

Study Guide Psychiatrie und Psychotherapie

Univ.- Prof. Dr. med Wolfgang Gaebel
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf

Redaktion:
Priv.-Doz. Dr. med. J. Zielasek
Kordinator Lehre

Inhaltsverzeichnis

(angegeben sind die Nummer und die Bezeichnung der Behandlungsanlässe)

1. 03 Ängstlichkeit.....	2
2. 21 Müdigkeit, Erschöpfung, allgemeine Schwäche.....	12
3. 28 Somatisch nicht erklärbare Erkrankungen.....	20
4. 29 Sozialer Rückzug.....	30
5. 30 Suchtverhalten, Abhängigkeit, Gebrauch und Missbrauch von Genussgiften.....	38
6. 47 Patient mit Selbst- und Fremdgefährdung.....	44
7. 56 Denk- und Wahrnehmungsstörung (Wahn/Halluzination).....	54
8. 60 Gedächtnisstörung/Vergesslichkeit.....	62
9. 79 Stimmungsschwankung und Depression/Manie.....	70
10. 86 Vermindertes Bewusstsein.....	83
11. 89 Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.....	93
Kinder- und Jugendpsychiatrische Themen	
12. 31 Verhaltensauffälligkeit.....	107
13. 32 Wachstum-/Gedeih- und Entwicklungsverzögerung.....	112
14. 42 Kindesmisshandlung.....	117

1. Kapitelüberschrift (= Task)

3 Ängstlichkeit

2. Autor

Dr. med. Jaroslav Malevani
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-2019
Email: jaroslav.malevani@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

- 1) Angststörungen
- 2) Depression
- 3) Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

- 1) Die Krankheitsbilder der wichtigsten Angststörungen gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen, sowie der Ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung erläutern
- 2) Die Häufigkeit der Komorbidität von Depressionen und Angststörungen erläutern
- 3) Die Gefahr und Häufigkeit der sekundären Arzneimittel- und Alkoholabhängigkeit bei Angststörungen erklären.
- 4) Mögliche Auswirkungen von Angststörungen auf den Alltag der Betroffenen beschreiben.
- 6) Die Therapieoptionen und ihre Erfolgsaussichten bei Angststörungen erläutern.

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Wie ist das Krankheitsbild der Angststörungen definiert?

Definition des Krankheitsbildes und seiner klinischen Unterformen gemäß ICD-10 (www.dimdi.de)

- 1) F40.0 Agoraphobie
- 2) F40.1 Soziale Phobie
- 3) F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien
- 4) F40.8 Sonstige phobische Störungen
- 5) F40.9 Nicht näher bezeichnete phobische Störung
- 6) F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- 7) F41.1 Generalisierte Angst
- 8) F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- 9) F41.3 Sonstige gemischte Angststörungen
- 10) F41.8 Sonstige näher bezeichnete Angststörung
- 11) F41.9 Nicht näher bezeichnete Angststörung
- 12) F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

5.2. Welche anderen Erkrankungen treten häufig bei Angststörungen auf?

Besonders häufig und wichtig zu erkennen:

- 1) Depressionen
- 2) Suchterkrankungen

5.3. Welche klinischen Erscheinungsformen von Ängsten gibt es?

Angst: unangenehm erlebtes Gefühl von Bedrohung

Frei flottierende Angst: Angstform, bei der Angstgefühl schlagartig ohne erkennbaren Grund auftritt

Phobie: Übermäßige Angst vor bestimmten Objekten (z.B. Tieren – Arachnophobie) bzw. Situationen (z.B. engen Räumen – Klaustrophobie)

Soziale Phobien: Übermäßige Angst vor öffentlichen Auftritten oder davor, sich zu blamieren

Panik: Plötzliche, unvorhersehbare Angstattacken mit Herzrasen und anderen körperlichen Symptomen

Ängstlichkeit: Persönlichkeitseigenschaft, häufiger und intensiver als andere Menschen Angst zu empfinden; man unterscheidet Ängstlichkeit in bestimmten Situationen, z.B. Schüchternheit, Prüfungsangst u.ä.

Angst- und Panikstörungen: Erkrankungsformen, die durch unterschiedliche Erscheinungsweisen der Angst geprägt sind. Die wesentlichen Formen sind die frei flottierende Angst, phobische Angst sowie Panik. Die Symptomatik umfasst sowohl seelische als auch körperliche Beschwerden (z.B. Tachykardie, Schwindel, abdominelle Beschwerden).

5.4. Welche Fragen sollten sie einem Patienten/einer Patientin stellen, wenn Sie das Vorliegen einer Angststörung vermuten?

- 1) Gab es in den letzten Tagen Gefühle von Ängstlichkeit?
- 2) Ängstigen Sie sich im Augenblick mehr als üblich?
- 3) Haben Sie Angst, weil Sie erwarten, dass etwas Schlimmes könnte passieren?
- 4) Geraten Sie (erleben Sie) Angst in bestimmten Situationen bzw. bei Begegnungen mit bestimmten Objekten?
- 5) Haben Sie übermäßige Furcht vor bestimmten Dingen?

5.5. Welche Vorstellungen gibt es heute zur Entstehung von Angststörungen?

Man geht von einer Vielzahl verursachender oder auslösender Faktoren aus, die erst im Zusammen- und Wechselwirken den tatsächlichen Ausbruch der Störung bewirken. Es können sowohl somatische (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen) als auch psychologische Faktoren eine Rolle spielen.

Beispiel 1:

Sowohl eine Überfunktion (z.B. Morbus Basedow oder Schilddrüsenautonomie) als auch eine Unterfunktion (z.B. Hashimoto-Thyreoiditis) der Schilddrüse können zu Angst und Panikattacken führen.

Beispiel 2:

Das State-Trait-Modell der Angst erfreut sich seit seiner Konzeption im Jahre 1972 durch Spielberger einer großen Beliebtheit. Die Popularität und breite Rezeption dieses Modells liegt wahrscheinlich darin begründet, dass es alltagspsychologische Überzeugungen reflektiert, auf empirischen, faktorenanalytischen Ansätzen von Cattell und Scheier (1960) aufbaut, seine Wurzeln bereits bei Freud (1940) zu finden sind, und in der Entwicklung eines modellkonformen, ökonomischen Messinstruments mündete, welches im Folgenden intensive Forschungstätigkeit anregte. Das Modell konzipiert Angst zweidimensional in Form einer Zustands-Angst (State) und einer Eigenschafts- (Trait). Diese beiden „Grundpfeiler“ der Angst werden nach Spielberger (1972) folgendermaßen definiert: Die Annahme, dass Individuen sich konsistent und kohärent in einer dispositionellen Ängstlichkeit (Trait) unterscheiden, ist grundlegende Voraussetzung für eine sinnvolle Angstmessung. In dem von Spielberger entwickelten standardisierten Test für Ängstlichkeit (State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)) schlägt sich die konzeptionelle Unterscheidung zwischen einer „State“- und einer „Trait“-Angst in der Konstruktion zweier getrennter Skalen nieder. Da intensive Forschungstätigkeiten mit dem STAI mehrfach zwar die empirische Unterscheidbarkeit, aber nicht die statistische Unabhängigkeit der beiden Konstrukte belegen konnten, diskutiert man heute einen prinzipiell stufenlosen Übergang der Zustands- zur Eigenschafts-Angst im Sinne eines State-Trait-Kontinuums (Hermann, Scholz & Kreuzer, 1991).

Die zentrale Aussage des State-Trait-Modells lautet, dass hochängstliche Menschen Situationen, die mit einer Bedrohung des Selbstwerts verknüpft sind, bedrohlicher als Niedrigängstliche wahrnehmen, d. h. in solchen Situationen einen höheren Anstieg der Zustands-Angst aufweisen (Spielberger, 1972). Somit trifft das Modell nicht nur Annahmen über eine dispositionelle und situative Angst, sondern behandelt auch deren Interaktion (> interaktionistischer Ansatz). Obgleich das State-Trait-Modell einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Angstforschung hatte, wird es

angesichts der Komplexität und Differenziertheit heutiger Forschungsergebnisse oftmals für seine konzeptuellen und empirischen Schwächen kritisiert.

Literatur:

Spielberger CD. Anxiety : Current Trends in Theory and Research Volume I. New York: Academic Press, 1972.

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 110-128.

5.6. Wieso können Angststörungen zu Einschränkungen im Alltag führen?

- 1) Vermeidungsverhalten mit Einschränkung der Lebensqualität (z.B. bei Flugangst)
- 2) Sozialer Rückzug
- 3) Konzentrationsmängel durch auftretende Angstgefühle
- 4) Sekundärer Suchtmittelmissbrauch (vor allem Alkohol, Sedativa bzw. Anxiolytika) und dessen Folgen

5.7. Welche Therapieverfahren gibt es bei Angststörungen und wie effektiv sind sie?

- 1) Psychotherapieverfahren: Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions- und Konfrontationsübungen
- 2) Pharmakotherapieverfahren: serotonerge Antidepressiva (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), trizyklische Antidepressiva, Antidepressiva vom Typ der Monoaminoxidase-Hemmer)
- 3) Kombinationsverfahren (Psycho- und Pharmakotherapie)

Fakultativ zum vertiefenden Selbststudium:

Benkert O, Hippus H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Heidelberg: Springer Verlag, 9. Auflage, 2012.

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 110-128.

5.8. Wann ist eine stationäre Therapie erforderlich?

- 1) Suizidalität
- 2) Bei schwerem sozialen Rückzug und fehlender Möglichkeit, ambulante Therapie in Anspruch zu nehmen
- 3) Schwere Komorbidität (Depression, Suchterkrankung)
- 4) Therapieresistenz

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1. Klassifikation von Angststörungen

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt auf der Grundlage der International Classification of Disorders der WHO, aktuell 10. Revision, daher „ICD-10“. Hier finden Sie den Link zum Kapitel der Angststörungen in der offiziellen deutschen Übersetzung, die das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgibt, die Angststörungen finden sich im Kapitel F4.

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>

6.2. Epidemiologie der Angststörungen

Angststörungen zählen neben Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland.

Panikstörung: Frauen erkranken zweimal häufiger als Männer. Etwa 2 bis 3% der Bevölkerung leiden an dieser Angststörung. Die meisten Patienten entwickeln die Symptome zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr.

