach: ⁷Was habe ich mit dir zu tun, o Jesu, du Sohn Gottes, des Allerhöchsten? Ich beschwöre dich bei Gott, daß du mich nicht quälest! ⁸Denn er sprach zu ihm: Fahre aus, du unsauberer Geist, von dem Menschen! ⁹Und er fragte ihn: Wie heißt du? Und er antwortete und sprach: Legion heiße ich; denn wir sind unser viele. ¹⁰Und er bat ihn sehr, daß er sie nicht aus der Gegend triebe. ¹¹Und es war daselbst an den Bergen eine große Herde Säue auf der Weide. ¹²Und die Teufel baten ihn alle und sprachen: Laß uns in die Säue fahren! ¹³Und alsbald erlaubte es ihnen Jesus. Da fuhren die unsauberen Geister aus und fuhren in die Säue; und die Herde stürzte sich von dem Abhang ins Meer (ihrer waren aber bei zweitausend) und ersoffen im Meer. ¹⁴Und die Sauhirten flohen und verkündigten das in der Stadt und auf dem Lande. Und sie gingen hinaus, zu sehen, was da geschehen war, ¹⁵und kamen zu Jesu und sahen den, der von den Teufeln besessen war, daß er saß und war bekleidet und vernünftig, und fürchteten sich.

- Beschreibung psychischer Erkrankungen in griechisch-römischer Antike, z.B. Depressionen
- Hippokrates' "Vier-Säfte-Lehre": Überwiegen schwarzer Galle -> Depression
 - darauf zurückgehend Typeinteilung: Melancholiker, Choliker, Sanguiniker, Phlegmatiker
- Therapieansatz:
 - Diätetik (nicht nur Ernährung, sondern Lebensgestaltung)
 - Massagen, Umschläge, Aderlässe
- Weiterführung in Europa im Mittelalter
- Verfolgung psychisch Kranker als Hexen u.ä.
- 17. / 18. Jh.: Unterbringung mit Behinderten, Armen, Landstreichern und Prostituierten als Asoziale in Zuchthäusern, oft in Ketten

- Aufklärung in 2. Hälfte 18. Jahrhundert: Humanisierung
 - Tollhäuser -> Irrenanstalten
 - Irrenbefreiung in Paris durch Philippe Pinel (1793)
 - Pinel (bis 1826) und Esquirol (bis 1840): Begründung “traitement moral”: Zuwendung, Milde, Geduld
 - England: John Conolly (bis 1866): keine mechanischen Zwangsmittel
 - Nachsicht, Güte
 - Betätigung in Handwerk und Landwirtschaft
- deutsche Psychiatrie im 19. Jh. in zwei Lager gespalten
 - “Psychiker”: Erkrankungen der körperlosen Seele durch Sünde
 - “Somatiker”: naturwissenschaftliche und anthropologische Erklärungsansätze
 - Wilhelm Griesinger (1810-1865): psychische Erkrankungen als Erkrankungen des Gehirns, Notwendigkeit sozialpsychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsgesichtspunkte, Gründung von Krankenanstalten
- Ende des 19. Jahrhunderts: Integration der Psychiatrie in die Medizin, v.a. durch Entwicklung der Neurologie
- Emil Kraepelin (1856-1926): Systematik psychischer Erkrankungen auf der Basis der Beobachtung des Gesamtverlaufs: u.a. “Dementia praecox”
- Eugen Bleuler (1857-1939): “Dementia praecox” -> “Schizophrenie”
 - Grundlage der inzwischen vereinheitlichten ICD-10
- Entwicklung der deskriptiven psychopathologischen Psychiatrie (Karl Jaspers 1883-1969, Kurt Schneider 1887-1969)
- Erkenntnis, daß für Beschreibung psychopathologischer Phänomene ausreichende Standardisierung nötig ist
- Sigmund Freud (1856-1939):
 - Wissenschaft von unbewußten und neurotischen Verarbeitungsprozessen
 - Begründung der Psychoanalyse
- Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936), Burrhus Frederic Skinner (1904-1990): Konditionierbarkeit, Erlernbarkeit von Verhaltensmustern
 - -> Grundlage der Verhaltenstherapie
- 20.Jh.
 - Behandlung der progressiven Paralyse mit Fieberschüben durch Malariainfektion (Julius Wagner, Ritter von Jaureck), später mit Penicillin
 - 1933: Insulin-Koma-Behandlung, inzwischen obsolet
 - 1937: EKT
 - ab ca. 1950 Psychopharmaka:
 - > 1949: antimanischer Effekt von Lithium
 - > 1952: Neurolepticum Chlorpromazin
 - > 1954: Anxiolyticum Meprobamat
 - > 1957: Antidepressivum Imipramin

- in letzten 40 Jahren biologischer Forschungsansatz zunehmend
 - Klärung genetischer, neuropathologischer neurophysiologischer und neurochemischer Fragen
 - Transmitter- und Rezeptorforschung
 - Molekulargenetik
 - Ziel: bessere Therapieansätze
- 1975: Bericht der Enquete-Kommission zur Situation der Psychiatrie in der BRD
 - Übergang von Großkrankenhäusern zu komplementären Versorgungsstrukturen (Tagesklinik, Nachtklinik, sozialpsychiatrische Heime)
 - psychiatrische Abteilungen in Stadtkrankenhäusern
 - therapeutische Atmosphäre in psychiatrischen Krankenhäusern
- Faschismus: Greuelthaten in der deutschen Psychiatrie
 - Zwangssterilisation psychisch Kranker
 - > 14.7.1933 „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
 - > Sterilisierung erblich kranker Menschen bei
 - angeborenem Schwachsinn
 - Schizophrenie
 - zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein
 - erblicher Fallsucht (Epilepsie)
 - erblichem Veitstanz
 - erblicher Blindheit
 - erblicher Taubheit
 - schwerer körperlicher Mißbildung
 - schwerem Alkoholismus“
 - ab März 1935 alle farbigen Kinder und „Ballastexistenzen“, d.h. „moralisch irre oder ethisch schwer defekte und dadurch sozial minderwertige Psychopathen“ und „unverbesserliche Anlageverbrecher“, also Asoziale
 - > bis Kriegsbeginn 1939 etwa 350 000 bis 400 000
 - etwa 2% der deutschen Bevölkerung; weitergehende Pläne sahen bis zu 30% vor
 - Ermordung im Rahmen der geheimen Aktion „T4“ (nach dem Sitz des Arbeitsstabes in der Tiergartenstraße 4, Berlin)
 - > beschönigender Begriff: „Euthanasie“ („gute Tötung“)
 - > Ende Oktober 1939, auf 1. September zurückdatiert: „Ermächtigungs“-Erlaß Hitlers:
 - „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankenzustandes der Gnadentod gewährt

- werden kann.“
- > 1939 – 1941 70237 Patienten organisiert ermordet, dann aufgrund von Protesten aus Kirchenkreisen eingestellt
 - > dezentrale Fortsetzung als „wilde Euthanasie“ durch „Niederbringung“ durch Nahrungs- und Medikamenten- sowie Pflegeverweigerung und mangelhafte Unterbringung
 - keine Akten, geschätzt weitere 120000 Opfer
 - klar erklärtes Ziel: Kostensenkung im Gesundheitswesen, Beispielrechnung aus einem auf Schloß Hartheim gefundenen Dokument:
 - > Ausgangspunkt sind die 70237 Ermordeten bis 1941
 - > „Bei einem durchschnittlichen Tagessatz von RM 3,50 ergibt sich hierdurch
 - > 1. eine tägliche Ersparnis von RM 245 955,50
 - > 2. eine jährliche Ersparnis von RM 88 543 980,00
 - > 3. bei einer Lebenserwartung von
 - > 10 Jahren RM 885 439 800,00“
 - eine von sechs Vernichtungskliniken war Psychiatrische Klinik Pirna Sonnenstein
 - > dort wurden 13720 Tötungen, überwiegend durch Vergasen
 - > Kranke sowie als „Dienstleistung“ für überlastete Konzentrationslager Kommunisten und andere von den Faschisten Verfolgte

1.3. Klassifikationssysteme

1.3.1. veraltet: Triadisches System

- orientiert an Hypothesen zu Ätiologie und Pathogenese

Grundlage	faßbare organische Veränderungen	vermutete körperliche Veränderungen	psychisch ausgelöste Erkrankungen
Bezeichnung	„körperlich begründbare / exogene Psychosen“, „hirnorganische Psychosyn-drome (HOPS)“	“Endogene Psychosen” „Endogene psychische Erkrankungen“	“Neurosen” u.a. „abnorme Variationen seelischen Wesens“
Beispiele	Demenz, Delir, organische Persönlichkeitsveränderungen	Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung	Zwangs- und Angststörungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen

Das triadische System der deutschen Psychiatrietradition ist ein nach Ursachen klassifizierendes System psychiatrischer Erkrankungen. Die erste Beschreibung geht auf Emil Kraepelin (1856-1926) zurück; Weiterentwicklungen sind mit den Namen Ernst Kretschmer (1888-1964) und Karl Jaspers (1883-1969) verknüpft.

Man teilte die psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen nach ihrer Ursache in drei Gruppen ein:

Organische, d.h. durch fassbare körperliche Veränderungen (wie etwa einen Hirntumor) ausgelöste psychische Erkrankungen (körperlich begründbare Psychosen, auch hirnorganische Psychosyndrome / HOPS). Beispiele dafür sind Demenz oder Delir.

Endogene psychische Erkrankungen, die vermutlich durch körperliche Veränderungen begründet sind, welche man jedoch noch nicht genau angeben kann (erbliche und "noch nicht körperlich begründbare" Psychosen). Beispiele dafür sind Schizophrenie und manisch-depressive Psychosen (bipolare affektive Störung).

Die dritte Gruppe beinhaltet die vermutlich psychisch ausgelösten Erkrankungen, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, Neurosen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. Kraepelin nannte dies abnorme Variationen seelischen Wesens.

von: http://psychotherapie.medizintoday.de/Triadisches_System

1.4. Aktuelle Klassifikation

- nach phänomenologischen Merkmalen, Verlauf, Zeitkriterien

1.4.1. ICD 10

- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (WHO, in der BRD gepflegt durch das DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, aktuell ICD-10, jährliche Aktualisierung
 - Buchstaben-Zahlen-Kombination
 - > Buchstabe entspricht Kapitel, bezeichnet Organsystem oder Kategorie von Erkrankungen oder Faktoren, welche zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
 - Kapitel V: F00-F99: Psychische und Verhaltensstörungen
 - Kapitel XV: O00-O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
 - > 1. Ziffer: Krankheitsgruppe, 2. Ziffer: Krankheit
 - F40-48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - F40 Phobische Störungen
 - > 3. und 4. Ziffer: Subkategorien
 - Beispiel:

F40.0- Agoraphobie

Eine relativ gut definierte Gruppe von Phobien, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Eine Panikstörung kommt als häufiges Merkmal bei gegenwärtigen oder zurückliegenden Episoden vor. Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien sind als zusätzliche Merkmale gleichfalls häufig vorhanden. Die Vermeidung der phobischen Situation steht oft im Vordergrund, und einige Agoraphobiker erleben nur wenig Angst, da sie die phobischen Situationen meiden können.

F40.00 Ohne Angabe einer Panikstörung

F40.01 Mit Panikstörung

- Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (nur für ambulante Versorgung)
 - > V Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
 - > Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
 - > A ausgeschlossene Diagnose
 - > G gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)
- Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation (ambulante und stationäre Versorgung)
 - > R rechts
 - > L links
 - > B beidseitig
- Beispiel: Schnittwunde am linken Unterarm
 - > ambulant: S51.9 GL
 - > stationär: S51.9 L

1.4.2. DSM-5

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) der American Psychiatric Association (APA), auch in BRD gebräuchlich
- mehrere „Achsen“ (1-5)
 - Symptomatik
 - Persönlichkeitsstruktur
 - körperliche Störungen
 - belastende soziale Faktoren
 - psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit

- **Axis I: Clinical Syndromes**
 - This is what we typically think of as the diagnosis (e.g., depression, schizophrenia, social phobia)
- **Axis II: Developmental Disorders and Personality Disorders**
 - Developmental disorders include autism and mental retardation, disorders which are typically first evident in childhood
 - Personality disorders are clinical syndromes which have a more long lasting symptoms and encompass the individual's way of interacting with the world. They include Paranoid, Antisocial, and Borderline Personality Disorders.
- **Axis III: Physical Conditions which play a role in the development, continuance, or exacerbation of Axis I and II Disorders**
 - Physical conditions such as brain injury or HIV/AIDS that can result in symptoms of mental illness are included here.
- **Axis IV: Severity of Psychosocial Stressors**
 - Events in a persons life, such as death of a loved one, starting a new job, college, unemployment, and even marriage can impact the disorders listed in Axis I and II. These events are both listed and rated for this axis.
- **Axis V: Highest Level of Functioning**
 - On the final axis, the clinician rates the person's level of functioning both at the present time and the highest level within the previous year. This helps the clinician understand how the above four axes are affecting the person and what type of changes could be expected.