Generalisierte Angststörung: Wahrscheinlich sind etwas mehr Frauen als Männer betroffen. Rund 4 bis 6% der Bevölkerung leiden unter einer generalisierten Angststörung. Sie kann in jedem Alter auftreten, hat aber Erkrankungsgipfel bei Heranwachsenden und um das 40. Lebensjahr herum.

Spezifische Phobien: Frauen sind häufiger als Männer von Phobien betroffen. 75 bis 90% der Patienten mit Tierphobien und 55 bis 70% der Patienten mit Phobien vor Blut oder Verletzungen sind weiblich. Rund 13% der Bevölkerung sind von sozialer Phobie, etwa 5% von einer Agoraphobie und ca. 9% von der spezifischen Phobie betroffen. Spezifische Phobien beginnen oft bereits in der Kindheit. Soziale Phobien treten häufig in der frühen Jugend, bei Eintritt der Pubertät auf; Agoraphobien vor allem zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr.

Quelle dieser Angaben: <http://www.neurologen-und-psiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?id=96&nodeid=23>

6.3. Lehrbuchkapitel

Übersicht über themenbezogene Kapitel in gängigen Lehrbüchern – eines davon sollte gelesen werden, z.B.:

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 110-128.

Strauss WH. Angststörungen. In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hg.): Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2002. S. 472ff.

7. Reflexion

7.1. Angst: positives Phänomen oder Krankheit?

Reflektieren Sie über die Bedeutung der Angst im menschlichen Leben. Welche Rolle spielt „normale Angst“ als Alarmfunktion für den Organismus, welche Aktivitäten werden zur Beseitigung der bestehenden oder drohenden Gefahr in Gang gesetzt? Inwiefern kann Angst die körperlichen und seelischen Abwehrfunktionen stärken?

7.2. Angst und Panik in der Kunst

Reflektieren Sie darüber, wie die Intensität des Erlebens bei Angst und Panik auf dem Gemälde des norwegischen Malers Edvard Munch „Schrei“ (1895) gezeigt wird. Welche Gefühle löst das Kunstwerk bei Ihnen aus? Kennen Sie andere Kunstwerke (Gemälde, Musikwerke, Kinofilme), in denen das Thema „Angst und Panik“ präsent ist (Beispiel: The Shining)?

Bilderlinks: https://de.wikipedia.org/wiki/Der_Schrei

The Shining: <http://www.imdb.de/title/tt0081505/>

7.3. Bezug zu anderen Study Guides

Gerade bei der Angststörung ist das rechtzeitige Erkennen komorbider Depressionen und Suchterkrankungen sehr wichtig, da diese Erkrankungen häufig mit Angststörungen assoziiert sein können. Lesen Sie in den entsprechenden Lehrbuchkapiteln sowie in den Study Guides (SGs) nach, wenn Sie sich über die wichtigsten klinischen Zeichen dieser Erkrankungen nicht mehr sicher sind!

SG 56 Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Psychiatrie und Psychotherapie)

SG 79 Stimmungsschwankung und Depression/Manie (Psychiatrie und Psychotherapie)

7.4. Internet-Links zu Fachgesellschaften und Leitlinien

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
<http://www.dgppn.de>

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)
www.psychiatrie.de/bapk/

DASH Deutsche Angst-Selbsthilfe (DASH)
www.panik-attacken.de

Angschthëllef - L.A.S.H. asbl
www.lashasbl.lu/indexdeu.html

7.5. Zum vertiefenden Nachlesen (nur für besonders Interessierte):

Keck ME, Ströhle A (2005) Challenge studies in anxiety disorders. Handbook of Experimental Pharmacology 169:451-468.

Renneberg B, Ströhle A (2006) Soziale Angststörungen. Nervenarzt 77:1123-1132.

Ströhle A (2010) Pharmakotherapie von Angsterkrankungen. Arzneiverordnung in der Praxis 37:79-81.

Ströhle A (2009) Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. Journal of Neural Transmission 116:777-784.

Wiedemann K, Kellner M, Ströhle A (2007) Angsterkrankungen. In: Holsboer F, Gründer G, Benkert O (Hrsg) Handbuch der Psychopharmakotherapie. Springer, Berlin.

1. Kapitelüberschrift (= Task)

21 Müdigkeit, Erschöpfung, allgemeine Schwäche

2. Autorin

Dr. med Martina von Wilmsdorff
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-2786
Email: martina.Wilmsdorff@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

- Müdigkeit (ICD 10 Z73.0)
- Erschöpfung (ICD-10 T66-T78)
- Burn-out-Syndrom (ICD-10 Z73.0)
- Chronisches Erschöpfungssyndrom, CFS (ICD-10 G93.3)
- Depression (ICD-10 F31.-, F32.-, F33.-)
- Angststörungen (ICD-10 F40.0-F41.2)
- Fatigue-Syndrom
- Unwohlsein und Ermüdung (ICD-10 R53) wie Asthenie, Lethargie, allgemeine, chronische oder nervöse Schwäche

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach der Bearbeitung dieses Kapitels können die Studierenden

1. das Krankheitsbild von Müdigkeit und Erschöpfung sowie die ihnen möglicherweise zugrunde liegenden organischen oder psychiatrischen Störungen erläutern.
2. eine syndrombezogene Anamnese bezüglich zugrundeliegender psychischer oder organischer Erkrankungen und eine syndrombezogene körperliche Untersuchung durchführen.
3. Überlegungen zur Differentialdiagnose durchführen.
4. eine spezielle schlafbezogene Anamnese erheben.
5. Gesprächstechniken im Umgang mit Menschen mit Müdigkeit und Erschöpfung anwenden, die deren besonderen Bedürfnissen angepasst sind.
6. charakteristische Auswirkungen von Müdigkeit und Erschöpfung auf den Alltag der Betroffenen beschreiben.
7. Therapieverfahren und ihre Erfolgsaussichten bei Müdigkeit und Erschöpfungszuständen erläutern.
8. Empfehlungen zur Schlafhygiene geben.

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1 Definition

Müdigkeit ist meist ein ganz normaler, nicht krankhafter Zustand, der durch körperliche, seelische Anstrengungen oder zu wenig Schlaf hervorgerufen wird. Virusinfektionen, Mangelkrankungen wie z.B. Eisenmangel oder Schlafstörungen können Müdigkeit auslösen. Die fehlende Erholbarkeit des Schlafs bei Schlafstörungen durch äußere Faktoren wie Lärm oder innere wie Stress vermindert die Leistungsfähigkeit und kann langfristig zu weiteren Krankheitsbildern führen. Müdigkeit tritt oft auch als Begleitsymptom einer Zöliakie, Hypothyreose, Diabetes mellitus, Krebserkrankung, von Rheuma, Herzinfarkt oder Hepatitis auf. Auch psychiatrische Störungen wie **Depressionen** oder **Angststörungen** können zu Müdigkeit und Erschöpfungszuständen führen. Umgekehrt kann pathologische Müdigkeit Depressionen und Angstzuständen auslösen.

Ein Erschöpfungszustand ist meist vorübergehend und wird durch bestimmte Umstände hervorgerufen wie eine belastende Situation oder zu anstrengender Sport. Erschöpfung kann aber auch Begleitsymptom von organischen Erkrankungen sein wie Infektionskrankheiten (Erkältung, Grippe, HIV), Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz oder -entzündung, KHK), Kreislauferkrankungen (niedriger Blutdruck), Blutarmut (Eisen- oder Vitamin-B12-Mangel), Krebs- und

Study-Guide Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
V11/2012

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus). Psychische Ursachen sind **Burn-out, Depression und CFS** („Chronic Fatigue Syndrome“; chronisches Müdigkeitssyndrom). Nebenwirkungen von Medikamenten können ebenfalls zu Erschöpfung und Müdigkeit führen.

5.2 Symptome von Müdigkeit

- Verminderte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit
- Beeinträchtigung der Wahrnehmung
- Allgemeines Unwohlsein
- Antriebslosigkeit
- Erhöhte Reizbarkeit
- Frieren
- Leichter Rausch und enthemmende Wirkung
- Hypnagoge Halluzinationen

5.3 Diagnose

- Die Befragung des Patienten soll Ausmaß, Dauer und tageszeitlichen Verlauf der Müdigkeit ergeben, wobei zwischen Leistungsabfall und Schläfrigkeit unterschieden werden muss. Wie lange besteht der Erschöpfungszustand? Wie äußert er sich? Gab es einen Auslöser? Bestehen organische und/oder psychiatrische Vorerkrankungen?
- Die Befragung über die berufliche, familiäre oder sonstige soziale Situation, die Einfluss auf das Allgemeinbefinden eines Patienten hat, gehört ebenfalls zur Anamnese.
- Fragen nach Dauer und Qualität des Schlafs, Gewichtsveränderungen, Schnarchen, Ernährungsgewohnheiten und Medikamenteneinnahme ergeben weitere Hinweise auf mögliche Ursachen der Müdigkeit. Leitsymptom der Schlafstörung ist die fehlende Erholbarkeit des Schlafes durch verzögertes Einschlafen, gestörtes Durchschlafen, unzureichende Tiefschlafphasen (reduziert bei depressiven Patienten verbunden mit einer mangelhaften Funktion des REM-Schlafes) oder zu frühes Erwachen. Atemstörungen während des Schlafes (Schlafapnoe-Syndrom) sind häufig mit nächtlichen Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Fettleibigkeit und Schnarchen verbunden. Sind keine Ursachen für die Schlafstörungen erkennbar, so sollte von einer behandlungspflichtigen primären Schlafstörung ausgegangen werden mit spezifischer Diagnostik, Beratung und Behandlung.

- Gibt es weitere Beschwerden (Luftnot, Gewichtsabnahme, Schmerzen)?
- Abklärung von organischen Ursachen durch Tastuntersuchung der Leber, Milz und Lymphknoten, Auskultation von Herz und Lunge, Kontrolle der Muskelkraft- und -reflexe.
- Laboruntersuchungen wie Blutuntersuchung, Blutzuckertest, EKG oder Untersuchung im Schlaflabor.

Ausschluss organischer Erkrankungen

- Diagnose einer psychischen Erkrankung durch Erhebung eines psychopathologischen Befundes

A Angststörung: Im Mittelpunkt der Diagnostik steht das psychotherapeutische Gespräch. Genauere Angaben s. Behandlungsanlass 3.

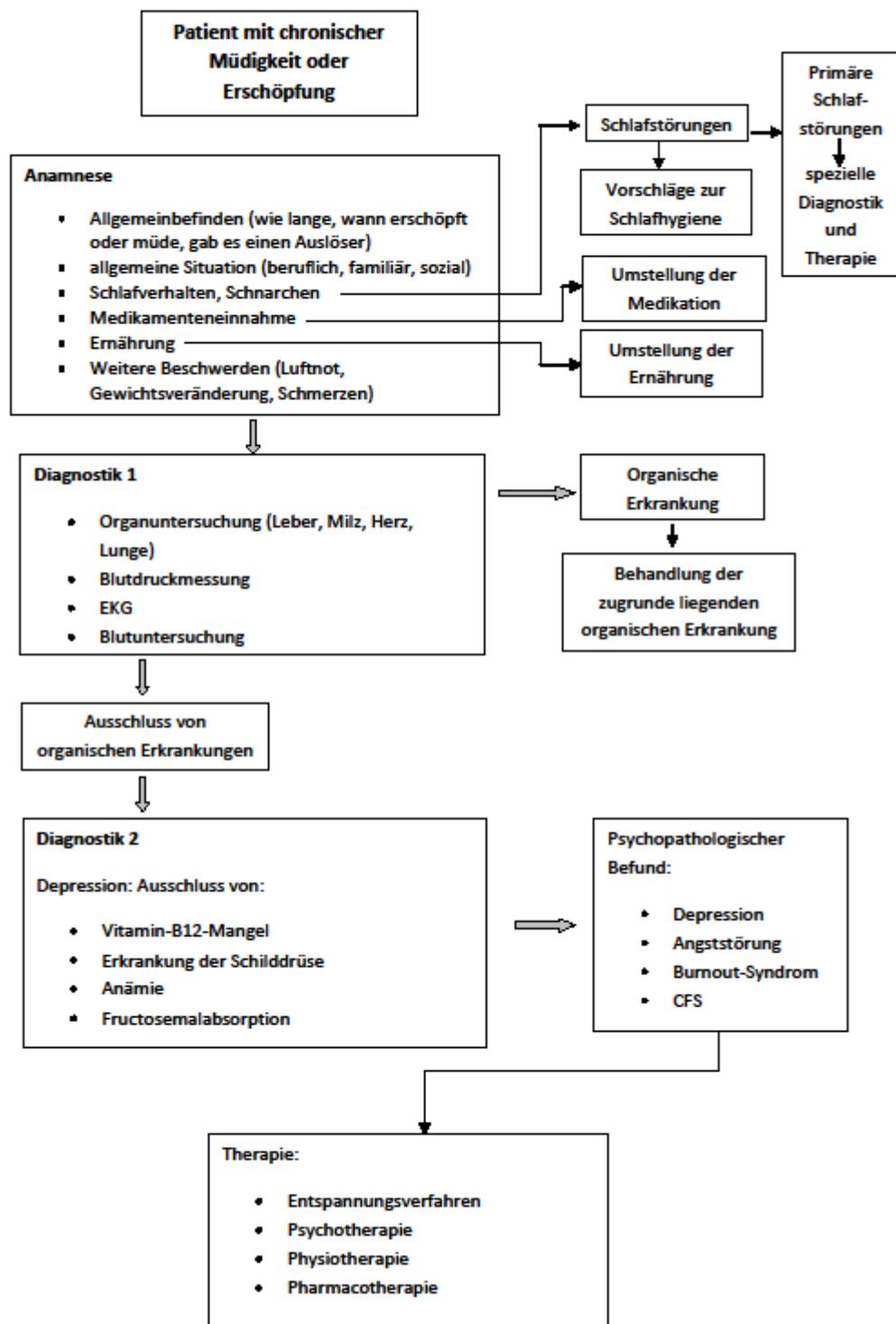
B Depression: Nach Ausschluss einer Anämie, eines Vitamin-B12-Manges und einer Fructosemalabsorption Diagnose mittels Hamilton-Depressionsskala (HAMD), Beck-Depressionsinventar (BDI) oder dem Inventar depressiver Symptome (IDS). Genauere Angaben s. Behandlungsanlass 79.

C Burnout-Syndrom: Zustand körperlicher, geistiger und emotionaler Erschöpfung aufgrund beruflicher Überlastung, wird meist durch Stress ausgelöst, der durch verminderte Belastbarkeit nicht bewältigt werden kann. Gilt in der ICD-10 nicht als Krankheit, sondern als Problem der Lebensbewältigung. Diagnoseinstrumente sind der Copenhagen Burnout Inventory, das Trierer Inventar zum chronischen Stress, das Tedium Measure (TM) oder das Maslach Burnout Inventory (MBI).

D Chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS): Beschreibt einen Zustand schwerer geistiger und körperlicher Erschöpfung, der mit weiteren spezifischen Symptomen verknüpft ist, wie Schlafstörungen, Schmerzen, neurologischen und kognitiven Veränderungen, autonomen, neuroendokrinen und immunologischen Manifestationen. Nach Belastung und Erschöpfung tritt immer eine Zustandsverschlechterung auf. Die genauen Ursachen der Erkrankung sind bis heute ungeklärt. CFS tritt häufig mit Depressionen und Angststörungen auf. Die Einteilung erfolgt nach der Schweregradskala von DS Bell.

5.4 Therapie

- Für **Schlafstörungen** kommt eine Vielzahl von Gründen in Betracht wie falsche Erwartungen an den Schlaf, Verhaltensweisen und Lebensumstände. Medikamente Drogen und Genussmittel wie Alkohol oder Kaffee können die Schlafregulation stören. Die Behandlung orientiert sich im Wesentlichen an den Ursachen. Ist eine organische Erkrankung für die Schlafstörung verantwortlich, muss diese therapiert werden. Ist ein falscher Umgang mit Schlaf der Auslöser, so sind Verhaltenstherapie und schlafhygienische Maßnahmen wie der richtige und zeitgerechte Umgang mit dem Tag-Nacht-Rhythmus die Gestaltung der Schlafumgebung, das Einüben von Schlafritualen oder Entspannungstechniken das richtige Mittel, um einen erholsamen Schlaf zu ermöglichen oder zu fördern.
- Eine allgemein anerkannte Behandlung des **CFS** gibt es nicht. Eine Behandlung sollte daher individuell und auf die einzelnen Symptome bezogen erfolgen (Immunologische Therapien, Physiotherapie, Schmerz- und gegebenenfalls Psychotherapie bei gleichzeitig auftretender Depression und Angststörung, Ernährungsumstellung).
- Angststörungen können durch Entspannungsverfahren wie autogenes Training oder Biofeedback-Methoden, Psychotherapie (Reizüberflutung, abgestufte Reizexposition) oder medikamentös (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer) behandelt werden. Ebenfalls hilfreich sind Selbsthilfegruppen und Sport.
- Die Behandlung einer Depression erfolgt medikamentös über SSRI, trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer. Auch hier sind Selbsthilfegruppen, Lichttherapie, Ernährungsumstellung und Sport hilfreich.
- Da das Burnout-Syndrom nicht als Krankheit mit klar definierten Symptomen und Ursachen anerkannt ist, ist die Entwicklung von Behandlungsmaßnahmen schwierig. Entspannungs-, Atem- und Meditationsübungen sind hilfreich, ebenso wie sportliche Aktivitäten. Kognitives Verhaltenstraining, Beratungsgespräche, Modifikationen und Umstrukturierung der Arbeitsplatzabläufe können ebenfalls zu einer Besserung der Symptome führen.



6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

Die entsprechenden Kapitel nur eines der genannten Lehrbücher sollten gelesen werden:

M. Berger (Hrsg): Psychische Erkrankungen. Klinik&Therapie. Urban&Fischer, 3.Auflage, 2009
Schlafstörungen Kapitel 20, S.816; CFS Kapitel 20, S.839; Erschöpfung Kapitel 18, S.770

W.Gaebel und F.Müller-Spahn (Hrsg): Diagnostik und Therapie psychischer Störungen, Verlag
W.Kohlhammer, 2002; CFS Kapitel B5.7.2 S.540; Schlafstörungen Kapitel C2.7 S.1220;

M. Hautzinger (Hrsg): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, Beltz-Verlag, 2000
Schlafstörungen Kapitel 14 S.486; Schlafhygiene Kapitel 14.7 S.501;

H.J.Möller, G.Laux, HP.-Kapfhammer (Hrsg): Psychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag,
3.Auflage, 2007. CFS Kapitel 62.6 S.848; Schlafstörungen Kapitel 66 S.972; Schlafhygiene Kapitel 66
S.980

Links und Literatur für besonders Interessierte

Schlafstörungen/ Schlafhygiene:

Leitlinie S3 „Nicht erholsamer Schlaf“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und
Schlafmedizin (DGSM) online auf der AWMF-Homepage (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen). RegisterNr. 063/001

Patientenratgeber Schlafhygiene der Charité (<http://www.charite.de/dgsm/rat/hygiene.html>)

Müdigkeit/Erschöpfung:

Leitlinie S3 „Müdigkeit“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
(DEGAM) online auf der AWMF-Homepage (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen). RegisterNr. 053/002

<http://www.onmeda.de/symptome/muedigkeit.html>

<http://www.onmeda.de/symptome/erschoepfung.html>

Chronic-fatigue-syndrome:

<http://www.cfs-aktuell.de/Konsensdokument.pdf>

Peter A. Berg Hrsg.: Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom. 2. Aufl. Springer, Berlin 2003

Joachim Strienz: Leben mit chronischer Erschöpfung – CFS, Zuckschwerdt Verlag, 2011

Burnout Syndrom:

Serge Brand, Edith Holsboer-Trachsler: Das Burnout Syndrom -- eine Übersicht. In: Therapeutischer
Umschau., 67(11), 2010: 561–565.

Ferdinand Jaggi: Burnout – praxisnah. Georg Thieme Verlag, Stuttgart und New York 2008

Burnout for Experts. Prevention in the context of living and working, Springer-Verlag, 2013

7. Reflexion

7.1. Warum ist es wichtig, Müdigkeit als Begleitsymptom einer Organerkrankung, als fehlende Erholbarkeit des Schlafs oder als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung wie Angststörung oder Depression zu diagnostizieren?

7.2. Warum ist Schlafhygiene und Verhaltenstherapie bei Schlafstörungen, die auf einem falschen Umgang mit Schlaf beruhen, wirksam?