2. Allgemeine Psychopathologie

2.1. Bewußtseinsstörungen

- [Def]: qualitative und quantitative Veränderungen des Bewußtseins
- quantitativ
 - Bewußtseinsverminderung (Schlaf-Wach-Skala)
 - > Bewußtseinstrübung
 - Benommenheit: schwer besinnlich, verlangsamt, Informationsaufnahme / -verarbeitung eingeschränkt
 - Somnolenz: schläfrig, leicht weckbar
 - Sopor: schlafend, mit starken Reizen kurz weckbar
 - > Koma: bewußtlos, nicht weckbar
 - I: gezielte Abwehr auf Schmerzreize
 - II: ungezielte regelmäßige Abwehr auf Schmerzreize
 - III: ungezielte unregelmäßige Abwehr auf Schmerzreize
 - IV: keine Abwehr auf Schmerzreize, weite lichtstarre Pupillen
- qualitativ:
 - Bewußtseinseinengung
 - > z.B. Fokussierung auf bestimmtes Erleben
 - > verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize
 - > komplizierte Abläufe (z.B. Reisen) möglich
 - Bewußtseinsverschiebung

- > verändert gegenüber normalem Tagesbewußtsein
- > Gefühl der Intensitäts- / Helligkeitssteigerung
- > Bewußtseinssteigerung hinsichtlich Wachheit und Wahrnehmung
- > u / o Bewußtseinsweiterung (Gefühl der größeren erkennbaren Tiefe von Zeit und Raum)
- Bewußtseinstrübung
 - > Mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens
 - > „zerstückeltes“ Bewußtsein
- [D]: „Hatten Sie das Gefühl,
 - > Farben intensiver zu sehen oder Musik lauter zu hören?“
 - > daß Ihre Wahrnehmung besonders scharf ist?“

2.2. Orientierungsstörungen

- [Def] mangelndes Bescheidwissen über zeitliche, räumliche, persönliche und situative Gegebenheiten; Unterscheidung in eingeschränkte und aufgehobene Orientiertheit
- zeitliche Desorientiertheit: Datum, Tag, Jahr, Jahreszeit
- örtliche Desorientiertheit: Ort
- situative Desorientiertheit: aktuelle Situation
- Desorientiertheit zur eigenen Person: Name, Geburtsdatum, sonstige wichtige persönliche Daten

2.3. Wahrnehmungsstörungen

- Illusion
 - [Def] Wahrnehmungsverfälschung, Fehldeutung tatsächlich vorhandener Sinneseindrücke
 - Verkennung / Umgestaltung von Gegenständen, Personen oder Situationen
- Halluzination
 - [Def] (Trug-)Wahrnehmung ohne Sinnesreiz
 - als real erlebt, nicht korrigierbar
 - häufig akustisch / optisch
 - bei Schizophrenie, Substanzmißbrauch
- Pseudohalluzination
 - [Def] (Trug-)Wahrnehmung ohne Sinnesreiz, die als solche erkannt wird
 - kein Festhalten an Wahrnehmung
 - Einschlaf- / Aufwachphase, Ermüdung, Erschöpfung

2.4. Gedächtnisstörungen

- [Def] verminderte Wiedergabefähigkeit für frische und alte Erfahrungen; Unterscheidung von Störungen der Merkfähigkeit und des Altgedächtnisses
- Störungen der Merkfähigkeit
 - Einschränkung oder Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke etwa 10 Minuten zu merken
 - Test z.B. mit 7stelliger Zahl oder drei Gegenständen
- Störungen des Altgedächtnisses

- länger als 10 Minuten zurückliegende Eindrücke
- Test: Daten über Berufsabschluß, Ehe, Geburt der Kinder u.ä.
- Amnesie
 - inhaltlich oder zeitlich begrenzte Erinnerungslücke
 - retrograd, anterograd
 - total, lakunär (ausgestanzt)
 - meist länger als Bewußtlosigkeit
- Konfabulation
 - Lücken werden mit Einfällen ausgefüllt
 - werden für echte Erinnerungen gehalten
- Paramnesien
 - „Wahnerinnerungen“: Umänderung von Erinnerungen
 - deja-vu / jamais-vu

2.5. Denkstörungen

- [Def]: formale Störung des Denkablaufs
- Denkverlangsamung
 - schleppender Gedankengang, oft subjektiv als Hemmung empfunden
- Umständliches Denken
 - Nebensächliches und Wesentliches nicht getrennt
- Eingeengtes Denken
 - Verhaftetsein an einem Thema oder wenigen Themen
- Perseveration
 - Wiederholung gleicher Denkinhalte, Haftenbleiben an nicht mehr benötigten Worten und Angaben
- Ständiges Grübeln
 - bestimmte, meist unangenehme Gedanken, im Zusammenhang mit aktueller Lebenssituation
- Gedankendrängen
 - Druck vieler Einfälle, ständig wiederkehrende Gedanken
- Ideenflucht
 - übermäßig einfallsreicher Gedankengang, Abweichung von Zielstellung
- Vorbeireden
 - Nichteingehen auf Fragen, Vorbringen anderer Inhalte, obwohl aus Situation / Antwort Verstehen der Frage ersichtlich ist
- Sperrung / Gedankenabreißen
 - Abbruch ansonsten flüssigen Gedankengangs
- Inkohärenz / Zerfahrenheit
 - sprunghafter, dissoziierter Gedankengang, Aneinanderreihung nicht zusammengehöriger Inhalte
- Neologismen
 - Wortneubildungen, die sprachlichen Konventionen nicht entsprechen
- [Fallbeispiele aus Lehrbuch MLP-Reihe]

2.6. Wahn

- [Def]: krankhaft falsche Beurteilung der Realität,

erfahrungsunabhängig, mit subjektiver Gewißheit;
Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der
Mitmenschen

- Fallbeispiel eMail
-
- [DD]: überwertige Ideen: gefühlsmäßig starke
Erlebnisinhalte, die das Denken in unsachlicher und
einseitiger Weise beherrschen; korrigierbar
- Charakterisierung nach Entstehungsart
 - Wahneinfall: plötzlich
 - Wahnwahrnehmung: richtige Sinneswahrnehmungen
erhalten wahnhafte Bedeutung
 - Erklärungswahn: Wahnhafte Überzeugung zur Erklärung
von psychotischen Symptomen (z.B. Halluzinationen)
 - [Fallbeispiele]
- weitere Charakteristika
 - Wahnstimmung: unheimlich, vieldeutig (daraus
entstehen Wahnideen)
 - Wahndynamik: affektive Anteilnahme am Wahn
 - Systematischer Wahn: Wahngebäude durch logische und
paralogische Verknüpfungen
 - Beziehungswahn: Dinge der Umwelt auf sich selbst
bezogen
 - Bedeutungswahn: zufälligen Ereignisse wird Bedeutung
zugeschrieben
 - Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn
 - Eifersuchtswahn: wahnhafte Überzeugung, vom Partner
betrogen / hintergangen zu werden
 - Schuldwahn: wahnhafte Überzeugung, negative
Ereignisse verursacht zu haben
 - Versündigungswahn: wahnhafte Überzeugung, gegen
Gott, die Gebote oder höhere sittliche Instanz verstoßen
zu haben
 - Verarmungswahn: wahnhafte Überzeugung von Verlust
oder Bedrohung der finanziellen Lebensbasis
 - Hypochondrischer Wahn: wahnhafte Überzeugung von
Verlust oder Bedrohung der Gesundheit
 - Größenwahn: wahnhafte Selbstüberschätzung bis hin zur
Identifizierung mit bedeutenden Persönlichkeiten der
Vergangenheit oder Gegenwart
 - Wahnerinnerung: wahnhaft verfälschte Erinnerung

2.7. Störungen der Affektivität

- [Def]: kurze Gefühlswallungen (z.B. Zorn, Wut, Haß,
Freude) und lange Stimmungen (z.B. Depression, Manie)
- Affektlabilität: rascher Wechsel
- Affektinkontinenz: fehlende Beherrschung der
Affektäußerung
- Affektarmut: geringe Ansprechbarkeit: gleichgültig,
verhalten, lust- und interesselos
- Gefühl der Gefühllosigkeit: leidvoll erlebter Mangel /

Verlust affektiver Regung

- Affektstarrheit: Verminderung der Modulationsfähigkeit; Verharren in Affekten unabhängig von äußerer Situation
- Innere Unruhe
- Dysphorie: mißmutige Stimmungslage
- Euphorie: übersteigertes Wohlbefinden, Behagen, Heiterkeit
- Gereiztheit: Neigung zu aggressiv getönten Affektausbrüchen
- Ambivalenz: gegensätzliche Gefühle bezüglich einer Situation, Handlung, Person bestehen nebeneinander -> Spannungszustand
- Läppischer Affekt: albern, leere Heiterkeit, einfältig, töricht, unreif
- Depressivität: negativ getönte Befindlichkeit
- Angst: Gefühlszustand der Bedrohung / Gefahr
- Störung der Vitalgefühle: keine Kraft, Lebendigkeit, körperliche und psychische Frische und Ungestörtheit
- Insuffizienzgefühl: nichts wert, unfähig, untüchtig
- Gesteigertes Selbstwertgefühl: besonders wertvoll, tüchtig
- Parathymie: Gefühlsausdruck und Erlebnisinhalt nicht übereinstimmend

2.8. Ich-Störungen

- Depersonalisation: Ich oder Teile des Körpers als fremd empfunden
- Derealisation: Umgebung erscheint fremd, unwirklich oder räumlich verändert
- Gedankenausbreitung: Gefühl, daß Andere Anteil an eigenen Gedanken haben und diese kennen
- Gedankenentzug: Gefühl der Wegnahme von Gedanken
- Gedankeneingebung: Gefühl, daß Gedanken eingegeben, gelenkt, gesteuert sind
- Fremdbeeinflussungserlebnisse: Empfinden, daß Fühlen, Streben, Wollen, Handeln von außen gemacht sind

2.9. Zwänge, Phobien, Ängste, Hypochondrie

- Angst: Gefühlszustand der Bedrohung / Gefahr
 - körperliche vegetative Erscheinungen
- Phobie: Objekt- oder situationsbetonte Angst
 - Bsp: Claustrophobie, Agoraphobie, Arachnophobie
- Mißtrauen: Befürchtung, daß Jemand etwas gegen einen im Schilde führt
- Hypochondrische Befürchtungen: sachlich unbegründete Sorge um eigene Gesundheit
- Zwangsideen: Aufdrängen nicht unterdrückbarer Denkinhalte, selbst als sinnlos und quälend empfunden
- Zwangshandlungen: selbst als sinnlos und quälend empfundene, aber nicht unterdrückbare Handlungen aufgrund Zwangsimpulsen oder Zwangsbefürchtungen
 - Waschzwang, Kontrollzwang

2.10. Störungen des Antriebs und der Psychomotorik

- [Def]: Störungen der Energie, Initiative und Aktivität
- Antriebsarmut: mangelnde Initiative, als vermindert erlebt, spärliche Spontanmotorik, mangelnde Aktivität
- Antriebshemmung: mangelnde Initiative, als gebremst erlebt
- Stupor: motorische Bewegungslosigkeit
- Mutismus: Wortkargheit bis Nichtsprechen
- Logorrhoe: übermäßiger Rededrang
- Antriebssteigerung: übermäßige Aktivität und Initiative bei zielgerichteter Tätigkeit
- motorische Unruhe: ziellose motorische Aktivität, bis Tobsucht
- Automatismen: automatische Handlungen, selbst als nicht beabsichtigt empfunden
 - Negativismus: Anweisungen werden gegenteilig oder gar nicht ausgeführt
 - Befehlsautomatie: Befehle werden automatisch befolgt
 - Echolalie / Echopraxie: Nachahmen von Worten / Bewegungen
- Ambitendenz: entgegengesetzte Willensimpulse
- Stereotypien: Wiederholung von Worten / Handlungen, erscheinen sinnlos
- Tic: gleichförmige Wiederholung unwillkürlicher Muskelzuckungen, evtl. mit Ausdrucksgehalt
- Paramimie: Mimik und Erlebnisgehalt im Widerspruch
- Manierismen: sonderbare, gekünstelte, posenhafte Verhaltenszüge
- Theatralisches Verhalten: Patient stellt sich selbst übersteigert dar, Beschwerdeübersteigerung
- Aggressivität
- sozialer Rückzug
- soziale Umtrieblichkeit: Erweiterung der Sozialkontakte

- 8 Stunden

3. Schizophrenie (F20.-)

- ICD-10-GM Version 2016, Kapitel V
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- Symptomatisch vielgestaltig: Wahn, Halluzinationen, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen, psychomotorische (katatone) Störungen. Keine körperliche Ursache
- [G]
 - 1898: „Dementia praecox“ (Kraepelin)
 - 1911: „Schizophrenie“ (Bleuler)
- [E]
 - 0,5-1% Lebenszeitprävalenz, 0,05% Inzidenz
 - m=w, m max. 21a, w max. 26a

3.1. Ätiologie / Pathogenese

- polygen multifaktoriell
- Risiko von Verwandten: 2° 5%, 1° 10%, ZZ 15%, EZ 50%
- Faktoren
 - perinatale Hirnschädigung („minimal brain dysfunction“)
 - psychosoziale Faktoren (nur für Rezidive gesichert)
 - > „high-expressed-emotions“-Familien: erhöhte kritische Emotionalität u / o Überprotektion
 - > dominante „schizophrenogene“ Mutter
 - > Störungen im familiären Rollengefüge
 - > pathologische Kommunikationsmuster
 - > frühere, falsche Annahme
 - Zugehörigkeit zur gesellschaftlichen Unterschicht durch Abgleiten (Drift-Hypothese)
 - kindliches Verhalten späterer Schizophreniepatienten
 - > passive, unkonzentrierte Kleinkinder
 - > in Schulzeit störendes unkonzentriertes Verhalten
 - > oft schwere Störungen in Beziehungen der Familienmitglieder
 - biochemisch: Überaktivität zentralnervöser dopaminergischer Strukturen
 - strukturelle Anomalien (Teil der Patienten)
 - > Erweiterung 3. Ventrikel
 - Störungen der Informationsverarbeitung (kognitive Basisstörungen)
 - > Schwäche der selektiven Aufmerksamkeit
 - > Störungen der Reaktions- und Assoziationshierarchien
 - psychoanalytisch:
 - > Ich-Schwäche in Kindheit
 - > Regression auf frühere Entwicklungsstufe

3.2. Symptomatik

- Statistik 81 stationärer psychiatrischer Patienten

formale Denkstörungen	68%
Sperrung / Gedankenabreißen	
Vorbeireden	
Zerfahrenes Denken	
Wahn	79%
Beziehungswahn	48%
Verfolgungs- / Beeinträchtigungswahn	59%
Liebeswahn	
religiöser Wahn	
Größenwahn	11%
Halluzinationen	49%
dialogisierende / kommentierende Stimmen	36%
andere Stimmen / akustische Halluzinationen	
optische Halluzinationen	
Leibhalluzinationen	
Ich-Störungen	46%
Derealisation / Depersonalisation	

Autismus Fremdbeeinflussung des Denkens / Gedankenausbreitung andere Fremdbeeinflussungserlebnisse	
Störungen der Affektivität	96%
Gefühlsarmut Parathymie Läppisches Verhalten Psychotische Ambivalenz Aggressive Gespanntheit Mißtrauen Dysphorie / Gereiztheit Angst / Panik Depressive Stimmung Euphorische Stimmung	
Störungen des Willens und der Psychomotorik	60%
Apathie Interessenverminderung / Abulie (Willenlosigkeit) Stupor Mutismus Stereotypien Katalepsie Manierismus Negativismus Agitiertheit	
Störungen des Trieb- und Sozialverhaltens	63%
Kontaktmangel Aggressionstendenz Gesteigerte Erschöpfbarkeit Pflegebedürftigkeit / Verwahrlosungstendenz	

- diagnostische Merkmale der Schizophrenie [Abb.]