7.3. Warum gilt Burnout nicht als eigenständige Krankheit, sondern als Problem der Lebensbewältigung?



1. Kapitelüberschrift

28 Somatisch nicht erklärbare Erkrankungen

2. Autoren

Dr. med. Andreas Pelzer und Dr. med. Marc Warnecke
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-3601
Email: Andreas.Pelzer2@lvr.de; Marc.Warnecke@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem *Task*

- 1) Somatoforme Störung
- 2) Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
- 3) Depression
- 4) Angststörungen
- 5) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

1. Die Krankheitsbilder der somatoformen Störung einschliesslich der Somatisierungsstörung, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der hypochondrischen Störung gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen erläutern und diese voneinander abgrenzen.
2. Die Überschneidungen zu den Komorbiditäten Depression, Angststörung und psychotischen Störungen erläutern
3. Die Gefahr und Häufigkeit von Arzneimittelabhängigkeit benennen
4. Mögliche Auswirkungen auf den Alltag und das Verhalten bezüglich von Arztbesuchen beschreiben
5. Die Therapieoptionen und Erfolgsaussichten bei Erkrankungen mit unerklärlichen somatischen Symptomen erläutern.

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1 Wie ist das Krankheitsbild der somatisch nicht erklärbaren Krankheiten definiert?

Einteilung gemäß ICD-10:

- 1) F45.0 Somatisierungsstörung
- 2) F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung
- 3) F45.2 hypochondrische Störung
- 4) F45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung

- F45.30 kardivaskuläres System

- F45.31 oberer Gastrointestinaltrakt

- F45.32 unterer Gastrointestinaltrakt

- F45.33 respiratorisches System

- F45.34 Urogenitalsystem

F45.5 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Für besonders Interessierte findet sich hier die Klassifizierung psychischer Störungen gemäß ICD-10

für den Bereich der somatisch nicht erklärbaren Symptome:

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm#F45>

5.2. Welche anderen Erkrankungen treten häufig bei somatisch nicht erklärbaren Krankheiten auf?

Besonders häufig und wichtig zu erkennen:

- 1) Depressionen
- 2) Angststörung
- 3) Arzneimittelabhängigkeit
- 4) Andere neurotische Störungen

5.3. Welche phänomenologischen Attribute unterscheiden Somatisierungsstörungen, hypochondrische Störungen und somatoforme Schmerzstörung wie sie laut Kapitel 4 ICD-10 auftreten voneinander und vom Auftreten bei Depression, Angststörung und psychotischen Störungen?

Somatisierungsstörung: Nicht unter willentlicher Kontrolle stehende körperliche Symptome, für die sich keine eindeutigen pathologischen organischen Hinweise finden lassen, bei deren Genese aber seelische Belastungssituationen wahrscheinlich eine Rolle spielen.

Hypochondrische Störung: Wesentlich ist die übermäßige gedankliche Beschäftigung mit der vermeintlichen Organstörung und die daraus resultierenden, teilweise gravierenden Folgen im Bereich der Kommunikation.

Somatoforme Schmerzstörung: Die Beschwerdeschilderung hat appellativen Charakter, die Lokalisation der Schmerzen wechselt weitgehend regellos und es findet sich weitgehend keine Periodik, tritt in Verbindung mit gravierenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf.

Abgrenzung zu Depression, Angststörung und psychotischen Störungen:

Bei depressiven Störungen sind die somatischen Symptome meist vorübergehend und bessern sich mit der antidepressiven Behandlung, bei der somatoformen Störung überdauern sie die Stimmungsaufhellung.

Bei Angststörungen sind die Symptome nur von kurzer Dauer, im Sinne von Attacken.

Im Rahmen von psychotischen Störungen können wahnhaftige Krankheitsüberzeugungen auftreten, für die psychotische Störung müssen aber dennoch viel mehr Kriterien erfüllt sein.

5.4. Welche klinischen Hinweise von somatisch nicht erklärbaren Erkrankungen gibt es?

1. Bestehen „typischer“ Symptome, Beschwerden in unterschiedlichen Organsystemen
2. Beschwerdenschilderung affektiv wenig adäquat
3. Vorliegen „psychischer Randsymptome“ wie innere Unruhe, Konzentrationsstörung, depressive Verstimmung, Angst, Schlafstörung
4. Lange Anamnese und Krankengeschichte
5. Häufiger Arztwechsel
6. Häufiger Symptom- und Syndromwandel
7. Ähnliche Beschwerden bei Bezugspersonen
8. Auffällige Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Beschwerden.

5.5. Welche Fragen sollten Sie einem Patienten/einer Patientin stellen, wenn Sie das Vorliegen einer somatisch nicht erklärbaren Erkrankung vermuten?

1. Verbringen Sie viel Zeit damit sich Gedanken über ihre körperlichen Beschwerden zu machen?

Wurden Sie von anderen schon einmal darauf aufmerksam gemacht, dass sich ihre Gespräche inhaltlich sehr mit ihren somatischen Krankheiten beschäftigen?

2. Wie lange bestehen bereits ihre Beschwerden und wie viele Ärzte haben Sie bereits deshalb kontaktiert?

3. Ist Ihnen von einem ihrer Ärzte schon einmal versichert worden, dass ihren körperlichen Symptomen keine körperliche Erkrankung zugrunde liegt?

4. Treten ihre Symptome verstärkt bei psychischen Anspannung, Traurigkeit, Unruhe oder Überforderung auf?

5. Haben Personen in ihrem näheren Umfeld auch ihre Symptome?

5.6. Welche Vorstellung gibt es heute zur Pathophysiologie von nicht somatisch erklärbaren Erkrankungen?

1. Psychodynamisches Modell:

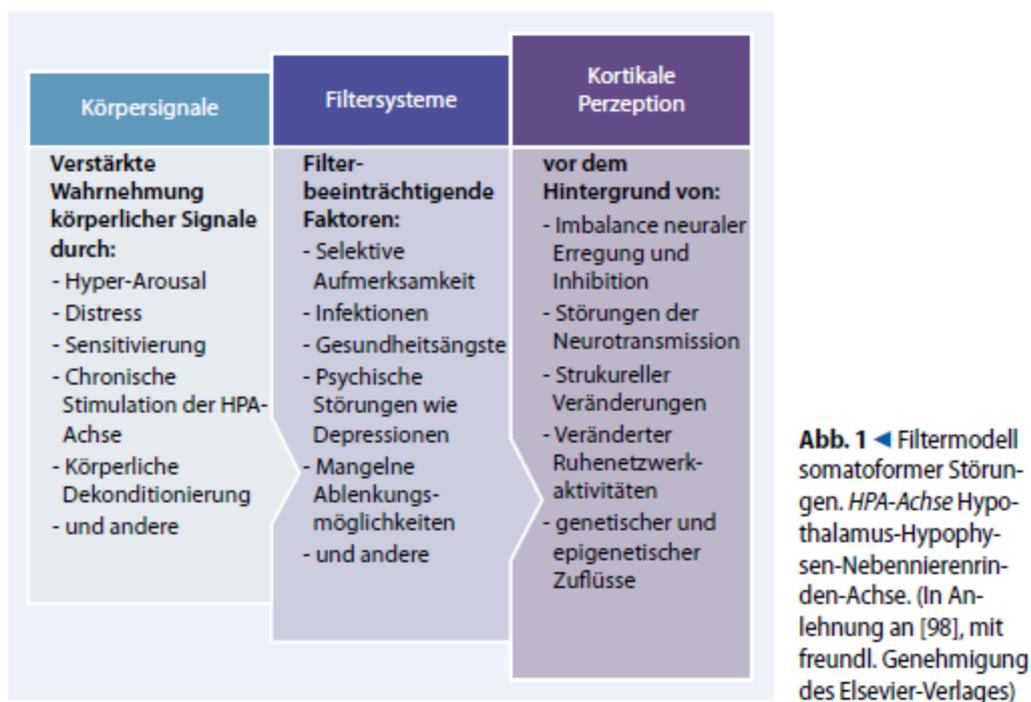
„Übersetzung“ unbewusster Konflikte in die Körpersprache. Innerpsychische Konflikte werden ausagiert. Durch den primären und sekundären Krankheitsgewinn kann eine Entlastung von Konflikt- und Affektspannung erreicht werden.

2. Lerntheoretische Sicht:

Es erfolgt eine besondere Aufmerksamkeit auf einzelne Organfunktionen, diese Hinwendung führt zu einer körperlichen Anspannung über vegetative Regelkreise, die dann wiederum die befürchtete Organstörung verstärken kann.

3. Neurobiologisches Modell:

Das gegenwärtige neurobiologische Erklärungsmodell geht von einer thalamisch vermittelten Filterstörung aus. Quelle: Noll-Hussong M., Gündel M.H., Ätiopathogenetische Aspekte somatoformer Störungen. Nervenarzt 2012; 1106-1114. 2012/9: 1106-1114



5.7. Wieso können nicht somatisch erklärbare Erkrankungen zu Einschränkungen im Alltag führen?

1. Zeitaufwand für Beschäftigung mit den Symptomen
2. Belastung durch ständige Arztbesuche
3. Aufwand für viele Untersuchungen
4. Arzneimittelmisbrauch oder Abhängigkeit
5. Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung
6. Hohes Leid durch subjektive Beschwerden

5.8. Welche Therapieverfahren gibt es derzeit bei somatisch nicht erklärbaren Erkrankungen?

Eine allgemeingültige oder spezifische Therapie gibt es derzeit nicht.

Im Vordergrund stehen verhaltenstherapeutische Methoden, mit dem Ziel ein Verständnis für die psychischen Ursachen zu erreichen und zu helfen, die Einschränkungen im persönlichen und sozialen Umfeld gering zu halten.

Therapieziel sollte auch sein, die verringerte Medikamenteneinnahme, Vermeidung von Untersuchungen und verringerte Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen.

1. Bearbeitung von Überzeugungen hinsichtlich der somatischen Symptome
2. Sensibilisierung von Aufmerksamkeit und Körperwahrnehmung
3. Aufbau von alternativen Lösungsstrategien und Bestärkung von Normalverhalten

Bei einigen Formen kann der Einsatz von Antidepressiva indiziert sein, insbesondere von bestimmten trizyklischen Antidepressiva oder kombinierten Serotonin/Noradrenalin Wiederaufnahmehemmern.

In Ausnahmefällen können zeitlich begrenzt Benzodiazepine oder niedrig dosierte Antipsychotika angewendet werden.