Bleuler	Schneider
Grundsymptome	Symptome 1. Ranges
Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebs (v.a. Zerfahrenheit, Ambivalenz und Antriebsstörungen)	Wahnwahrnehmung Dialogisierende akustische Halluzinationen Gedankenlautwerden Gedankenentzug Gedankeneingebung Gedankenausbreitung Leibliche Beeinflussungserlebnisse
akzessorische Symptome	Symptome 2. Ranges
Wahn Halluzinationen katatone Erscheinungen u.a.	Wahneinfall sonstige Halluzinationen Affektveränderungen Ratlosigkeit u.a.

- Wahn und Halluzination ist NICHT Schizophrenie
 - bei Schizophrenien häufig (80% der Schizophrenen entwickeln Wahnsymptome), aber

- nicht bei allen Schizophrenen, dafür
- auch bei Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen
- Plus- und Minussymptomatik sind therapeutisch wichtig

Plussymptomatik: Merkmale, welche im Vergleich zur Normalbevölkerung stärker oder zusätzlich ausgeprägt sind.

Minussymptomatik: Merkmale, welche im Vergleich zur Normalbevölkerung geringer ausgeprägt sind oder fehlen.

Die Begriffe „Positivsymptomatik“ und „Negativsymptomatik“ sind auch gebräuchlich (z.B. ICD-10), aber irreführend wertend. (Auch ein „Positivsymptom“ ist pathologisch und damit für den Patienten negativ.)

- Plussymptomatik spricht auf Neuroleptica an, Minussymptomatik nicht
- Klinische Subtypen (werden nach Schwerpunktsymptomen zugeordnet, andere Symptome können in geringer Ausprägung vorliegen)
 - Paranoide Schizophrenie (F20.0)
 - > Wahn, Halluzinationen
 - Hebephrene Schizophrenie (F20.1)
 - > affektive Störungen: läppische Grundstimmung, leere Heiterkeit, Gleichgültigkeit,
 - > formale Denkstörungen
 - > unberechenbares, flapsiges Sozialverhalten
 - Katatone Schizophrenie (F20.2) (kata-: herab-, gegen-, gänzlich)
 - > psychomotorische Störungen im Vordergrund: Schwankungen zwischen extremer Hyperkinese und Stupor
 - > Bewegungsstörung kann längere Zeit anhalten
 - > Befehlsautomatismen, Negativismen, stereotype Haltungen
 - > Risiko: lebensbedrohliche (perniziöse) Katatonie: Stupor, Hyperthermie und andere vegetative Entgleisungen
 - Schizophrenia simplex (F20.6)
 - > symptomarm
 - > keine produktiven Symptome
 - > schleichend fortschreitende Minussymptome
 - Schizophrenes Residuum (F20.5)
 - > langanhaltender chronischer Zustand
 - > Minussymptomatik
 - anfangs / leicht
 - Persönlichkeitsänderung unterschiedlichen Ausmaßes
 - Leistungsschwäche
 - Kontaktschwäche
 - affektive Nivellierung,
 - Konzentrationsstörungen

- depressive Verstimmungen
- > schwer
 - Einengung von Interessen
 - autistischer Rückzug
 - Interessen- und Antriebslosigkeit
 - affektive Verarmung
 - Vernachlässigung der Körperpflege
- > Plus symptomatik
 - Hypochondrie
 - Residualwahn
 - andere produktive Symptome
- > bei Plus- und Minussymptomatik: „gemischtes Residuum“
- Verlaufstypen
 - einfache Verläufe (seltener)
 - wellenförmige Verläufe (häufigste)
 - Andere Verläufe ca. 5%
- Prognose
 - 1/3 Heilung
 - 1/3 Besserung / leichter Verlauf
 - 1/3 Verschlechterung / schwerer Verlauf

3.3. Therapie

- konsequente Therapie im akuten Stadium durch mangelnde Krankheitseinsicht behindert
- Psychopharmakotherapie
 - Neuroleptica; grundsätzlich Monotherapie
 - akut
 - > medikamentös: Perazin, (Haloperidol, Perphenazin, Fluphenazin)
 - > bei katatonem Stupor: EKT
 - > E / A-Kontrolle bei akuten Schizophrenien
 - Erhaltungstherapie
 - > medikamentös: 3-5a Rezidivprophylaxe
 - Erstmanifestation oder lange Intervalle: 1-2a Rezidivprophylaxe
 - 2-3 Rezidive oder Rezidiv innerhalb 1a: 2-5a Rezidivprophylaxe
 - häufig rezid. / Eigen- / Fremdgefährdung: unbegrenzte Rezidivprophylaxe
 - > Nutzen / Risiko: W / NW-Erwägung)
 - > Psychotherapie
 - Hilfe, die Bürde der Erkrankung zu tragen
 - Hoffnung, Mut, Information
 - keine lebensrelevanten Entscheidungen während akuter Phase
 - Über- / Unterstimulation vermeiden
 - > Soziotherapie
 - Neigung zu Hospitalisierungsschäden bei reizarmer Umgebung; Gefahr chronischer Minussymptomatik

- Ziel: Förderung sozialer Fähigkeiten, Verhinderung sozialer Defizite
- Arbeits- und Ergotherapie, berufsrehabilitierende Maßnahmen
- Prinzip der kleinen Schritte: langsame Steigerung von Forderung und Kooperation
 - Zeitdauer
 - Intensität
 - Kompliziertheit
 - Interaktionsnotwendigkeit
- auch bei Wohnen und Selbstversorgung
- vollstationär
- teilstationär
- Tages- / Nachtambulanz

4. Affektive Störungen (F30-F39)

F30.- Manische Episode
 F31.- Bipolare affektive Störung
 F32.- Depressive Episode
 F33.- Rezidivierende depressive Störung
 F34.- Anhaltende affektive Störungen
 F38.- Andere affektive Störungen
 F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

- [Def]: krankhafte Veränderung der Stimmung, meist zur Manie oder Depression
- Begriffe:
 - **Affektive Psychosen:** Zylothymie, manisch-depressive Erkrankung, bipolare Psychose
 - **Unipolare Depression:** monopolare Depression, endogene Depression, phasische Depression, periodische Depression, Melancholie, psychotische Depression, Schwermut
 - **Dysthymie:** neurotische Depression, depressive Neurose
 - **Manie:** manische Psychose, endogene Manie
- [Fallbeispiele 1 / 2: Robert Schumann, Frau]
- [E]:
 - 8-20% Lebenszeitprävalenz
 - Arztbesucher: 12-25%
 - 25% Depressiver konsultieren keinen Arzt
 - 50% nicht vom Allgemeinarzt erkannt
 - Depressionen (kulturunabhängig: w/m=2/1, bipolare 1/1)
 - 10-15% Depressiver: Tod durch Suizid

4.1. Ätiologie / Pathogenese

- polygen multifaktoriell
- Vulnerabilitätskonzept

Ein biologisch, psychisch und sozial vorgegebener Schwellenwert für den Ausbruch einer Erkrankung wird durch chronische Anspannungen und akute Belastungen überschritten. Bei ausreichend starker und langer Überschreitung erfolgt keine Rückkehr unter den Schwellenwert und die Erkrankung beginnt.

Verschiedene Personen haben unterschiedliche Schwellenwerte für verschiedene Erkrankungen. Gleiche Belastungen können bei verschiedenen Personen zu verschiedenen Erkrankungen führen und unterschiedliche Belastungen zu gleichen Erkrankungen.

- genetisch: polygen
 - ein Elternteil unipolar: 10%, bipolar: 20%
 - beide Eltern bipolar: 50-60%
 - EZ: unipolar 50, bipolar 80%
 - ZZ: 20% (alle)
- neurobiologisch
 - Neurochemisch: verschiedene Hypothesen
 - > Noradrenalin- / Serotonin-Defizit
 - > Dichte und Empfindlichkeit von Rezeptoren
 - > Dysbalance von Neurotransmittern
 - > Manie: NORA- / Dopaminerhöhung
 - neuroendokrino-logisch
 - > Störungen im Hypothalamus-Hypophysen-NNR / SD-System
 - chronobiologische Faktoren
 - > saisonale Rhythmik: Frühjahr, Herbst
 - > saisonale Herbst-Winter-Depression
 - > Tagesschwankungen, Früherwachen, weniger Tiefschlafphasen
 - > antidepressive Wirkung von Schlafentzug durch Wiederherstellung der Rhythmik?
 - Psychophysiologie
 - > mangelnde Ansprechbarkeit auf Umweltreize
 - > Dämpfung von Reiz-Aktions-Mustern
 - somatische Erkrankungen, Pharmaka
 - > Parkinson, Addison, Hypo- / Hyperthyreose
 - > Cortison-Behandlungen
- Psychologische Faktoren
 - kritische Lebensereignisse
 - > Verlust von / Probleme mit nahen Bezugspersonen
 - > Entlastungs- / Umzugsdepression
 - > kein kausaler Zusammenhang, sondern unspezifische Streßreaktion
 - psychodynamisch-psychoanalytische Modelle
 - > „Trauerarbeit“, „Objektverlust“
 - > Störung der Mutterbeziehung auf oraler Entwicklungsstufe
 - > Verlust des Selbstwertgefühls, Ich-Störung
 - Kognitions- / lerntheoretische Vorstellungen
 - > negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und Zukunft
 - Persönlichkeitsfaktoren
 - > bestimmte Persönlichkeitsstruktur:
 - rigide (zwanghafte), asthenische Charakterzüge
 - Frustrationsintoleranz

- starke Abhängigkeit

4.2. Symptomatik und Typen

4.2.1. Depressive Episode

- [S]
 - [Abb: Häufigkeit typischer depressiver Symptome, Symptome übernehmen]
 - Hemmung von Antrieb und Denken
 - Schlafstörungen
 - Konzentrationsstörungen
 - Traurige Stimmung, bis hin zu schwermütigem, scheinbar aussichtslosem „Nichts mehr fühlen können“, „Gefühl der Gefühllosigkeit“
 - Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
 - Suizidgedanken/Suizidversuche
 - leicht erkennbar:
 - > Grübeln
 - > Teil leicht erkennbar: ernster Gesichtsausdruck, erstarrte Mimik / Gestik
 - > gesenkter Blick
 - > leise, zögernde Stimme
 - > Konzentrationsstörungen
- Subtypen:
 - gehemmte Depression: Reduktion von Psychomotorik und Aktivität (extrem: Stupor)
 - agitierte Depression: ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktiv-hektisches Verhalten, Jammern)
 - „larvierte“, somatisierte Depression: vegetative Störung, vielfältige Organbeschwerden; Depression wird vitalisiert / am Leib erlebt [Abb]
 - > nur körperliche Beschwerden angegeben
 - anamnestische Hinweise
 - Schlafstörungen
 - Appetitmangel
 - Interesse, Schwung, Kraft fehlen
 - Selbstvorwürfe / Grübeln
 - Unschlüssigkeit / Ratlosigkeit
 - Beschwerden / Schmerzen
 - Sinn- und Hoffnungslosigkeit
 - psychotische Depression:
 - > Wahnideen (Verarmungs-, Versündigungs-, Schuldwahn ...)
 - > Halluzinationen (anklagende Stimmen)
- typische Symptome für „endogene“ Depression bei affektiven Psychosen
 - Gefühl der Gefühllosigkeit
 - Morgentief, Tagesschwankungen
 - Durchschlafstörungen / Früherwachen
 - Vitalstörungen

- Wahn

4.2.2. Manie

- [Abb: Häufigkeit typischer Manie-Symptome]
 - Ablenkbarkeit
 - Ideenflucht
 - Logorrhoe
 - Euphorie
 - Schlafstörung
 - Selbstüberschätzung (bis zu Größenwahn)
 - Irritierbarkeit
 - Feindseligkeit
 - Wahnideen
 - Alkoholmissbrauch
 - Hypersexualität
- Schweregrade
 - mittelgradig: ohne psychotische Symptome, berufliche / soziale Funktionsfähigkeit unterbrochen, mindestens 1 Woche
 - schwer: Manie mit psychotischen Symptomen, Wahn, min. 1 Woche
- ! Manie bedeutet Schuldunfähigkeit / fehlende Testierfähigkeit (Kaufverträge!)

4.2.3. Dysthymie

- chronische depressive Verstimmung leichteren Grades
- müde, depressive Stimmung, Alles anstrengend, kein Genuß
- Gefühl der Unzulänglichkeit, aber Fertigwerden mit täglichen Anforderungen

4.2.4. Zykllothymie

- chronisch
- anhaltende affektive Störung
- im frühen Erwachsenenalter einsetzend
- Instabilität der Stimmung, leichte Depression und leichte gehobene Phasen

4.3. Diagnostik

4.3.1. Depression

- Basisprogramm
 - Labor, Bildgebung
- Diagnostik somatogener Depression
 - Suche nach symptomatischer Depression
 - Neurologie, Endokrinologie
- pharmakogene Depression
- DD Depression / Demenz

Depression	Demenz
eher rascher, erkennbarer Beginn	schleichender unklarer Beginn
episodisch	chronisch
ständig depressive Stimmung	fluktuierende Stimmungs- und Verhaltensauffälligkeiten
typisch: „weiß-nicht“-Antworten	angenähert richtige Antworten
Herausstellen von Defiziten, Klage über kognitive Einbußen	Defizite werden verborgen
Selbstanklage, Schuldgefühle	Orientierungs- / Gedächtnisstörungen

4.3.2. Manie

- psychiatrischer Befund, EA, FA
- organische / toxische Ursachen
 - > Steroide, ACTH, L-DOPA, Antidepressiva, Halluzinogene...
 - > Tumoren, Epilepsie, Chorea major, MS...
 - > Hämodialyse, Hyperthyreose, Cushing, Addison

4.4. Therapie

4.4.1. Depression

- verständnisvolles stützendes ärztliches Gespräch (supportive Psychotherapie)
- Gesamtbehandlungsplan erstellen
- 3 Phasen:
 - Akutbehandlung
 - Erhaltungstherapie (bis 6 Monate)
 - Rezidivprophylaxe (Jahre bis immer)
- aufgrund des hohen Suizidrisikos Depressiver immer in geeigneter Form ansprechen
- Medikamentöse Therapie [Abb. Nur zeigen]

Diagnose	Leitsymptom	Therapie
Depressive Störung		
<ul style="list-style-type: none"> ● Hemmung 	Antriebs- und Denkhemmung	nichtsedierendes Antidepressivum (Nortriptylin, Clomipramin, Moclobemid, Paroxetin)
<ul style="list-style-type: none"> ● Agitiertheit 	Ängstliche Unruhe	sedierendes Antidepressivum (Amitriptylin, Doxepin); evtl. schwaches Neurolepticum (Thioridazin, Chlorprothixen) oder Benzodiazepin-Tranquilizer

		(Alprazolam, Bromazepam)
• Somatisierung	funktionelle Organbeschwerden	Maprotilin
• Wahn	Schuld-, Verarmungswahn	Antidepressivum + Neurolepticum (Haloperidol)
• Zwang		Clomipramin, Paroxetin
Manie	Inadäquat gehobene Stimmung, Ideenflucht, Rededrang, Selbstüberschätzung, Fehlendes Krankheitsgefühl	Carbamazepin u./o. Neuroleptica
Zyklothymie	Anhaltende Instabilität der Stimmung, ständiger Wechsel zwischen leichter Depression und leicht gehobener Stimmung	evtl. Lithium
Dysthymie	chronisch depressive Verstimmung	evtl. MAO-Hemmer

- trizyklische Antidepressiva:
 - > anticholinerge NW: Mundtrockenheit, Obstipation, Akkomodations- / Miktionsstörungen
 - > Blutdrucksenkung
- neuer: Serotonin-Reuptake-Hemmer
- zusätzlich Benzodiazepine wegen verzögertem Wirkungseintritt (2-4Wo., [Abb])
- Schlafentzug
- EKT
- kognitive Verhaltenstherapie [Abb], interpersonale Therapie
 - Korrektur negativer Realitäts- und Selbstbewertung
 - schrittweiser Aufbau von Aktivität
 - Förderung Selbstsicherheit / soziale Kompetenz
- tiefenpsychologische / psychoanalytische Therapie
- Ergotherapie (v.a. stat.)
 - Tagesstrukturierung „endlos langer Tag des Depressiven“
 - Entdecken kreativer Fähigkeiten
 - Training von Konzentration und Ausdauer
- Grundsätze
 - kein „Zusammenreißen“ empfehlen
 - Mut und Hoffnung vermitteln
 - Abhalten von beruflichen, privaten und finanziellen Entscheidungen
 - Nicht von Depression anstecken lassen. Jammern und Vorwürfe sind Symptome
 - Familie einbeziehen

- allmähliches Wiedererlangen von Eigenverantwortung und Aktivität

4.4.2. Manie

- mangels Krankheitseinsicht schwierig
- evtl. stat., auch auf richterlichen Beschluß
- hochpotentes antipsychotisches Neurolepticum + sedierendes Neurolepticum
- 20 Stunden

5. Psychogene Störungen

5.1. Varianten des Erlebens

- Gleiche Vorgänge und Situationen werden von verschiedenen Personen und der gleichen Person zu verschiedenen Zeitpunkten verschieden erlebt
- Erleben ist abhängig von
 - individueller Betroffenheit
 - Stimmungslage
 - Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten
 - Erfahrungen
 - Persönlichkeit
- Unterscheidung normales / pathologisches Erleben
- pathologisches Erleben bei
 - psychischen Störungen
 - neurologischen Störungen
- Beispiele: Affektstörungen, Schizophrenie, Drogeneinfluß, Demenz, Hirnverletzungen

5.2. Belastungs- und Anpassungsstörungen

- Ursachen
 - vitale Bedrohungen
 - Katastrophensituationen
 - Kränkungen
 - Beängstigungen
 - Verlusterlebnisse
- Ab gewissem Ausmaß psychischer Belastung dekompensiert Jeder: Schwellenwertmodell
 - Ausmaß / Verlauf: abhängig von
 - > Traumadauer und -intensität
 - > individueller Belastbarkeit
 - > Coping-Ressourcen (Bewältigungsmittel)
- Vulnerabilitätsfaktoren
 - emotionale Instabilität
 - geringes Selbstvertrauen
 - Sensitivität
 - Psychasthenie
- Typ-I-Traumen
 - [U]:
 - > kurzzeitige sehr starke Einwirkung
 - > Unfall, Gewalttat, Naturkatastrophe

- Folgen
 - > Akute Belastungsreaktion = „Katastrophenreaktion“, akute Krisenreaktion, Erlebnisreaktion, „Nervenzusammenbruch“
 - > posttraumatische Belastungsstörung: = traumatische Neurose; (Verzögerte) Reaktion auf außergewöhnliche (existentielle) Bedrohung
- Typ-II-Traumen
 - [U]:
 - > längere oder wiederholte starke Einwirkung
 - > fortgesetzter Missbrauch, Lagerhaft, Terrorismus, Geiselnahme, Folter
 - Folgen
 - > „Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“, „Überlebenden-Syndrom“, „KZ-Syndrom“
- [Th]
 - rasche unmittelbare Krisenintervention
 - weitere individuelle Psychotherapie
 - meist anfangs anxiolytische / dämpfende Medikamente

5.2.1. Akute Belastungsreaktion

- [Def] heftige psychische Reaktion auf Erlebnis massiver Bedrohung
- [Ä/P]
 - siehe Typ-I-Traumen
 - Prädisposition: Vulnerabilität
- [S]
 - Latenz: min-h
 - Dauer: h-d
 - schockartig auftretender psychischer Ausnahmezustand
 - > motorische Erstarrung bis Stupor (Totstellreflex)
 - > oder: Unruhe (Umherirren, Desorientiertheit, Derealisation) (Fluchtreaktion), panische Angst, regressives Verhalten (Babysprache)
 - > Körperstörungen (Aphonie, Lähmungen, Sehstörungen)
 - Angst, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Suizidalität
 - vegetativ: Tachycardie, Schwitzen, Zittern, Erröten / Blässe, Erbrechen, Harn- / Stuhldrang mit Einnässen
 - Amnesie als Ausdruck massiver „Verdrängung“ möglich
- [Th]
 - psychotherapeutisch / psychiatrisch
 - > behutsame beharrliche Kontaktaufnahme, Abschirmung von Außenreizen („talking down“)
 - > längerfristige psychotherapeutische Intervention
 - Gruppentherapie
 - Rollenspiele
 - Traumabearbeitung
 - Gestalttherapie
 - bei Vermeidung: Verhaltenstherapie
 - medikamentös

- > Benzodiazepine (Diazepam) 1-2Wo
- > evtl. Schlafmittel
- [Verlauf / Prognose]
 - meist über längere Zeit noch ängstliche Unruhe, Angespanntheit, Schlafstörungen
 - manchmal hypochondrische, depressive oder dissoziative Störungen; Alkohol- / Medikamentenmissbrauch

5.2.2. Posttraumatische Belastungsstörung

- = traumatische Neurose
- [Def] (Verzögerte) Reaktion auf außergewöhnliche (existentielle) Bedrohung
- [Ä/P]
 - ungewöhnlich belastendes Ereignis (Katastrophe, Verbrechen, Terroranschlag)
 - Vulnerabilität
 - > prädisponierend
 - asthenische / depressive Persönlichkeit
 - weibliches Geschlecht
 - niedriger sozioökonomischer Status
 - jüngeres Alter
- [S]
 - Latenz Wo-Mon
 - Dauer >1Mon
 - Gleichgültigkeit, Apathie, Anhedonie, Passivität
 - diffuses Angstgefühl, Reizbarkeit
 - Suizidgedanken, sich aufdrängende Erinnerungen, Wiedererleben („flash back“), Alpträume, Vermeidung von Situationen, Handlungen und Gedanken, die an Ereignis erinnern
 - Sympathicotonie: Schreckhaftigkeit, Vigilanzsteigerung, Schlafstörungen
 - Müdigkeit, Erschöpfungsgefühl, Insuffizienzgefühl
 - **dissoziative (Zerfall, Zerstörung von Vorstellungen, Denk- und Handlungsabläufen, krankhafte Auflösung von Bewusstseinsvorgängen) Symptome, Neigung zur Somatisierung**
- [Th]
 - psychotherapeutisch / psychiatrisch
 - > kathartisch-stützende Gespräche (**Ka'thar·sis, die; -, keine Mehrzahl 1.**seelische Läuterung, Reinigung **2. MEDIZIN** Reinigung von seelischen Konflikten und Spannungen, Affektbefreiung)
 - > konfliktzentrierte Einzel- oder Gruppentherapie
 - > Hypnotherapie
 - > Entspannungsübungen
 - > kreative und Musiktherapie
 - > Verhaltenstherapie
 - > Bewegungstherapie / Sport
 - > evtl. vorsichtige Konfrontation
 - medikamentös

- > Antidepressivum
- > Schlafregulierung: Trimipramin, Promethazin
- [Verlauf / Prognose]
 - häufig chronifiziert
 - Depressivität, Asthenie (erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel)
 - gelegentlich Alkohol- Medikamentenmißbrauch

5.2.3. Psychogener Erregungszustand

- [Def] Zustand abnorm starker Erregtheit unter psychischem Streß
- [Ä/P]
 - heftige psychische Erschütterung (Bedrohung, Provokation, Streit, Kränkung, Enttäuschung)
 - Vulnerabilität
- [S]
 - rasch zunehmende motorische Unruhe, Schreien, Umherlaufen, Umsichschlagen
 - Anspannung m/o Angst
 - Amoklauf: wahllose aggressive oder Tötungshandlungen / finaler Suizid
 - illusionäre Verkennungen
 - Tachycardie, Zittern, Schwitzen, Erröten / Erblassen
 - anschließende psychogene Amnesie möglich
- [Th]
 - psychotherapeutisch / psychiatrisch
 - > allmähliche Kontaktaufnahme, „talking down“
 - > bei Eigen- Fremdgefährdung stat. Aufnahme
 - > frühestmöglich vertieftes, detailliertes Gespräch über Auslösesituation
 - > Ziel: Coping-Strategien, Aufbau systematisierter Psychotherapie
 - Medikamente
 - > Unterstützung Beruhigung / Entspannung: Benzodiazepin (Diazepam)
- [Verlauf / Prognose]
 - meist rasche Normalisierung
 - !plötzliche Suizidhandlungen möglich
 - Rezidive bei Vulnerabilität, pathogenen Reizsituationen
- 24 Stunden

5.2.4. Depressive Reaktion / Trauerreaktion

- Zustand der Depression nach aktueller psychischer Belastung

5.2.5. Zweckreaktion

- = Tendenzreaktion, Wunschreaktion
- [Def] Verhaltensweisen, mit denen mehr oder weniger bewusst ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll
- [Ä/P]
 - Hintergrund: mehr oder weniger bewusste Motive

- fließende Übergänge zu Aggravation und Simulation
- prädisponierend
 - > einfach strukturierte infantile Persönlichkeit
- [S]
 - ausdrucksstarkes demonstratives Verhalten
 - > hyperexpressive Mimik und Gestik
 - > grobe psychogene Körperstörungen (Abasie – nicht laufen können, Astasie - nicht stehen können), groteske Fehlhandlungen (Danebengreifen, Versprechen, sinnlose Handlungen)
 - > pseudodementielles Verhalten (Ganser-Syndrom), psychogene Dämmerzustände
- [Th]
 - psychotherapeutisch / psychiatrisch
 - > gründliche Diagnostik zur Schaffung klarer Ausgangslage
 - > offene eindeutige Besprechung, weitere beratende Hinweise
 - > Gelegenheit zum Rückzug ohne Kränkung geben
 - > evtl. soziotherapeutische Hilfe, Lebensplanung
- [Verlauf / Prognose]
 - bei unzureichender Abklärung, diagnostischer Unsicherheit und überprotektiver Behandlung Gefahr der Verfestigung und Verselbständigung in Richtung einer Konversions- oder Renten neurose

5.3. Persönlichkeitsstörungen

- Persönlichkeit
 - Summe der Eigenschaften, die dem Menschen unverwechselbare Individualität verleihen
 - „big five“ Dimensionen der Persönlichkeit [als Stern darstellen]
 - > Neurotizismus (mangelnde emotionale Stabilität)
 - > Verträglichkeit <-> Aggressivität
 - > Offenheit für Erfahrung
 - > Rigidität (Gewissenhaftigkeit)
 - > Extra-/ Introversion (Orientierung nach innen o. außen)
- allgemeine Kennzeichen von Persönlichkeitsstörungen:
 - starke Ausprägung und Dominanz eines Persönlichkeitsmerkmals
 - tief verwurzelte, anhaltende und weitgehend stabile Verhaltensmuster
 - starre Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen
 - Abweichungen von entsprechender Bevölkerungsgruppe: Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Beziehungen zu Anderen
 - zusätzlich bedeutsam
 - > subjektives Befinden
 - > soziale Anpassung incl. berufliche Leistungsfähigkeit
 - keine psychiatrischen Diagnosen im üblichen Sinn,