Für besonders Interessierte:

<http://www.springermedizin.de/psychotherapeutische-ansaeetze-fuer-patienten-mit-somatoformen-stoerungen/3221248.html>

5.9. Wann ist eine stationäre Therapie erforderlich?

1. Suizidalität
2. Therapieresistenz
3. Schwere Komorbidität (z.B. schwere Depression, Arzneimittelabhängigkeit)

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

Lahmann C, Henningsen P., Noll-Hussong M., Dinkel A., Somatoforme Störungen. Psychother Psych Med 2010; 60(6): 227-236

Schwerpunktpublikation zum Thema: Der Nervenarzt, Ausgabe 2012/9, ‚Somatoforme Störungen‘, u.a. zu diagnostischen Konzepten, ätiopathogenetischen Aspekten, Psycho- und Pharmakotherapie

AMWF: S3-Leitlinie ‚Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden‘,
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>

7. Reflexion

7.1. Welche Herausforderungen sehen Sie für Ihren ärztlichen Alltag im Erkennen von ‚Somatisch nicht erkennbaren Erkrankungen‘?

7.2. Reflektieren Sie die Abgrenzungen zu besonders häufigen somatisch begründeten Erkrankungen, wie sie beispielsweise in den folgenden Study Guides dargestellt werden.

- SG 55: Bewegungsstörungen
- SG 62: Herzklopfen
- SG 73: Schluckbeschwerden
- SG 84: Veränderung und Beschwerden des Stuhlgangs
- SG 91: Bauchschmerzen

Überlegen Sie ergänzend, welche auf die jeweiligen „somatischen“ Organsysteme bezogenen Untersuchungen jeweils zielführend – im Sinn der Ausschlussdiagnostik- wären und welche medizinisch fragwürdig oder aus gesundheitsökonomischer Sicht problematisch sein könnten.

7.3. Betroffene mit „somatisch nicht erklärbaren Erkrankungen“ kommen in der Regel über Hausärzte oder andere „somatische“ Fachärzte mit dem Gesundheitssystem in Kontakt. Wie würden Sie in der Situation, in der Sie eine/n Betroffenen aus Anlass dieses Study Guides kennengelernt haben, die erforderliche weitergehende psychiatrische Therapie in die Wege leiten? Wer wäre Ihr konkreter Ansprechpartner für eine psychiatrische Konsiluntersuchung und wie würden Sie den von Ihnen erlebten „Fall“ in der gebotenen Kürze dem psychiatrischen Konsiliarius darstellen?

1. Kapitelüberschrift

29 Sozialer Rückzug

2. Autor

Dr. med. Dipl.-Biol. Philipp Görtz
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-0
Email: Philipp.Goertz@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem *Task*

1. Depression
2. Angststörungen
3. Schizophrenie
4. Demenz
5. Persönlichkeitsstörungen
6. Abhängigkeitserkrankungen

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

1. „Sozialen Rückzug“ als Folge psychopathologischer Beeinträchtigungen erfassen und beschreiben (z.B. Wahn, Affektstörung, Kognitionsstörung).
2. Die differentialdiagnostisch ableitbaren psychischen Störungsbilder erläutern.
3. Den *circulus vitiosus* von Symptomen und krankheitsverstärkendem Verhalten erläutern.
4. Die Therapieoptionen bei sozialem Rückzug abhängig vom psychiatrischen Erkrankungsbild erläutern.

5. Besonderheiten beim klinischen Management

5.1. Wie ist „sozialer Rückzug“ definiert?

Sozialer Rückzug bedeutet verminderte soziale Kontakte und eine Abnahme der Gemeinschaftsfähigkeit. Der Betroffene meidet bewusst oder auf Grund einer Beeinträchtigung seiner sozialen Fähigkeiten den Kontakt mit seinem Umfeld. Zur Graduierung und Abgrenzung des sozialen Rückzugs sei das AMDP-System empfohlen (Lit. s.u.). Es handelt sich dabei um ein System zur standardisierten Erfassung und Dokumentation eines psychopathologischen Befundes. Es definiert sozialen Rückzug als vom Patienten ausgehenden Rückzug, der zur Vermeidung sozialer Kontakte führt.

5.2. Bei welchen psychischen Störungen tritt sozialer Rückzug als Symptom auf?

Besonders häufig und wichtig zu erkennen:

1. Depression
2. Angst-Erkrankungen
3. Schizophrenie
4. Demenz
5. Persönlichkeitsstörungen
6. Abhängigkeitserkrankungen

5.3. Wie unterscheiden sich Symptome bei Schizophrenie, Depression und Demenz als Ursache des sozialen Rückzugs?

Schizophrenie: Paranoide wahnhafte Ideen können dazu führen, dass der Betroffene die soziale Umgebung meidet, da er sich dort verfolgt und bedroht fühlt. Der soziale Rückzug bietet ihm so die Möglichkeit sich aktiv vor der Bedrohung zu verbergen.

Depression: Dauerhaft gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung führen zu einer deutlichen Minderung sozialer Aktivitäten. Durch den sozialen Rückzug kommt es zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls. (-> Depressionsspirale)

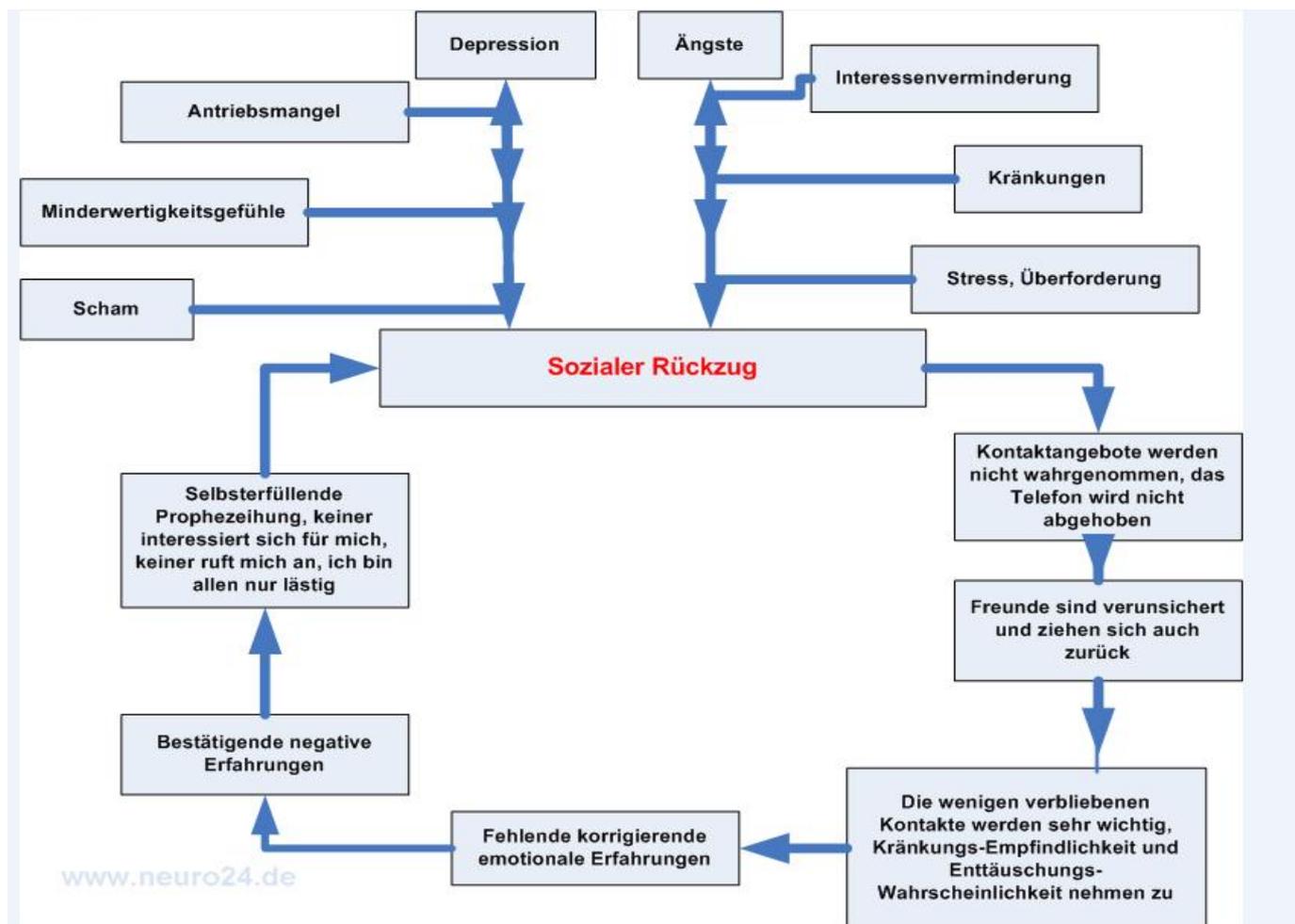
Demenz: Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen können schon im Frühstadium dementieller Erkrankungen zu einer verminderten sozialen Kontaktaufnahme führen. Der Betroffene nimmt seine Defizite wahr. Scham- und Überforderungserleben führt zu einer Vermeidung von sozialen Kontaktaufnahmen.

Angststörungen: Bei Angstreaktionen, die durch soziale Situationen ausgelöst werden, kommt es zu einer Vermeidungsreaktion und dadurch zu einer verstärkenden Belohnung des sozialen Rückzugs (Cave: Unterschied soziale Phobie, Panikstörung, (Lit: Definition s. ICD-10, s.u.)

5.4. Welche Fragen sollten sie einem Patienten/einer Patientin stellen, wenn Sie Hinweise auf sozialen Rückzug vermuten?

1. Verbringen sie die meiste Zeit alleine? Wenn ja, seit wann ? Gewollt oder ungewollt?
2. Warum meiden sie soziale Kontakte (Wahn, Angst, Scham)?
3. Würden Sie wieder gerne mehr soziale Kontakte haben? (sekundärer Krankheitsgewinn, schizoide Persönlichkeitsstruktur, Asperger-Syndrom)
4. Haben Sie ein Gefühl der Ausweglosigkeit? Beschäftigen Sie sich mit Gedanken an den Tod?
(Sozialer Rückzug als Indikator des „Präsuizidalen Syndroms“ nach Ringel (Lit: Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie s.u.) . Wichtig bezüglich der Rolle der Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit drohender Suizidalität: Es konnte gezeigt werden, dass 37.4% der Suizidversucher eine Woche vor dem Suizidversuch in hausärztlicher Behandlung waren)

5.5. Welche selbstverstärkenden Mechanismen gibt es bei der Pathophysiologie von sozialen Rückzug und Angststörungen und Depressionen?