- Abgrenzung zu normalem und toleriertem Verhalten schwierig
- PS sind keine schwachen Formen von Psychosen, sondern eigenständige Störungen (z.B.: meiste Psychosen verlaufen phasen-, PS sind dauerhaft)
- kaum Störungen der isolierten Person, sondern bei Kommunikation / Interaktion
- Formen
 - paranoid
 - schizoid
 - schizotyp
 - dissozial (antisozial)
 - emotional instabil
 - histrionisch
 - anakastisch (zwanghaft)
 - ängstlich (vermeidend)
 - abhängig (asthenisch)
 - narzißtisch
 - passiv-aggressiv
 - sensitiv (ängstlich + abhängig)
 - erregbar (Jähzorn)
 - hyperthyme PS: heute: Zykllothymie
 - depressive PS: heute: Dysthymie
- [E]:
 - Europa / Nordamerika: 5-15% (Unterschiede durch Zuordnungsprobleme)
 - psychiatrische Patienten: bis 48%
 - USA: antisoziale Persönlichkeit: 5,8% Männer, 1,2% Frauen
 - unterschiedliche Geschlechtsverteilung bei einzelnen Störungen
- [Ä/P]
 - keine einheitliche Theorie
 - komplexe Genese, die menschliche Person ist mehr als Produkt von Anlagen und Umwelt, sondern, was sie aus sich und ihrer Umwelt macht
 - psychodynamisches Modell
 - > Störung frühkindlicher Entwicklungsphase
 - > unterschiedliche Störung bei Bei Störung in oraler, analer und phallischer Phase
 - > „Charakterneurose“: subjektive Betroffenheit ohne typische neurotische Symptomatik
 - Lerntheorie
 - > gelerntes Verhalten
 - > durch operante Konditionierung (Verhaltensbeeinflussung durch positive / negative Rückkopplung)
 - > Modell-Lernen (Vorbilder)
 - Neurobiologie
 - > dissoziale / asoziale Persönlichkeitsstörung / Borderline: erbliche Komponente, manchmal EEG-

Veränderungen

- Formen
 - paranoide PS
 - > Mißtrauen
 - > Empfindlichkeit
 - > streitsüchtiges Beharren
 - > situationsunangemessene Reaktion auf überwertige Ideen: „fanatische Persönlichkeit“
 - > Kampf gegen wirkliches oder vermeintliches Unrecht: „querulatorische Persönlichkeit“
 - > KEINE WAHNERKRANKUNG
 - schizoide PS
 - > v.a. affektiver Bereich gestört
 - > Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen
 - > eingeschränkte emotionale Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit
 - > reserviert, scheu, zurückgezogen, emotional kühl
 - > einzelgängerisch
 - > gesellschaftliche Regeln oft nicht erkannt / befolgt
 - schizotype PS
 - > Eigentümliche Vorstellungswelt, äußere Erscheinung, Verhalten
 - > Mangel an sozialen Kontakten
 - > kalt, unnahbar
 - > exzentrisches Verhalten
 - > sozialer Rückzug
 - > auch vorübergehend intensive Illusionen / evtl. Halluzinationen
 - > Sprache mgl: vage, umständlich, gekünstelt
 - dissoziale / antisoziale PS
 - > Mißachtung von sozialen Regeln, Normen und Verpflichtungen
 - > reizbar, niedrige Schwelle für aggressives gewalttätiges Verhalten
 - > kein Schuldbewußtsein, auch bei Strafe
 - > rücksichtslos gegen sich und Andere
 - > gleichgültig gegen Gefühle Anderer
 - emotional instabile / Borderline – PS
 - > impulsiver Typ
 - Ausagieren von Impulsen ohne Rücksicht auf Konsequenzen
 - launisch
 - gewalttätiges explosives Verhalten
 - > Borderline-Typ
 - zusätzlich gestört: Selbstbild, Ziele, Präferenzen
 - intensive unbeständige Beziehungen
 - Suiziddrohungen / Selbstbeschädigung
 - histrionische PS (hysterische)
 - > Dramatisierung bezüglich eigener Person, theatralisch
 - > leicht beeinflussbar
 - > affektlabil

- > egozentrisch
- > manipulativ zur Befriedigung eigener Bedürfnisse
- > kränkbar, Verlangen nach Anerkennung
- anankastische PS
 - > unsicher, übervorsichtig, unentschlossen
 - > perfektionistisch, übergenau
 - > Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen
 - > rigide
 - > detaillierte Vorausplanung
- ängstliche / vermeidende PS
 - > angespannt, besorgt, unsicher, befangen
 - > Sehnsucht nach Zuneigung
 - > überempfindlich gegen Kritik
 - > eingeschränkte persönliche Bindungen
 - > Lebensstil durch Bedürfnis nach Gewißheit / Sicherheit eingeschränkt
- asthenische (abhängige) PS
 - > Verantwortung für eigenes Leben wird Anderen überlassen
 - > Unterordnung eigener Bedürfnisse
 - > subjektiv hilflos, inkompetent, schwach
 - > Hilflosigkeit, innere Zerstörtheit bei Beendigung einer Beziehung
 - > Mißgeschick -> Abschieben der Verantwortung
- Diagnostik [Abb]
 - EA / Fremdanamnese
 - psychologische Testverfahren
 - > z.B. Freiburger Persönlichkeitsinventar [Abb]
 - Formdeuteversuche, Kinder: Szeno-Test
- Therapie
 - Ziel: keine Heilung, sondern tragfähige Kompensation der Auffälligkeiten und Einschränkungen
 - psycho- / soziotherapeutisch
 - Motivation zur Änderung des Verhaltens
 - Umstrukturierung des Verhaltens
 - kleine überschaubare Schritte
 - serotonerge Psychopharmaka v.a. bei aggressivem gewalttätigem Verhalten (dissoziale PS); auch Lithium (Carbamazepin)
- Prognose
 - Beginn in Kindheit / Jugend, Dauermanifestation
 - Schwankungen im subjektiven Leiden / Störungsfolgen möglich

6. „neurotische“ Störungen

6.1. Begriff „Neurose“

- veraltet
- krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung
 - nicht gelöste Konflikte (tw. aus Kindheit) werden wieder

- zum Problem
- psychische, psychosoziale oder körperliche Symptome
- Zur Neurose gehören bestimmte Störungen
 - Zwänge
 - "phobische Neurosen": objekt- oder situationsgebunden, heute Phobien
 - "Angstneurosen": nicht objekt- oder situationsgebundene Angstsymptomatik, heute: generalisierte Angststörung (GAS): diffuse Angstzustände
 - Verstimmungszustände,
 - Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation: "ich bin nicht mehr ich"; Derealisation: "alles so sonderbar um mich herum")
 - Hypochondrie (nicht begründbare, ängstliche Befürchtung oder Vermutung, krank zu sein oder krank zu werden)
 - hysterische Reaktionen („Konversionsneurose“; vielfältige körperliche Beeinträchtigungen ohne organische Grundlage, z. B. Gehstörungen, Bewegungsstörungen, Starrheit, Schwäche, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Ausfall der Sinnesorgane), siehe Psychosomatik: Konversionssyndrome

6.2. Abwehrmechanismen (früher "neurotische" Abwehrmechanismen)

- **Verdrängung:**
 - innere unangenehme, peinliche oder sonst irritierende Impulse, Erfahrungen oder Erlebnisse werden ins Unbewusste verlagert ("was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß")
 - Verdrängtes bleibt auch aus dem Unbewussten heraus wirksam -> Symptome
- **Verleugnung:**
 - äußere schambesetzte, unangenehme Aspekte werden zurückgewiesen ("Es kann nicht sein, was nicht sein darf").
- **Projektion:**
 - gefürchteter, peinlicher oder unangenehmer Triebimpuls wird in die Außenwelt verlagert (in Person / Gegenstand), kritisiert oder gar bekämpft (Scheinheiligkeit)
- **Verschiebung:**
 - Gefühle, Impulse oder Aggressionen gegenüber einer Person werden auf andere Personen oder Gegenstände verschoben. (Man haßt den Vorgesetzten und schlägt die Frau)
- **Identifikation:**
 - Bestrebungen, Charakteristika, Persönlichkeitseigenschaften oder Ziele anderer Personen werden in das sogenannte eigene Selbst integriert (Mädchen, die sich wie bekannte Stars geben

und zur Angleichung sogar operieren lassen)

- **Reaktionsbildung:**
 - Verkehrung ins Gegenteil (besonders freundliche Behandlung eines verachteten Menschen)
- **Regression:**
 - Wiederbelebung von früheren Verhaltensweisen (Rückzug frühere Zeiten), häufig bei Kränkungen, Zurückweisungen u. a.
- **Rationalisierung:**
 - abgewehrtem Beweggrund wird nachträglich eine moralisch akzeptable Lösung gegeben
- **Wendung gegen das Selbst:**
 - Bestimmte Triebimpulse (z. B. Wut oder Hass) werden gegen die eigene Person gewendet. (eine Theorie zur Entstehung von suizidalen Handlungen)
- **Sublimierung:** (Läuterung, Erhöhung)
 - Triebimpulse werden in sozial, kulturell oder moralisch höher bewertete Formen dieser Aktivität umgewandelt (Rechtfertigung sadistischer Neigungen durch „Informationsbeschaffungsmaßnahmen“)
- **Isolierung**
 - Trennung von Inhalt und begleitenden Gefühlen. Damit werden bestimmte Gedanken von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit "unschädlich" gemacht.
- **Intellektualisierung**
 - Verlagerung gefürchteter Impulse aus dem affektiven Bereich in rein geistige (intellektuell-theoretische) Sphären.
- **Ungeschehenmachen:**
 - Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durch neue Gedanken und Handlungen, die zudem noch oft gegenteilige Bedeutung haben.
- **Spaltung**
 - Trennung von "total guten" und "total bösen" Aspekten von Personen, Gegenständen, Situationen usw. (Schwarzweißmalerei)
- **Psychoziale Abwehr**
 - zu gescheuten Handlungen werden andere angeregt, in extremen Fällen wird der "Stellvertreter" dann auch noch vom "Anstifter" bestraft

7. Sucht und Abhängigkeit

- <http://www.dhs-intern.de/pdf/zahlen-fakten2005PK.pdf>
 - 28 Stunden

7.1. Alkohol

- Alkoholmißbrauch: gegenüber soziokultureller Norm erhöhter oder zu unpassender Gelegenheit erfolgreicher Alkoholkonsum
- Alkoholabhängigkeit:

- psychische
 - > unwiderstehliches Verlangen u / o
- physische
 - > Toleranzsteigerung
 - > Entzugerscheinungen
- wichtigstes sozialmedizinisches Problem, wirtschaftliche Schäden ca. 40Mrd. € jährlich
- [E]
 - 3-5% abhängig
 - 2,5-3Mio, 0,5Mio Kinder (12-21a)
 - Korrelation mit pro-Kopf-Verbrauch [Abb]
 - in Psychiatrie: 30-40% aller Pat., max. 25-55a
 - Lebenserwartung um 15% (10a) reduziert
- [Ä/P][Abb]
 - genetisch
 - > erhöhte Konkordanz bei EZ
 - > mgl: Unterschiede in alkoholabbauenden Enzymen
 - psychologisch
 - > „broken home“
 - > negatives Vorbild im Elternhaus
 - psychodynamisch
 - > Regression auf orele Stufe
 - > oft: Verwöhnung durch Mutter, Gleichgültigkeit Vater
 - lernpsychologisch
 - > operant erlernt
 - soziokulturell
 - > Verfügbarkeit
 - > Liberalisierung des Trinkverhaltens
 - > „Wohlstands-Alkoholismus“
 - > berufsbedingte Einflüsse (Gaststättengewerbe, Bau, Geschäftsleute)
 - > Jugendliche: Geltungsbedürfnis, Imitation, Zwang zur Konformität
- Typologie
 - nach Jellinek (Alpha – Epsilon)
 - > Nicht-abh. Alkoholiker:
 - Alpha: Konflikt-, Wirkungs- und Erleichterungstrinker, psychische Abhängigkeit, familiäre/soziale Komplikationen
 - Beta: Gelegenheitstrinker, Konsum aufgrund von Trinksitten und Gewohnheit
 - > Abh. Alkoholiker:
 - Gamma: Abhängige mit Kontrollverlust, Toleranzsteigerung, Abstinenzsymptomen und Stoffwechselstörungen
 - Delta: “Spiegeltrinker”, Beginn wie Beta, Alkoholranke mit physischer Abhängigkeit jedoch ohne Kontrollverlust, unfähig zu verzichten, trinken täglich, selten vollständig nüchtern

- Epsilon: “Quartalstrinker”, insbes. zu Krisentagen mit depressiven Verstimmungen, zwanghaftes Denken an Alkohol, dann maßloser und widerstandsloser Konsum, in Zwischenphasen jedoch mäßiges Trinken, therapeutisch schwer beeinflussbar
- nach Cloninger:
 - > Typ I: Abhängigkeitsbeginn > 25 Jahre, genetische Prädisposition gering, Umweltfaktoren haben relevanten Einfluss, Komorbidität zu Depression/Angst, m=w
 - > Typ II: Abhängigkeitsbeginn < 25 Jahre, genetische Prädisposition hoch, geringer Einfluss von Umweltfaktoren, Komorbidität zu antisozialer/dissozialer Persönlichkeitsstörung, m>w
- Symptome und Folgen
 - Alkoholdelir (Delirium tremens, „tremens“ = Zittern, Erschauern, Furcht)
 - > lebensbedrohlicher psychiatrischer Notfall
 - > meist Entzugsdelir
 - > 3.-4. d des Entzuges, 2(3)-5(7)d
 - > Prädelir: Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst, Zittern
 - > Delir: Desorientiertheit, motorische Unruhe, optische Halluzinationen („weiße Mäuse“), vegetative Entgleisung (Tremor, Schwitzen, Tachycardie)
 - Alkoholhalluzinose
 - > beschimpfende akust. Halluzinationen
 - alkoholischer Eifersuchtswahn
 - > Eifersucht häufig, Eifersuchtswahn eher selten
 - Organische Persönlichkeitsveränderungen
 - > Stimmungslabilität
 - > reizbar-aggressives Verhalten
 - > Hirn- und Kleinhirnatrophie -> Demenz
 - Korsakow-Syndrom
 - > alkoholbedingtes amnestisches Syndrom
 - > Merkfähigkeitsschwäche, Desorientiertheit, Konfabulation
 - Wernicke-Encephalopathie
 - > selten (3-5%)
 - > neuronale und vaskuläre Schäden durch Thiaminmangel
 - > Pseudoencephalitis haemorrhagica superior
 - > Augenmuskellähmungen, Pupillenstörungen, Nystagmus, Ataxie, VitB1-Mangel
 - > kann Korsakow-Syndrom hinterlassen (Schädigung der Corpora mamillaria durch punktförmige Hämorrhagien)
 - Alkohol-Embryopathie
 - > Minderwuchs, Mikrocephalie, MR, Hyperaktivität, Ungeschicktheit, Distanzlosigkeit, langes Philtrum, schmale Oberlippe, auffällige Kopfbehaarung

- Lebercirrhose
 - > 60g/d Mann
 - > 20g/d Frau
 - > Aszites, Synthese- und Entgiftungsstörungen
- Therapie [Abb]
 - möglichst frühe Diagnose (vor Einsetzen der Depravation [moralischer und sittlicher Verfall])
 - Kontakt- und Motivierungsphase: Erkennen und Motivieren des Alkoholikers
 - Entgiftungs- und Entzugsphase
 - > 1-4 Wochen
 - > ambulant / stat.
 - > Delirrisiko beachten
 - Entwöhnungsphase
 - > Kur 6 Wochen - 6 Monate in Fachklinik
 - > Gruppenpsychotherapie
 - > Selbstfindung / Eigenverantwortung
 - Nachsorge- / Rehabilitationsphase
 - > langfristige Stabilisierung
 - > Suchtberatungsstellen / Selbsthilfeorganisationen
 - > Aufbau beruflicher / sozialer Existenz
 - multidisziplinär beteiligt: Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Suchttherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten
 - nur 1% macht Entwöhnungsbehandlung, 25% Entgiftung in internistischer / chirurgischer Abteilung
 - Psychotherapie, Ziel: absolute Abstinenz; Königsweg
 - Achtung: trockenem Alkoholikern keine alkoholhaltigen Medikamente geben! Keine alkoholischen Getränke zur Speisezubereitung
 - medikamentös:
 - > Disulfiram bei motivierten Alkoholikern
 - > Prädelir / Delir: Clomethiazol (zeitlich begrenzt; muß in 8-14 Tagen mit Dosisreduktion abgesetzt werden)
 - > häufige Comorbidität: Depressionen, Angststörungen => + Antidepressivum
 - > postalkoholische Depression: ca. 6-12 Wochen
 - > bei Wernicke-Encephalopathie: Thiamin

7.2. Drogenabhängigkeit

- [Def]: zwanghaftes Bedürfnis, die betreffende Substanz zu konsumieren und unter allen Umständen zu beschaffen. Meist psychische UND physische Abhängigkeit (Toleranz + Entzugerscheinungen).
- [Ä/P]:
 - multifaktoriell [Abb]
 - > psychodynamisch: Ich-Schwäche
 - genetisch
 - > niedrige Suchtschwelle
 - psychosozial
 - > Gruppenzwang

- > Verfügbarkeit
- > „Neugier“
- [E]:
 - BRD 0,2%
 - „Cannabis ist in Deutschland weiterhin die am meisten konsumierte illegale Droge. Rund 4,5 Prozent der Erwachsenen griffen binnen eines Jahres zu der Droge, wie aus dem am Dienstag in Berlin veröffentlichten Jahresbericht der Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) hervorgeht. Nach Cannabis sind Kokain (0,8 Prozent) und Amphetamine (0,7 Prozent) am weitesten verbreitet.“

(<http://www.jungewelt.de/2013/11-06/041.php>)

Zu Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen (mindestens eine Diagnose bei den Substanzen Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain) der 18 - 59jährigen wurden für die 12-Monats-Prävalenz auf der Grundlage von DSM IV folgende Zahlen erhoben:
 Missbrauch 0,3% (145000)
 Abhängigkeit 0,6% (290000)
 (Quelle: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, Sonderheft 1)

- [S]:
 - je nach Drogentyp unterschiedlich
 - > psychische Abhängigkeit
 - Leben wird von Substanz bestimmt
 - > physische Abhängigkeit
 - Toleranz
 - Entzug
 - Persönlichkeitsveränderung
 - > Einengung
 - > Nivellierung
 - > Vernachlässigung
 - > Isolation, Verkehr nur im „Milieu“ (Szene)
 - > dissoziales Verhalten
 - Beschaffungskriminalität
 - Prostitution
- [Typen; WHO-Einteilung]
 - Opiattyp
 - Barbiturat-/Alkoholtyp
 - Amphetamit-/Khattyp
 - Kokaintyp
 - Cannabistyp [Fallbeispiel]
 - Halluzinogentyp

7.2.1. Morphin- / Opiattyp

- Opium, Heroin, Methadon, einige stark wirkende Analgetica
- höchstes Abhängigkeitspotential
- ausgeprägte psychische und physische Abhängigkeit
- rasche Toleranz

- [S]
 - Bradycardie
 - Gewichtsverlust, Inappetenz
 - spastische Obstipation
 - Miktionsstörungen
 - Tremor
 - fahle trockene Haut
 - Intoxikation
 - > Trias: Koma, Atemdepression, Miosis
 - Entzug
 - > nach 6-12h, max. nach 24-48h
 - > Unruhe
 - > Rhinorrhoe
 - > Gänsehaut, Muskelschmerzen
 - > Gähnzwang
 - > Parästhesien
 - > Schlaflosigkeit
 - > Mydriasis
 - > Temperatur- und RR-Erhöhung
 - > abdominelle Krämpfe

7.2.2. **Amphetamintyp**

- synthetische Amphetamine und ähnliche
 - [S]
 - > Antriebssteigerung
 - > vermeintliche Leistungssteigerung
 - > Appetitzügler
 - > RR-Anstieg (! Herz-Kreislauf-Versagen mgl.)
 - > langfristig: Stereotypien, paranoid-halluzinatorische Psychosen
 - > langsame Toleranzentwicklung
 - > psychische, keine körperliche Abhängigkeit => kein Entzugssyndrom außer:
 - psychische und körperliche Ermattung
 - Unruhe
 - Nervosität
 - Enthemmung
 - Kritiklosigkeit
 - Euphorie
 - Ideenflucht
 - optische / akustische Halluzinationen
 - Paranoia, Angst

7.2.3. **Halluzinogentyp:**

- LSD (Lysergsäurediäthylamid), Mescaline, Psilocybin, DOM (Dimethoxyamphetamin)
 - [S]
 - > starke psychische, keine physische Abhängigkeit; besonders LSD schnell starke Toleranz
 - > Halluzinogenrausch
 - 4 Phasen

- initial: Unruhe, Tachycardie, Schwindel
 - Rausch
 - ekstatische Gefühlsintensivierung
 - psychedelische Effekte (**psy·che'de·lisch 1.** Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder gesteigerte Reizzustände hervorrufend **2.** rauschartig, durch Rauschgift hervorgerufen))
 - Veränderung von Wahrnehmung und Orientierung (z.B. Gefühl, fliegen zu können)
 - optische (Pseudo-)Halluzinationen
 - Erholungsphase
 - Nachwirkungsphase mit Erschöpfung, Angst, depressiver Verstimmung
- > atypischer Rauschverlauf
 - Horrortrip: Unruhe, Panik
 - Flashback: Tage bis Monate nach Rausch Wiederaufflackern drogeninduzierter Erlebnisse
- > LSD [Fallbeispiel]
- [Th]
 - > Zielhierarchie
 - Sicherung des Überlebens
 - Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
 - Reduktion des Konsums / der Exzesse
 - Verlängerung der Suchstofffreien Perioden
 - dauerhafte Abstinenz
 - Lebensgestaltung in Zufriedenheit
 - > medikamentöse Therapie (Entgiftung, pharmakogestützte Rezidivprophylaxe)
 - > Psychotherapie (Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapie, Gruppen- und Familientherapie)
 - > Soziotherapie
 - > Selbsthilfegruppen
 - > allgemeine Behandlungsprinzipien [Abb]
 - talking down
 - keine Apelle an Vernunft, Wille oder abschreckende Hinweise
 - nicht „Du darfst nicht“, sondern „Du brauchst nicht“
 - engmaschige Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen / Selbsthilfegruppen
 - keine „Überbrückungsmittel (sonst Polytoxicomanie möglich)
 - kritische, begrenztem persönliche Rezeptur von Analgetica / Psychopharmaca
 - abrupter Entzug außer bei Opiaten, Barbituraten, Tranquilizern
 - > [Abb Therapiekette]

8. Suizid, Suizidversuche und Parasuizid

8.1. Begriffe

- Suizid: Absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang
- Suizidversuch: Absichtliche Selbstschädigung mit Ziel und Möglichkeit des tödlichen Ausgangs
- Parasuizid: Absichtliches Zufügen von Verletzungen oder überdosierte Medikamenteneinnahme ohne tödlichen Ausgang, keine Selbsttötungsabsicht / -möglichkeit
 - Wunsch nach vermehrter Zuwendung (appellativer Suizidversuch, parasuizidale Geste)
 - Bedürfnis nach Ruhe (parasuizidale Pause)
- erweiterter Suizid: einbeziehung weiterer Personen in suizidales Geschehen
- Doppelsuizide / Suizidpakte: gemeinsamer Entschluß
- Massensuizide: selten, z.B. bei „Vertreibung durch sowjetische Truppen am Ende WK2“

8.2. [E]:

- BRD etwa 12000/a, Tendenz leicht fallend
- aller 4 Minuten ein Suizidversuch, aller 45 ein Suizid
- weltweit: ca. 500000/a
- Parasuizidrate ca. 10x mehr
- häufiger Suizidversuche: jüngere Frauen [Abb]
- häufiger Suizide: ältere Männer

8.3. [Ä/P]

- multifaktoriell
- affektiv-kognitive Einengung
 - Depression
 - Sucht
 - Schizophrenie
- psychosoziale Einengung
 - Arbeitslosigkeit
 - Aus- / Übersiedler
- Vereinsamung
- belastende Lebensereignisse (Suizid im Elektrozaun des KZ Auschwitz)
- freie Willensentscheidung (keine JURISTISCHE Bewußtseinseinschränkung)
 - aber aus ärztlicher Sicht häufig psychopathologische Phänomene
- Krise: Situation eines Menschen, der aus unterschiedlichen Gründen Ereignisse nicht mehr adäquat bewältigen kann, dadurch Gefahr psychopathologischer Entwicklung
- gesellschaftliche Risikofaktoren
 - Erziehungsstil
 - Leistungsdruck
 - soziale Isolierung
 - Fehlen positiver Werthaltungen

- hohe Arbeitslosenrate
- Enttabuisierung des Suizids
- Imitation
 - im Umkreis suizidaler Handlungen weitere
 - „Werther“-Suizid: nach Erscheinen Epidemie gleichartiger Handlungen
- Bilanzsuizide
 - aus rein rationaler Erwägung
 - > Offiziere mit verletzter Ehre
 - > Überschuldung
 - wahrscheinlich äußerst selten, da meist doch psychopathologisch überlagert

8.4. [S]

- suizidale Handlungen: Autoaggression im Vordergrund
- Parasuizidale Geste: Appell im Vordergrund
- Parasuizidale Pause: Bedürfnis nach Ruhe im Vordergrund
- „ernsthafte Suizidversuche“: suizidale Handlungen mit starker Autoaggression; massive Fälle: „mißglückte Suizide
- deshalb aber andere Parasuizide nicht verharmlosen
 - „Ernsthaftigkeit“ oft nicht beurteilbar
 - nicht aus Methode auf Tötungsabsicht schließen
 - viele Aspekte [Abb Suizidabsichts-Skala]
- 3 Phasen [Abb, übernehmen]
 - Phase der Erwägung
 - Phase der Ambivalenz
 - finale Entschlußphase
- Präsuizidales Syndrom
 - zunehmende Einengung
 - > situativ, dynamisch (einseitige Ausrichtung Apperzeption, Assoziation, Verhalten, Abwehr), zwischenmenschlich, Werte
 - Aggressionsstau / -umkehr
 - > fehlende Aggressionsabfuhr, Wendung gegen eigene Person
 - Suizidphantasien
 - > aktiv intendiert
 - > passiv aufdrängend
- 75% Suizidhandlungen angekündigt, 50% im Monat davor, 25% in Woche davor Arztbesuch
- nicht immer Unruhe und Verzweiflung. Ruhe und Gelöstheit nach Unruhe und Verzweiflung kann Alarmzeichen sein (Ruhe vor dem Sturm); Pat. hat sich evtl. entschlossen und mit dem Leben abgeschlossen.
- Verlauf: Rezidive häufig. Suizid nach Suizidversuch: 1%/a, 10%/10a; Suizidversuche nach Suizidversuch 10-20%/a

8.5. Therapie

- nicht nur psychiatrische Erstversorgung bei internistischer / chirurgischer Behandlung der Suizidversuchsfolgen, sondern weiteres Betreuungsangebot

- **Krisenintervention**
 - Akzeptieren des Patienten, nicht: Kritik, Vorwurf, Druck
 - dadurch Stützung Selbstwertgefühl, Minderung von Schuldgefühlen, Gefühl, verstanden zu werden
 - entspannte störungsfreie Gesprächsatmosphäre
- **Suizidpakt (unterschiedliche Meinungen)**
 - Versprechen abnehmen, sich bis zum nächsten Arztbesuch nicht umzubringen
 - Pat. fühlen sich meist stark daran gebunden
 - befristete Überbrückung
- **Fehler häufig**
 - Trennungsängste übersehen (Urlaub, Stationswechsel, Entlassung)
 - Provokation persönlich nehmen
 - Bagatellisierungstendenz des Pat. mitmachen
 - Einseitige Betonung der Aggressionsproblematik (Suizidpakte)
 - mangelnde Exploration der auslösenden Umstände
 - zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
- **Primärprävention**
 - Familienklima / Schulerziehung:
 - > Förderung von Verständnis und Zuhören
 - > Gefühlsausdruck fördern: depressive Stimmung / suizidale Gedanken
 - > keine Einengung emotionaler / triebhafter Bedürfnisse
 - > keine überzogenen Leistungsanforderungen
 - Vereinsamungstendenzen entgegenwirken
 - > psychosoziale Hilfe
 - > Vereine, Freizeitgruppen
 - > Initiativen für Arbeitslose