Circulus vitiosus von Symptomen und krankheitsverstärkendem Verhalten

(Quelle: http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1588:)

5.6. Welche Therapieverfahren gibt es bei sozialem Rückzug?

1. Pharmakotherapieverfahren:

Abhängig von der Grunderkrankung: Antidepressiva, Antipsychotika, Antidementiva, Anxiolytika

(Cave! Anhängigkeitspotential)

2. Psychotherapieverfahren:

Verhaltenstherapie mit Expositionsübungen, Psychoedukation, Soziales Kompetenztraining

3. Psychosoziale Therapien und sozialpsychiatrische Basisorientierung:

Ergotherapie und soziale Trainingsprogramme, Bewegungstherapie und Sport, Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation, Wohnen und Teilhabe am sozialen Leben

Lesenswert zur Orientierung: Kurzversion (12 Seiten) Praxisleitlinien in Psychiatrie und

Psychotherapie, 2005

Becker, T. (Link->http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s1-praxisleitlinien-bd7-psychosoziale-therapien.pdf)

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien Reihe: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 7

Becker, T.; Reker, T.; Weig, W. (Hrsg.) 2005, X, (Seite 52-82: Kapitel Systeminterventionen).

Das AMDP-System; Arbeitsgemeinschaft für die Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 8. Auflage, Hogrefe Verlag 2007, (Seite 116)

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien H. Dilling (Herausgeber, Übersetzer), W. Mombour (Herausgeber, Übersetzer), M. H. Schmidt (Herausgeber, Übersetzer)

Verlag: Huber, Bern; Auflage: 8., überarbeitete Aufl. (7. September 2011) Sprache: Deutsch ISBN-10: 3456850182 Online verfügbar unter www.dimdi.de.

Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie. Arno Deister, Gerd Laux, Hans-Jürgen Möller; Thieme, Stuttgart; Auflage: 4., überarbeitete Auflage. (13. Mai 2009) ISBN-10: 3131285443 (ab S.384 Suizidalität, Darstellung Präsuizidale Syndrom nach Ringel)

7. Reflexion

7.1. Ist der soziale Rückzug in dem von Ihnen bearbeiteten Fall Ursache oder Folge einer psychischen Erkrankung?

7.2. Welche Rolle auf den sozialen Rückzug spielt die (Selbst-)Stigmatisierung durch die auslösende Erkrankung?

(Link: <http://www.seelischegesundheit.net/themen/psychische-erkrankungen/stigmatisierung>)

7.3. Welche negativen Folgen bei psychischen Erkrankungen hat der soziale Rückzug für die notwendige Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems? Welche präventiven Maßnahmen kennen Sie (siehe z.B. zur Früherkennung <http://www.rk-duesseldorf.lvr.de/behandlungsangebote/frueherkennung/>)?

1. Kapitelüberschrift

30 Suchtverhalten, Abhängigkeit, Gebrauch und Missbrauch von Genussgiften

2. AutorInnen

Priv.-Doz. Dr. med. Petra Franke
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel: 0211/922-3600
Fax: 0211/922-3615
e-mail: petra.franke@lvr.de
www.klinikum-duesseldorf.de
www.lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem *Task*

Delirium tremens bei Alkohol- und/oder Benzodiazepinabhängigkeit

Abhängigkeit von Tabak

Psychotisches Erleben bei Cannabis- und/oder Amphetaminmissbrauch

4. Task-bezogene Lernziele:

Was sollen die Studierenden aus Perspektive Ihres Faches bezüglich dieses *Tasks* lernen

1. Unterschiede der ICD-10 Kriterien von gefährlichem Gebrauch („Missbrauch“) und Abhängigkeit erklären.
2. Symptome einer Alkoholentzugssymptomatik /Differentialdiagnose zu Opiatentzugssymptomatik benennen
3. Komplizierte Entzugsverläufe erkennen
4. Psychopharmakologische Behandlungsmöglichkeiten und andere akute suchtspezifische Behandlungsstrategien benennen (z.B. „Qualifizierter Entzug“).

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Benennen Sie typische medizinische Komplikationen bei exzessivem Alkoholkonsum!

- gastrointestinal (Leberzirrhose)
- metabolisch (Vitaminmangel, Ernährungsstörungen)
- neurologisch (Wernicke Enzephalopathie, Entzugsanfälle, Entzugsdelir, Neuropathien)
- kardiovaskulär (Kardiomyopathie)

(→ Siehe hierzu empfohlene Lehrbücher und entsprechende internistische/neurologische Lehrbücher sowie Study Guides).

5.2. Welche Hauptgruppen von psychoaktiven Substanzen, die missbräuchlich verwendet werden können, kennen Sie, und wie häufig sind entsprechende Fälle in Deutschland?

Alkohol (ca. 1,6 Mill. Alkoholabhängige; ca. 3,2 Mill. Personen mit Alkoholmissbrauch)

Opiate (ca. 100.000 Opiatabhängige = Substituierte)

Benzodiazepine (ca. 2,5 Mill. benutzen Schlaf- und Beruhigungsmittel. Hohe Dunkelziffer !
Ärztliche Verantwortung in der Verschreibung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln !).

Cannabinoide (ca. 350.000 Cannabiskonsumenten, Tendenz steigend, hohe Dunkelziffer)

Tabak/Nikotin (ca. 15 Mill. Raucher)

5.3. Ab wann spricht man von einem riskanten Konsumverhalten von Alkohol, wie unterscheiden sich „Missbrauch“ und Abhängigkeit?

Riskanter Alkoholkonsum: Frauen: mehr als 20 g Alkohol/Tag; Männer: mehr als 40 g Alkohol/Tag

Alkoholmissbrauch: Körperliche und/oder psychische Schäden – keine sonstigen Symptome

Alkoholabhängigkeit:

- Starkes Verlangen
- Verminderte Kontrolle
- körperliche Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung von Pflichten
- Körperliche und/oder psychische Schäden

(→ Siehe hierzu empfohlene Lehrbücher und Internet-Links)

5.4. Welche psychiatrischen Begleiterkrankungen bei Substanzmissbrauch und –abhängigkeit treten häufig auf?

Angst-Störungen

Depressionen

Psychotische Erkrankungen

(→ Siehe auch empfohlene Lehrbücher zu den Themen)

5.5. Benennen Sie die Besonderheiten in der Vorgehensweise beim Screening auf problematischen Alkoholkonsum?

- Screening im Rahmen einer allgemeinen Erfassung des Lebensstils (z.B. Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Trinkgewohnheiten, sportliche Betätigung etc..)
- Screening im Rahmen allgemeinärztlicher Tätigkeit (die meisten behandlungsbedürftigen Alkoholkranken werden von Hausärzten oder von nicht-Psychiatern in Allgemeinkrankenhäusern behandelt!)
- Screening Instrumente wie z.B. CAGE oder AUDIT
(→ siehe auch empfohlene Links)

5.6. Benennen Sie die typischen Symptome eines akuten Entzugs von Alkohol als Suchtmittel. Wie unterscheidet sich der Alkoholentzug klinisch vom Opiatentzugssyndrom?

Alkoholentzug:

In erster Linie vegetative Entzugssymptome (Unruhe, Ängstlichkeit, Tachykardie, Schwitzen), auch neurologische Symptome (Tremor). Komplikationen: Entzugskrampfanfälle, Delirium tremens

Opiatentzug:

Mydriasis

Ausgeprägte Muskelschmerzen

Erbrechen, Übelkeit

Gähnen, Frieren, „grippeähnliche Symptome“

Vegetative Entzugssymptome (diese sind identisch wie im Alkoholentzug)

Weniger typisch für Opiatentzug: Entzugskrampfanfälle

5.7. Beschreiben Sie die typischen Symptome eines Entzugsdelirs sowie die hierbei akut notwendigen therapeutischen Maßnahmen! Wodurch wird ein Patient mit einem Entzugsdelir vital und akut gefährdet?

- Vitale Entgleisung mit Gefahr eines Kreislaufstillstands
- Herzrhythmusstörungen
- Halluzinationen und wahnhafte Verkennung der Situation kann unbehandelt und nicht adäquat beaufsichtigt zu akuter Eigen- und /oder Fremdgefährdung führen.

➔ Delirante Zustände sind eine suchtmmedizinische Notfallsituation, die nur unter geschützten stationären Bedingungen adäquat behandelt werden können (Psychiatrischer und/oder intensivistischer Intensivbereich, Monitoring, 1:1 Überwachung durch Pflegepersonal, ggf. Fixierungsnotwendigkeit zur Abwehr akuter Gefährdung (rechtliche Rahmensituation beachten: ggf. Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gemäß PsychKG einleiten !), Thromboseprophylaxe.

5.8. Beschreiben Sie den sogenannten „komplizierten Entzugsverlauf“. Wodurch ist er klinisch gekennzeichnet?

Schwere körperliche Entzugssymptome mit vegetativer Entgleisung bis zur Entwicklung eines Delirium tremens (siehe 5.7.) und Entzugskrampfanfällen.

5.9. Benennen Sie pharmakologische Maßnahmen und andere akute suchttherapeutische Behandlungsstrategien zur Entzugsbehandlung

- Qualifizierter Entzug (Kombination aus psychosozialen und psychopharmakologischen Behandlungsstrategien zur Förderung der Abstinenz und Weiterbehandlungsbereitschaft)
- Anti-Craving-Substanzen (z.B. Acamprosat oder Naltrexon zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit). Siehe auch Kompendium/Lehrbuch von Benkert/Hippius
- Antiepileptika in der Entzugsbehandlung

Siehe auch Links „S3 Leitlinie zur Alkoholentzugsbehandlung“

Zu Psychopharmakotherapie bei Suchterkrankungen (Dosierungen, Indikationen und Kontraindikation) Siehe auch Kompendium/Lehrbuch von Benkert/Hippius

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

Lehrbücher:

- Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie (Lieb/Frauenknecht/Brunnhuber), Urban & Fischer-Verlag, 6. Auflage, 2009, S. 205 -231.
- Der psychiatrische Notfall (Berzewski), Springer-Verlag, 3. Auflage, S. 187-254.
- Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störung (Schmidt/Gastpar/Falkai/Gaebel), Deutscher Ärzte-Verlag, 2006.
- Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie (Benkert/Hippius), 7. Auflage, Springer Verlag, Kapitel 7, S. 441-500.