9. Gerontopsychiatrie

- links:
 - http://www.geroweb.de/psychiatrie_gerontopsychiatrie/psychiatrie_gerontopsychiatrie.html
 - http://www.dggpp.de/download/publikationen/stoppe_gerontopsych_red99.pdf

9.1. Depressionen

- Prävalenz etwa 15 Prozent
- sehr häufig mit (chronischen) Erkrankungen
 - Gefäßerkrankungen
 - schmerzhaftes Erkrankungen
 - Mobilität beeinträchtigende
 - im ersten Jahr nach einem Schlaganfall
 - Demenzen
- häufig körperliche Beschwerden im Vordergrund
- Depressionen auch im Alter genauso gut

- behandelbar
- psychopathologische Diagnostik
 - DD Trauer / nicht-pathologische belastungsreaktive Symptome
- wichtig: **Suizidprävention**
 - Suizidraten bei den über 75-Jährigen am höchsten
 - m/w=4/1
 - hohe Dunkelziffer (Medikamente, andere Intoxikationen)
- Screening-Maßnahmen wären sinnvoll

9.2. Demenzen (hier speziell Alzheimer-Demenz)

- zweithäufigste Erkrankung in der Gerontopsychiatrie
- mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger
- zwei Drittel der Fälle Alzheimer-Erkrankung
 - 1907 von Alois Alzheimer beschrieben
 - incl. senile Demenz vom Alzheimer-Typ
 - primär degenerative Erkrankung des Gehirns
- [Ä/P/E]:
 - > genetische Veränderungen, tw. AD
 - > Bevölkerung 4-12%, Verwandte I° 24-50%
 - > multifaktoriell
- [S]
 - Demenz
 - schleichender Beginn, langsame Verschlechterung
 - keine anderen Ursachen zu finden
 - kein Apoplex, keine Herdzeichen
 - äußere Fassade lange erhalten
 - Manche bemerken es nicht
 - Andere reagieren depressiv auf Wahrnehmung ... Suizid
 - Rest überspielt
 - charakteristische Persönlichkeitszüge treten stärker hervor
 - organische und biochemische Veränderungen
 - > Hirnatrophie
 - > pathologische Fibrillenveränderungen
 - > amyloide Plaques
 - > Fibrillen / Plaques müssen Mindestmenge überschreiten, da auch bei normaler Alterung und anderen Erkrankungen vorhanden
 - > Neurotransmitterveränderungen: cholinerges, dopaminerges, noradrenerges, serotoninerges System
- Verlauf
 - Tabelle: Schweregrade der Demenz der DEGAM-Leitlinie Demenz (DEGAM = Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.)

Schweregrad	Kognition/Tätigkeiten	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt
Leicht	Komplizierte tägliche	Die selbstständige Lebens-	Fehlende Spontaneität

	Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	führung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	Depression Antriebsmangel Reizbarkeit Stimmungs labilität
Mittel	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.	Unruhe Wutausbrüche Aggressive Verhaltensweisen
Schwer	Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.	Unruhe Nesteln Schreien Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

- meist Tod nach 10-12a an interkurrenten Erkrankungen
- frühe Interventionen und spezifische Therapie -> Verlangsamung von Krankheitsprogression, Erleichterung der ambulanten Pflege und Verzögerung bzw. Vermeidung von Heimaufenthalten
- [Th]
 - Nootropica, Cholinergica
 - anfangs: kognitive Trainingsverfahren
 - später: Reorientierungstraining, Selbsterhaltungstraining (z.B. mit Fotoalben über eigene Person / Familie)

9.3. Verwirrtheitszustände bzw. delirante Syndrome

- sind ebenfalls sehr häufig
- [U]
 - hirnorganische Erkrankungen
 - Polypharmazie
 - Psychopharmakagebrauch
 - > Hypnotika / Sedativa: Anstieg des Konsums ab dem 5. Lebensjahrzehnt mit Werten von 2,8 (45 - 49jährige), 5,6 (55 - 59jährige), 8,4 (65 - 69jährige), 15,7 (75 - 79jährige) auf 21,0 (80 - 84jährige) DDD (= definierte Tagesdosen) je Versichertem der GKV
 - im Kontext mit somatischen Eingriffen bzw. in stationären Behandlungen
 - > Verwirrtheitszustände Oftmals z.B. 1 - 2 Wochen stationärer Behandlung in Folge einer Nicht-Weiterverordnung von Benzodiazepinen auftreten. Schlafmittelkonsum häufig bei der stationären Aufnahme nicht berichtet und führt zu unnötigen Verwirrtheitszuständen

9.4. Sturz- und Frakturprävention

- Stürze im Alter häufiger durch Nachlassen von
 - Beweglichkeit
 - Koordination

- Sinnesorganen
- Kraft
- verstärkt durch Medikamentenkonsum (Psychopharmaka)
 - > erhöhtes Risiko für hüftgelenksnahe Frakturen, Faktor 1,7
- [Th/Maßnahmen]
 - Vitamin-D- und Kalziumprophylaxe
 - postmenopausale Östrogenbehandlung
 - Gehhilfen
 - Umbauten der Wohnung: Griffe, rutschsicherer Boden
 - Antirutsch-Fußbekleidung
 - Krafttraining
 - Gelenkprotektoren

10. Psychosomatik

Zwei Dinge trüben sich beim Kranken:

- a: der Urin,
- b: die Gedanken.

(Eugen Roth, (deutscher Dichter, 1895 - 1976))

- erhebliche Streuung der Auffassungen über die Inhalte und Störungen
- 3 Bedeutungsinhalte
 - allgemeine Psychosomatik
 - > Berücksichtigung psychischer Faktoren bei Diagnostik und Therapie
 - > durch „alte Hausärzte“ selbstverständlich angewandt
 - > wird durch „Apparatemedizin“ zunehmend verdrängt
 - spezielle Psychosomatik
 - > Forschungs- und Behandlungsrichtung
 - > Ermitteln von psychischen Einflüssen und Ursachen von Erkrankungen mit physiologischen und psychologischen Methoden
 - > Ziel: Therapie entsprechend Kausalkette
 - metaphysisch-philosophisches Persönlichkeitsbild
 - > Betrachtung von körperlichen und psychischen Dimensionen des Menschen als Einheit

10.1. Gegenstand

- Klassifizierung: 3 Gruppen körperlicher Symptomatik (haben nur Überschneidungen mit angegebenen Störungen lt. ICD; keine Übereinstimmung)
 - Konversionssyndrome (ICD-10: Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen])
 - > „Konversionsneurose“: neurotischer Konflikt wird sekundär somatisch verarbeitet und beantwortet
 - > meist Willkürmotorik und Sinnesorgane betroffen:
 - „hysterische“ Lähmungen,
 - psychogene Parästhesien
 - psychogene Blindheit / Taubheit

- > oft sinnbildlicher Ausdruck des Konflikts durch krankhafte Erscheinung (etwas nicht sehen wollen → psychogene Blindheit)
- funktionelle Symptome (ICD-10: F45.- Somatoforme Störungen)
 - > andere Begriffe: „vegetative Dystonie“, „psychovegetative Störung“
 - > ca. 25% der allgemeinärztlichen Patienten
 - > Problempatienten, viele Arztbesuche, oft trotz umfassender Diagnostik und Beruhigung fortbestehende Annahme organischer Störung
 - > schillerndes diffuses Beschwerdebild
 - > oft HKL, MDT, Bewegungsapparat, Atmungsorgane, Urogenitalsystem betreffend
- Psychosomatosen (ICD-10: als eigenständige Erkrankungen im jeweiligen Organsystem klassifiziert, z.B. J40-J47: Chronische Krankheiten der unteren Atemwege, J45.- Asthma bronchiale)
 - > psychosomatische Krankheiten i.e.S.
 - > häufig Folge chronisch vegetativer Spannungen
 - > primäre körperliche Reaktion auf konflikthafte Erleben => „präverbale“ Störungen
 - > historisch: 7 Krankheitsbilder „holy seven“
 - Ulcus duodeni
 - Colitis ulcerosa
 - “essentielle” Hypertonie
 - RA
 - Hyperthyreose
 - Neurodermitis
 - Asthma bronchiale
- Die Unterscheidung rein psychischer, psychosomatischer und somatischer Krankheiten ist nicht möglich
- Der Anteil somatischer, psychischer und sozialer Faktoren bei einzelnen Störungen ist unterschiedlich.

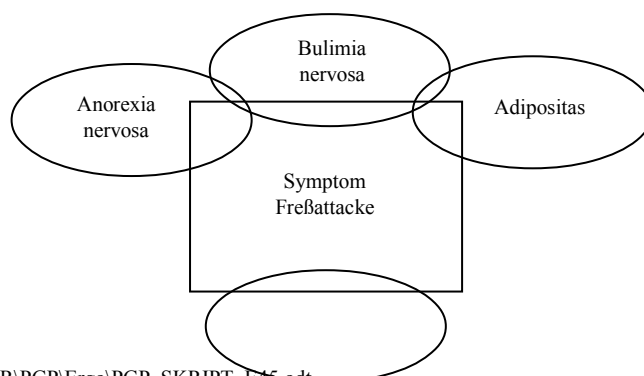
10.2. Asthma bronchiale

- [Def]
 - Anfälle von Atemnot durch akuten Anstieg des Atemwegswiderstandes durch
 - > Bronchialobstruktion (Spasmus, Schleimhautschwellung, Hypersekretion)
 - > Zwerchfellspasmus
 - zwischen Anfällen ganz oder teilweise reversibel
- [Ä/P]
 - multifaktoriell; vorherrschende / unterstützende Faktoren:
 - > psychisch
 - > infektiös
 - > allergisch
 - > Disposition (genetisch: atopische Belastung)
 - Allergie gegen Pollen, Schimmel...

- Atemwegsinfektionen als Auslöser
- weitere Faktoren
 - > Wetter- / Temperaturwechsel
 - > Müdigkeit
 - > Streß
 - > hormonelle Umstellungen (z.B. Pubertät)
- psychische Faktoren sehr umstritten
 - > bestimmte Persönlichkeitszüge
 - > Konflikte
- [S]
 - siehe Definition
 - Müdigkeit
 - nervöse Ängstlichkeit
 - ärgerliche Gereiztheit
 - Hyperventilation -> Schwindel, Kopfschmerz, Kribbeln in Extremitäten
 - oft schwierige Patienten
 - > möglicherweise aufgrund Ambivalenzkonflikt zwischen Nähe und Wunsch nach Distanz
 - > überhöhte Versorgungs-/ Zuwendungswünsche
 - > kritisch gegen Behandlung und Arzt (Distanzierungswunsch)
- [Th]
 - Arzt<->Patient: feste gleichmäßige Beziehung, keine allzu großen Erwartungen wecken; Zuwendung und Distanzierung müssen dem Patienten möglich sein
 - somatisch
 - > Desensibilisierung
 - > Sedativa, Bronchodilatoren, Antihistaminika, Corticoide
 - > Inhalationen
 - psychotherapeutisch
 - > insbesondere Entspannungsmethoden (autogenes Training u.a.)
 - > Verhaltensth., Biofeedback

10.3. Eßstörungen

- Zunahme mehrdimensional bedingt
 - familiär
 - gesellschaftlich
- [Ä]/[P] multifaktoriell [Erläuterung bei einzelnen Störungen]



Hirnorganische
Syndrome

- Anorexia nervosa (ICD10: F50.0 Anorexia nervosa)
 - Kriterien
 - > $BMI < 17,5$ / $< \text{Norm} - 15\%$ [BMI: $\frac{\text{Gewicht (kg)}}{(\text{Größe in m})^2}$]
 - > selbstverursachter Gewichtsverlust
 - > Körperschemastörung; überwertige Idee, zu dick zu sein
 - > Endokrine Störung auf Hypothalamus - Hypophysen - Gonaden - Achse
 - > bei präpubertärem Beginn Störung der pubertären Entwicklung / des Wachstums; nach Remission häufig reversibel
 - [E]
 - > Inzidenz 4,2/100000
 - > w=5-10*m
 - [Ä/P]
 - > genetisch: EZ 50% konkordant, ZZ 10%
 - > soziokulturell: Diätversuche, Figurdiktat
 - > intrapsychisch:
 - Unfähigkeit zur Autonomie
 - Manifestation von Selbstkontrolle, autonomie und Identität
 - [S] / [K]
 - > durch Hunger
 - > trockene schuppige Haut, Akrozyanose, Cutis marmorata, Ödeme, brüchige Nägel, Haarausfall
 - > Osteoporose
 - > niedriger RR, HF; Herzrhythmusstörungen
 - [Th]
 - > multimodal (wegen multifaktoriell)
 - Bearbeitung Konfliktgeschehen
 - familiäres / psychosoziales Umfeld
 - Verhalten: Rückkehr zu normalen Eßgewohnheiten
 - oft: integrierte stat. Psychotherapie innerhalb von:
 - ambulant – stationär – ambulant
 - > Ziele stat.:
 - Stabilisierung auf klinisch vertretbarem Niveau
 - Wiedererlernen normalen Eßverhaltens
 - Heranführen an Verständnis der Erkrankung zur amb. Fortsetzung Th
 - Prognose
 - > 40% guter Erfolg
 - > 25-30% mittel
 - > 25-30% schlecht
 - > Mortalität 15%, höchste aller psychosomatischen Erkrankungen
- Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2 Bulimia nervosa)

- griech. bous: Stier, limos: Heißhunger
- Kriterien
 - > andauernde Beschäftigung mit Essen, Heißhungerattacken, massenhafte Nahrungsaufnahme in kürzester Zeit
 - > Verhaltensweisen gegen Gewichtszunahme: Erbrechen, Laxantienabusus, Diät
 - > krankhafte Furcht, dick zu werden
 - > oft anamnestisch Anorexia nervosa
- [E]
 - > Prävalenz 2-4,5%
 - > max 18a
- [Ä/P]
 - > multifaktoriell: genetisch, inter-/intrapyschisch, neurobiologisch
 - > wichtiger ätiologischer Faktor: gezügeltes Essverhalten
 - Nahrungsplanung unabhängig von physiologischer Regelung wegen Schlankheitsideal
 - restriktives Essverhalten führt evtl. zu mehr und hochcalorischer Nahrungsaufnahme
- [S] / [K]
 - > durch häufiges Erbrechen Zahnschäden
 - > Elektrolytentgleisungen
- [Th]
 - > meist ambulant
 - > stat. bei:
 - schweren somatischen Befunden
 - starken familiären Konflikten
 - sozialer Isolation
 - Impulskontrollstörung
 - > Festlegung Basisgewicht

10.4. Migräne (ICD-10: G43.- Migräne)

- [Def]
 - Anfallsartig auftretende, sich wiederholende, oft halbseitig lokalisierte Kopfschmerzattacke m/o Seh- / Gastrointestinalstörungen
- [E]
 - > Prävalenz m 5%, w (35-45) bis 19%
- [Ä/P]
 - > biophysikalisch
 - klimatisch (-> Serotonin- / Katecholaminstoffwechsel)
 - hormonell (Menstruation)
 - Nahrung (Tyramin, Gln; z.B. einige Käse)
 - lange Bettruhe
 - Medikamente
 - postOP
 - > psychisch
 - Schwellensituationen (Pubertät, Hochzeit, Geburt)

- langes Wochenende, Urlaub, Feierabend
- Affekte; stressbedingte Vasokonstriktion-
>Dilatation
- [S] / [K]
 - rezidivierend anfallsartiger Kopfschmerz mehrstündiger Dauer
 - keine organische Ursache
 - Zusatzsymptome
 - > Halbseitigkeit
 - > phasenhaft
 - > Erbrechen
 - > Flimmerskotom
 - > fokale cerebrale Symptome
 - > weitgehende Beschwerdefreiheit in Schwangerschaft
 - > Übelkeit
 - > Schwindel
 - > Lichtscheu
- [Th]
 - Medikamente
 - konfliktaufdeckend
 - Entspannungstechniken
 - Verhaltenstherapie:
 - > Biofeedback
 - > kognitive Verfahren
 - allgemeine Maßnahmen
 - > Entspannung, Schlaf, Aktivität
 - > Kälte
 - > Druck auf A.temporalis

10.5. psychosomatische Herzkrankheiten

- [U]
 - umstritten: prädisponierendes „Typ-A-Verhalten“ (Rosenman / Friedman)
 - > Ehrgeiz
 - > Aggressivität
 - > latente Feindseligkeit
 - > Wettkampforientiertheit
 - > Ungeduld
 - auch umstritten: unspezifische Risikofaktoren
 - > Depressivität
 - > nachlassende Leistungsfähigkeit
 - > Angst
 - > Schuldgefühle
 - > passiv-hypochondrische Haltung
- [S]
 - Ängste (+ Verleugnung)
 - > Schmerzen
 - > Vorstellungen und Phantasien über krankes Herz / Infarkt
 - > Bedrohung des Selbstwörterlebens (verlorene Leistungsfähigkeit)

- > Situation im Krankenhaus (Tod von Mitpatienten)
- > Reaktion von Angehörigen (Überprotektion->Verstärkung)
- Folgen:
 - > Verzögerung der Initialtherapie (oft zu spät für Fibrinolyse)
 - > Complianceprobleme (Bettruhe u.a.)
 - > überprotektive / restriktive Gegenreaktionen des Arztes / Personals -> ängstigend für Patienten
 - > Verunsicherung
 - > Verluste (Lebensziele: „mit 66 Jahren...“)
 - > aggressive Impulse
 - > depressive Verstimmung
- [Th] (Psychotherapie KHK / AMI)
 - Akutphase:
 - > Entängstigung (Information über Erkrankung und Therapie)
 - > Minderung der Abwehrreaktionen
 - > Minderung der Depression (Stützung Selbstwertgefühl u.a.)
 - Rehabilitationsphase
 - > Aufklärung
 - > positive Verstärkung nichtpathogenen Verhaltens
 - > Stressmanagementprogramme
 - > emotionale Unterstützung durch Gruppentherapie

10.6. Phobien (F40.- Phobische Störungen)

- Phobia=Furcht; auf Gegenstand, Lebewesen oder Situation gerichtet (Unterschied zu Angst)
- Kriterien
 - gerichtet
 - unverhältnismäßig
 - unzugänglich für Vernunft
 - keine Willenskontrolle
 - Lebensqualität eingeschränkt
- Formen
 - Agoraphobie m / o Panikstörung (F 40.0)
 - soziale Phobie (F 40.1)
 - spezifische isolierte Phobie (F 40.2)
- [E]
 - Agoraphobie: 20% Lebenszeitprävalenz
 - Punktprävalenz Phobien 1-5%
 - w>m
- Agoraphobie (F40.0)
 - Angst vor Situationen mit verunsicherndem Charakter oder dem Verlassen Sicherheit vermittelnder Umgebung
 - [Ä/P]
 - > auslösende Situation mit verunsicherndem Charakter o.
 - > Versuchungs- / Versagungssituationen
 - > Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt

- Bedrohlichkeit dieser Impulse auf neutrale Situation verschoben
- wachsende Spannung Autonomie - Geborgenheit
- > Beginn 18-35a: erste Angstatacke / ängstliche Verstimmung; nach Wochen Vermeidungsverhalten
- [S]
 - > diffuse Angst in entspr. Situationen
 - Schlangestehen
 - Verabredung einhalten
 - Festhalten (Trockenhaube Friseur)
 - Entfernung von zu Hause
 - Plätze
 - über eigene Probleme grübeln
 - häusliche Auseinandersetzungen
 - > Angst vor Kontrollverlust über eigenen Körper
 - ohnmächtig zu werden oder tot umzufallen
 - eine Szene zu machen
 - > Angst, Sicherheit vermittelnde Personen / Räume zu verlassen -> Vermeidungsverhalten
 - > Angst, hilflos ausgeliefert zu sein / keine Hilfe zu bekommen
 - > Entlastung
 - Begleitung durch Ehepartner / Freunde
 - Platz in Türnähe
 - Konzentration auf Anderes
 - vertraute Objekte (Haustier)
 - Gespräch (Arzt oder andere Vertrauensperson)
- [Th]
 - > leichte Formen: alle Verfahren
 - ökonomischste: Verhaltenstherapie
 - > schwer: kombiniert
 - fokal psychoanalytisch
 - verhaltenstherapeutisch
 - auch stat.
- soziale Phobien (F40.1) (=Anthropophobie)
 - krankhafte Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, Versagen im Beisein Anderer oder deren negativer Bewertung
 - [Ä/P]
 - > erschwerter Schritt aus Ursprungsfamilie in neue soziale Beziehungen
 - > Rollenunsicherheit
 - > häufig Persönlichkeitsstörungen (Selbstwertstörungen / Empfindlichkeit)
 - > Befürchtung negativer Bewertung bei Anwesenheit von Menschen
 - [S]
 - > sozialer Rückzug, sekundäre Angstverstärkung
 - > Vermeidung von Handlungen im Beisein Anderer:
 - Essen
 - Arbeiten

- Schreiben
- Reden
- Berühren bestimmter Themen
- > Vermeidung begründet mit
 - Angst zu erröten (Erythrophobie)
 - Angst zu zittern
 - Angst zu versagen
- > Festhalten von Größenphantasien durch Meiden der Realität
- [Th]
 - > leicht: Verhaltenstherapie
 - Rollenspiele
 - Selbstsicherheitstraining
 - Reizüberflutung [flooding]
 - > schwer: kombination
 - psychoanalytisch
 - Verhaltenstherapie
- Spezifische (isolierte) Phobien Phobien (F40.2)
 - krankhafte Angst vor bestimmten Objekten, Ereignissen oder Situationen
 - Relevanz bei sozialer Beeinträchtigung
 - Formen
 - > Zoophobie
 - > Dysmorphophobie (eigene Fehlgestalt)
 - > Herzphobie
 - > Karzinophobie
 - > Aviophobie
 - > Acrophobie
 - > Blut- oder Verletzungsphobien
 - vasovagaler Reflex -> Bradycardie -> (Ohnmacht)
 - > modern: AIDS-Phobie
 - [Th]
 - > Verhaltenstherapie (Exposition / Desensibilisierung)
 - > EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
 - > Entspannungstechniken (PMR, autogenes Training, Biofeedback)

10.7. Schmerzkrankheit (F45.4- Anhaltende Schmerzstörung)

- Schmerz: unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird
- [E]
 - 10% BRD-Bürger
 - häufigste: Rückenschmerzen
 - Analgetica meistverordnete Medikamente
- Formen
 - akuter körperlicher Schmerz
 - > zeitlich begrenzt

- > äußerlich (z.B. Verletzung) oder innerlich (z.B. Gallenkolik) ausgelöst
- chronischer Schmerz
 - > durch chron. Erkrankungen (z.B. Arthrose) oder psychogen (somatoforme Schmerzstörung) ausgelöst
- [Ä/P]
 - somatische und psychische Faktoren
 - Schmerzfasern
 - > Oberflächenschmerz: A-delta-Fasern
 - > Tiefenschmerz: C-Fasern
 - > visceraler Schmerz: afferente Sympathicusfasern
 - unspezifische afferente Bahnen, starke Divergenzen (Verknüpfung mit motorischen Bahnen, mit Vegetativum, Formatio reticularis, limbischem System)
 - => Verknüpfung mit unterschiedlichen Phänomenen (Muskeltonus, vegetative Reaktionen, auch affektive Reaktionen)
 - gate-control-system-Theorie:
 - > Einheit von somatischen und psychischen Faktoren
 - > „gate“ in Substantia gelatinosa des RM-Hinterhorns
 - > Schließung für Schmerz durch:
 - kompetitive Hemmung durch Impulse anderer Frequenzen (genutzt bei transkutaner Elektrostimulation)
 - absteigende Bahnen, psychische und soziale Faktoren (Aufmerksamkeit, Ablenkung, Angst, kognitive Prozesse)
 - psychosomatische Modelle bei psychogenen Schmerzen
 - > narzißtischer Mechanismus: Selbstwertregulation der Persönlichkeit
 - Verluste, Kränkung, Verletzung, Hilflosigkeit erzeugen Destabilisierung der Selbstregulation
 - Stabilisierung durch Schmerz
 - Lernvorgänge
 - > Reiz-Reaktions-Lernen (klassische Konditionierung): ein schmerzgekoppelter Reiz führt nach entsprechender Erfahrung auch ohne Schmerzursache zur Schmerzempfindung, Geräusch des Bohrers tut nach Zahnarztbesuch schon weh
 - > operantes Lernen: positive Verstärkung (Zuwendung oder euphorisierendes Analgeticum), negative Verstärkung (Wegfall der Schonung durch Umwelt bei Wegfall des Schmerzes)
 - > Modellernen
 - Schmerz in der Familie gelernt
 - z.B. Streit / Verluste von Mutter mit Kopf-/Herzschmerzen beantwortet
 - Entwicklungs- und Konfliktsituationen
 - > harte entbehrungsreiche Kindheit, frühe Arbeit, Mangel an emotionaler / materieller Versorgung
 - > harte Arbeit, Sorge für Familie, Pflicherfüllung

- > meist im Zuge des Nachlassens körperlicher Kräfte in Lebensmitte
- > Wunsch nach Schonung, Schutz, Passivität
- > kaum Psychotherapie, sondern „Organmediziner“ aufgesucht, Rentenverfahren
- [S]
 - anhaltender schwerer quälender Schmerz, physiologisch nicht erklärbar
 - trotz ärztlicher Beruhigung häufig Arztbesuche, Analgeticamißbrauch, Drängen nach OP
 - häufig psychogene Rückenschmerzen
- [Th]
 - Primärärztliche Behandlung
 - > Verhinderung nicht-indizierter Maßnahmen (z.B. Operationen)
 - > Anleiten zur Aktivierung, z.B. Physiotherapie
 - > Ausdehnung der Einschränkungen verhindern
 - Psychotherapie
 - > Therapie der ersten Wahl
 - > Schmerzbewältigung (Identifikation schmerzerhaltender Muster, Entspannung, Aktivierung) zur Motivierung des Patienten
 - > Verhaltenstherapie: Veränderung der ätiologisch relevanten maladaptiven interpersonellen Beziehungsmuster (kommunikative Funktion der Schmerzen)
 - > -> nicht regelmäßig Minderung der Schmerzintensität, aber Umattribuierung der Schmerzen als weniger schlimm oder bedrohlich; erhöhtes Aktivitätsniveau: als Erfolg erlebt
 - Pharmakotherapie
 - > trizyklische Antidepressiva
 - > Analgetikaentzug, festes Einnahmeschema
 - > keine Tranquilizer / Neuroleptika

Literatur

Möller, Laux, Deister:

Duale Reihe: Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Aufl. / 4. Aufl.

Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 2001 / 2009

ISBN: 978-3-13-128542-7 / 978-3-13-128544-7

Kompetenznetz Schizophrenie (KNS). URL: <http://www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.info/>
[Stand: 08.04.2016]

Psychiatrieskript:

Prof. Dr. med. Volker Faust: "PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln". URL:

http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int1_neurosen.pdf. [Stand: 08.04.2016]

Geschichte:

Oliver Walter: "Geschichte der Psychologie". URL:

["http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Geschichte_der_Psychologie/geschichte_der_psychologie.htm"](http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Geschichte_der_Psychologie/geschichte_der_psychologie.htm). [Stand: 08.04.2016]

Sherrington et al.: "GESCHICHTE DER BIOLOGIE. Behaviorismus (28). Psychologie/Neurologie: Der Behaviorismus". URL: <http://www2.vobs.at/bio/spezial/x-hist/x-hist28.htm> [Stand: 22.8.2014]

Korczak / Habermann / Braz "Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. HTA-Bericht 129". http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta343_bericht_de.pdf [Stand: 22.8.2014]

AWMF online: "Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Umgang mit Patienten". URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html> [Stand: 25.04.2016]