Links:

Leitlinien:

<http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/>. (Kapitel zur Akutbehandlung der Alkohol/Opiat/Cannabisabhängigkeit)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: <http://www.dhs.de/>. (Für eine Übersicht der Substanzen und zur Epidemiologie)

Institut für Therapieforschung: <http://www.ift.de>. (Kapitel zur Epidemiologie und zu Therapieempfehlungen)

7. Fragen zur Reflexion

- 7.1. Wie gelingt es, mehr Menschen über die Gefahren von suchtfördernden Substanzen aufzuklären oder via Prävention zu erreichen?
- 7.2. In welchem Alter sollte ihrer Meinung nach die Prävention von Suchterkrankungen ansetzen ?
- 7.3. Legalisierung von „weichen“ Drogen (z.B. Cannabis): welche Vor- und Nachteile hätte eine solche Maßnahme?
- 7.4. Welche nicht-stoffgebundenen Süchte kennen Sie ? Ähnlichkeiten und Unterschiede zu stoffgebundenen Süchten? Eine Übersicht zum Weiterlesen zu dieser Frage finden Sie bei Grüsser SM et al., Nervenarzt 2007;78:997-1002.

1. Kapitelüberschrift (= Task)

47 Patient mit Selbst- und Fremdgefährdung

2. Autor

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Luckhaus
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-2741
Christian.luckhaus@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

	Selbstgefährdung sehr selten oder nicht vorkommend (-) selten vorkommend (+) häufig vorkommend (++)	Fremdgefährdung sehr selten oder nicht vorkommend (-) seltener vorkommend (+) häufig vorkommend (++)
Organischen einschließlich symptomatische psychische Störungen (ICD-10: F0x)	++	+
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1x)	++	++
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2x)	++	++
Affektive Störungen (ICD-10: F3x)	++	+
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4x)	+ außer F43: ++	-
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10: F5x)	+	-
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F6x)	++	++
Intelligenzminderung (ICD-10: F7x)	+	+

4. Task-bezogene Lernziele:

Was sollen die Studierenden aus Perspektive Ihres Faches bezüglich dieses *Tasks* lernen

1. Psychiatrische Krankheits- und Störungsbilder kennenlernen, die häufiger mit Selbstgefährdung einhergehen
2. Psychiatrische Krankheits- und Störungsbilder kennenlernen, die häufiger mit Fremdgefährdung einhergehen
3. Erlernen von Symptomen und Kriterien zur Beurteilung und Unterscheidung von Selbstgefährdung und Suizidalität
4. Erlernen von Symptomen und Kriterien zur Beurteilung von Fremdgefährdung
5. Erlernen von therapeutischen Interventionen bei Selbst- bzw. Fremdgefährdung
6. Erlernen von Rechtsgrundlagen der Unterbringung bei Selbst-bzw. Fremdgefährdung

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Welche psychopathologischen Symptomkonstellationen sind typischerweise mit einem hohen Risiko für Selbstgefährdung und Suizidalität assoziiert?

- (a) Depressive Wahninhalte (z.B. Verarmungs- oder Versündigungswahn)
- (b) Akutes paranoides Wahnerleben mit starker Angstreaktion
- (c) Imperative akustische Halluzinationen, die zu Selbstschädigung/Suizid animieren
- (d) Ausgeprägt depressive Stimmung, insbesondere wenn verbunden mit gesteigertem psychomotorischem Antrieb
- (e) Starke Affektschwankungen in Verbindung mit erhöhter Impulsivität
- (f) Äußerung von Suizidgedanken, insbesondere wenn verbunden mit konkreter Umsetzungsplanung

5.2. Welche anamnestischen Kriterien weisen auf ein erhöhtes Risiko für Selbstgefährdung und Suizidalität hin?

- (a) Selbstgefährdung/Suizidversuche in der eigenen Vorgeschichte
- (b) Suizide in der Umgebung (Werther-Effekt)
- (c) Bilanzierung negativer Lebensereignisse in Verbindung mit sozialem Rückzug
- (d) Alkohol-/Drogenkonsum, insbesondere wenn verbunden mit anderer psychischer Störung
- (e) Nicht nachvollziehbare, plötzliche psychische Entlastung bei vorher geäußerten Suizidgedanken und unverändertem Fortbestehen oder Verschlechterung der psychischen Störung / psychosozialen Belastung
- (f) Vereinsamung in Verbindung mit psychosozialen und/oder schweren gesundheitlichen Belastungen insbesondere bei älteren Menschen
- (g) Subjektiv ausweglos erlebte Reifungskrisen bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen

5.3. Welche psychopathologischen Symptome und Faktoren erschweren die Beurteilung von Selbstgefährdung/Suizidalität?

- (a) Wechselnde Affekte
- (b) Parathymie
- (c) Ausgeprägte formale Denkstörungen
- (c) Mutismus
- (d) Dissimulation
- (e) Sprachbarriere

5.4. Wie kann sich passive von aktiver Suizidalität unterscheiden?

- (a) Passive Suizidalität: Todesgedanken nicht konkretisiert, keine Planung oder Vorbereitung der Umsetzung einer Selbsttötung. Betroffener ist noch kontaktfähig und in der Lage, über seine Suizidalität zu sprechen und Absprachen zu treffen.
- (b) Aktive Suizidalität: konkrete Todesgedanken (z.B. wie man aufgefunden werden wird, wie andere auf die Nachricht reagieren werden, Abschiedsbrief etc.), konkrete Planung, evtl. bereits Vorbereitung der Umsetzung (z.B. Medikamente sammeln, Ort für Sprung aus großer Höhe aussuchen). Betroffener zieht sich aus zwischenmenschlichen Kontakten zurück, verschweigt Suizidalität gegenüber anderen (auch Therapeuten). Manchmal trügerisches Bild der Erleichterung und Aufhellung (Betroffener hat Entschluss gefasst) nach vorangegangener ausgeprägt depressiver, auch dysthymen Verstimmung und evtl. Klageverhalten.

5.5. Welche ärztlichen/therapeutischen Maßnahmen können bei Suizidalität angezeigt sein?

- (a) Engmaschige supportive/kognitiv-verhaltenstherapeutische Gespräche mit konkreten Absprachen und Notfallplan (Verhaltensregeln, Ansprechpartner, Telefonnummern)
- (b) Sedierende, syndromgeleitete Medikation (z.B. sedierendes Antidepressivum)
- (c) Stationärer Krankenhausaufenthalt zur Krisenintervention, vorzugsweise auf freiwilliger Basis
- (d) Zwangseinweisung auf geschützte Station, bei akuter Suizidgefahr und fehlender Kooperations- bzw. Einsichtsfähigkeit des Betroffenen gemäß PsychKG NRW oder – im Falle einer rechtlichen Betreuung – nach Betreuungsgesetz (BTG)

5.6. Bei welchen psychischen Störungsbildern kann auch selbstschädigendes, primär nicht suizidales Verhalten auftreten (Cave: Möglichkeit des unbeabsichtigten suizidalen Ausgangs primär nicht-suizidalen Verhaltens oder zusätzlich bestehende Suizidalität)?

- (a) Selbstverletzungen zur Spannungsreduktion bei Borderline-Persönlichkeitsstörung
- (b) Habituelle Automutilationen bei geistiger Behinderung (z.B. Kopf gegen die Wand schlagen, sich Beissen)
- (c) Akute wahnhaft Automutilation bei Schizophrenie
- (d) Appellativ-manipulative suizidale Geste bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (insbes. histrionischer Persönlichkeitsstörung)
- (e) Übersteigertes Risikoverhalten bei Manie oder bei Cluster B-Persönlichkeitsstörungen (insbes. dissozialer Persönlichkeitsstörung)
- (f) Selbstschädigender Konsum bei Abhängigkeitserkrankungen
- (g) Selbstschädigende chronische Kalorienrestriktion bei Anorexia nervosa

5.7. Welche psychopathologischen Symptomkonstellationen sind typischerweise mit einem hohen Risiko für Fremdgefährdung assoziiert?

- (a) Gereizt-aggressive und/oder paranoide Verstimmungen
- (b) Ausgeprägte psychomotorische Antriebssteigerung
- (c) Impulskontrollstörung
- (d) Handlungsbestimmende paranoide Wahnsymptomatik und/oder imperatives Stimmenhören
- (e) Alkohol- oder Amphetaminintoxikation in Verbindung mit einer akuten psychischen Störung

5.8. Welche anamnestischen Kriterien weisen auf ein erhöhtes Risiko für Fremdgefährdung hin?

- (a) Frühere Gewaltanwendung
- (b) Frühere Verstöße gegen Bewährungsauflagen
- (c) Frühe, wiederholte Fehlanpassungen (Kindheit, Jugend)
- (d) Ausgeprägte dissoziale Persönlichkeitseigenschaften
- (e) Einschlägig subkulturelle, sozial-randständige Lebenssituation
- (f) Komorbidität von Psychoseerkrankung und/oder Persönlichkeitsstörung mit
Abhängigkeitserkrankung

5.9. Welche ärztlichen/therapeutischen bzw. sichernden Maßnahmen können bei Fremdgefährdung in Verbindung mit einer psychischen Störung/Erkrankung angezeigt sein?

- (a) Engmaschige supportive/kognitiv-verhaltenstherapeutische Gespräche mit konkreten Absprachen und Notfallplan (Verhaltensregeln, Ansprechpartner, Tel.-Nrn.), wenn Betroffener ausreichend kooperationsfähig und keine akute Gefährlichkeit für Therapeuten besteht
- (b) Sedierende, syndromgeleitete Medikation (z.B. sedierendes atypisches Neuroleptikum, impulsdämpfendes Antikonvulsivum)
- (c) Psychosoziale Betreuungs-/Beaufsichtigungsmaßnahmen (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst)
- (d) Einsatz des Ordnungamts, ggf. polizeiliche Maßnahmen
- (e) Zwangseinweisung auf geschützte Station bei akuter Fremdgefährdung und fehlender Kooperations- bzw. Einsichtsfähigkeit des Betroffenen gem. PsychKG NRW

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

- S2-AWMF-Leitlinie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten, Kurzfassung
([http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-
psychiatrie-psychotherapie-und-nervenheilkunde-dgppn.html](http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-nervenheilkunde-dgppn.html))
- S3-Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression, S. 43-45, 70, 162-169
(http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf)

Bogerts, Peter, Schiltz: Aggression, Gewalt, Amok, Stalking

Bronisch, Hegerl: Suizidalität

Beide Kapitel in: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (Hrsg. Möller, Laux, Kapfhammer), Springer 2011 (S. 1503-1527 und 1469-1501)

7. Reflexion

7.1. Welche Emotionen nehmen Sie bei sich selbst im Umgang mit suizidalen Patienten wahr? Und wie wirkt nicht-suizidales, aber selbstschädigendes Verhalten auf Sie? Wie können Ihre emotional-spontanen Verhaltensansätze sein? Wie wäre demgegenüber Ihr therapeutisch abgewägtes Verhalten? Gibt es Unterschiede?

7.2. Wie würden Sie spontan-intuitiv auf unterschiedliche Grade von Aggressionen/Fremdgefährlichkeit reagieren? Welche Handlungsansätze haben Sie in einem Arzt-Patienten-Kontakt in einer solchen Situation?

1. Kapitelüberschrift (= Task)

56 Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Wahn/Halluzination)

2. AutorInnen

Priv.-Doz. Dr. med. Birgit Janssen, Prof. Dr. phil. Wolfgang Wölwer,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf, Tel.: 0211/922-3404, -2002

Email: birgit.janssen@lvr.de, woelwer@hhu.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern:

- Schizophrenie
- Schizoaffective Störung
- Wahnhafte Störung
- Akute vorübergehende psychotische Störung
- Schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen („wahnhafte Depression“)
- Bipolare affektive Störung
- Manie
- Akute und chronische organische Psychosen (v.a. drogen- oder entzugsbedingter Wahn oder Halluzinationen, häufig im Rahmen eines Delirs; Demenz; Epilepsie)

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach der Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende:

- Die Phänomenologie von Wahn und Halluzinationen erklären.
- Die Krankheitsbilder, bei denen Wahn und Halluzinationen vorkommen, gemäß ICD-10 und deren wichtigste klinische Erscheinungsformen erläutern.
- Die Häufigkeit der Erkrankungen erläutern, bei denen Wahn und Halluzinationen vorkommen.
- Die wichtigsten Behandlungsprinzipien von Wahn und Halluzinationen und mögliche Nebenwirkungen der Behandlung darstellen.
- Die Auswirkung von Wahn und Halluzinationen auf den Alltag der Betroffenen beschreiben.
- Die Prognose bei Erkrankung mit Wahn und Halluzinationen erläutern und in Bezug zur zugrundeliegenden psychischen Erkrankung darstellen.

5. Besonderheiten beim klinischen Management

5.1. Wie ist das Symptom „Wahn“ definiert?

Als Wahn bezeichnet man eine unkorrigierbar falsche Beurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird. Die Überzeugung steht also im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen. Wahnphänomene können in unterschiedlicher Form und mit unterschiedlichem Inhalt auftreten (Quelle: Möller, Laux, Deister, 2009, S. 49)

5.2. Welche Wahnformen werden unterschieden (auch als formale Charakteristika des Wahns bezeichnet)?

Wahnstimmung

Die dem manifesten Wahn meist vorausgehende Erwartungsspannung, in der die Welt dem Patienten unheimlich verändert oder bedrohend anmutet und er den oft noch vagen Eindruck hat, es läge etwas Unheilvolles in der Luft.

Wahnwahrnehmung

Wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung

Wahngedanke, Wahneinfall, Wahnidee

Wahnhafte Meinung oder Überzeugung (Gedanke), oft plötzlich auftretend (Idee/Einfall)

Systematisierter Wahn, Wahnarbeit

Grad der logischen oder paralogischen Verknüpfung einzelner Wahnsymptome zu einem Wahnsystem mit in sich geschlossener Struktur

Wahndynamik

Stärke des Antriebs und der Affekte, die in Zusammenhang mit dem Wahn wirksam werden

(Quellen: Brunnhuber, Frauenknecht, Lieb, 2005, S. 17; Möller, Laux, Deister, 2009, S. 49f)

5.3. Welche unterschiedlichen Wahnhalte können auftreten?

Paranoider Wahn (Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn)

Beim paranoiden Wahn erlebt der Kranke sich als verfolgt, sieht sich selbst als Ziel von Missgunst und Beeinträchtigungen. Dieser Wahn tritt besonders häufig im Rahmen schizophrener Erkrankungen auf.

Beziehungswahn

Bei diesem Wahn werden alle Geschehnisse der Umwelt (auch Dinge aus Zeitungen oder aus dem Fernsehen) auf sich selbst bezogen. Beziehungswahn ist ebenfalls häufig bei schizophrenen Erkrankungen anzutreffen.

Verarmungswahn

Der Patient ist hier wahnhaft davon überzeugt, dass er in nächster Zeit verarmen wird und das seine finanzielle Lebensgrundlage abbrechen wird. Dieser Wahn tritt besonders häufig bei depressiven Erkrankungen mit psychotischen Symptomen auf.

Schuldwahn

Der Inhalt bei diesem Wahn besteht in der wahnhaften Überzeugung, gegen Gott, gegen Gebote oder auch gegen andere ethische Prinzipien verstoßen zu haben. Dieser Wahn tritt ebenfalls häufig bei der depressiven Erkrankung mit psychotischen Symptomen auf.

Größenwahn

Der Patient ist wahnhaft davon überzeugt, dass er über andere Menschen steht (intelligenter sei, schneller denken könne, grandioser sei). Er überschätzt sich selbst, häufig auch seine finanzielle Situation, so dass es zu Fehlhandlungen kommt. Dieser Wahnhalt ist besonderes häufig bei Manien anzutreffen.

Eifersuchtswahn

Der Inhalt dieses Wahns besteht in der wahnhaften Überzeugung vom Partner betrogen und hintergangen zu werden. Dieser Wahnhalt kommt häufig bei alkoholbedingten Störungen sowie dementiellen Erkrankungen vor.

Daneben gibt es noch andere Wahnhalte, so den hypochondrischen Wahn, den Liebeswahn, den Doppelgängerwahn, den nihilistischen Wahn.

(Quellen: Brunnhuber, Frauenknecht, Lieb, 2005, S. 17-18)

5.4. Wie ist das Symptom „Halluzination“ definiert?

Halluzinationen sind Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechenden Außenreiz, die aber trotzdem für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. Sie werden auch als Sinnestäuschung oder Trugwahrnehmung bezeichnet und können auf allen Sinnesgebieten auftreten. Der Grad des Realitätscharakters kann unterschiedlich sein (Quelle: Möller, Laux, Deister, 2009)

5.5. Welche Formen von Halluzinationen gibt es?

Akustische Halluzinationen

Im akustischen Bereich können Halluzinationen in jeder Form auftreten, d.h. vom unspezifischen Geräusch bis zu deutlichen Stimmen. Akustische Halluzinationen treten häufig bei Erkrankungen aus dem schizophrenen oder schizoaffektiven Formenkreis auf.

Optische Halluzinationen

Auch Sinnestäuschungen im optischen Bereich können von unspezifisch (Photome) bis sehr deutlich variieren und bis zu einer szenischen Ausgestaltung wie in Filmen reichen. Optische Halluzinationen treten gehäuft bei Intoxikationen, Delirien und dementiellen Erkrankungen auf.

Sonstige Halluzinationen

Sinnestäuschungen im olfaktorischen oder gustatorischen Bereich sind deutlich seltener und tauchen häufig gemeinsam mit akustischen oder optischen Halluzinationen auf.

Sonderformen Zoenästhesien

Zoenästhesien sind Täuschungen im Bereich der eigenen Körperwahrnehmung. Diese muten oft sehr bizarr an, werden nicht als von außen gemacht erlebt und treten insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen auf.

5.6. Kritische Beeinträchtigungen durch Wahn und Halluzinationen

Bei einem ausgeprägten *Wahnerleben* kann es zur Ausprägung einer sogenannten *Wahndynamik* kommen. Dies kann dazu führen, dass der Patient seine Wahninhalte „auslebt“, diese also handlungsbestimmend werden. Dabei kann es zu schweren Fehlhandlungen, insbesondere Suizid oder Fremdgefährdung kommen, z. B. wenn ein Patient sich von einer eigentlich unbeteiligten Person wahnbedingt bedroht fühlt und er aufgrund starker Wahndynamik aus diesem Bedrohungsleben heraus die Person angreift. Ähnlich kann bei einer starken auf Schuldwahn basierenden Wahndynamik auch eine Suizidhandlung resultieren. Aus diesem Grunde muss bei wahnhaften Patienten immer die Selbst- und Fremdgefährdung exploriert werden.

Ebenso wie der Wahn können auch Halluzinationen dazu führen, dass Fehlhandlungen auftreten. Insbesondere akustische Halluzinationen in Form von Hören von Stimmen mit imperativem Charakter, die zum Suizid oder zu fremdaggressiven Handlungen auffordern, stellen einen erheblichen Gefährdungsaspekt dar. Auch andere akustische Halluzinationen (beschimpfende Stimmen, Stimmen die dem Patienten Versagen vorwerfen etc.) können zu Fehlhandlungen führen, z. B. dass der Patient scheinbar ohne Sinn seine häusliche Umgebung verlässt, wegläuft etc..

5.7. Behandlung des Wahns und der Halluzinationen

Medikamentös

Wahn und Halluzinationen werden primär medikamentös mittels *Antipsychotika* behandelt. Die Behandlung erfolgt symptomatisch, je nach zugrundeliegender Erkrankung können Kombinationsbehandlungen sinnvoll sein (z. B. bei bipolaren Störungen eine zusätzliche phasenprophylaktische Behandlung mit Lithium etc.). Bei besonders gefährdeten Patienten kann vorübergehend eine Sedierung mit Benzodiazepinen notwendig werden.

Psychotherapeutisch

In neuerer Zeit stehen für Wahn und Halluzinationen auch psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Dabei kommen insbesondere kognitive-verhaltenstherapeutische Strategien zum Einsatz.

5.8. Welche Fragen sollte man stellen, wenn man Wahn oder Halluzination vermutet?

- Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Dinge erlebt, die Ihnen merkwürdig vorkamen oder die Sie beunruhigt haben und von denen andere aber meinen, dass es so nicht sein kann?
- Haben Sie das Gefühl, dass Menschen Sie besonders beobachten oder verfolgen?
- Haben Sie das Gefühl, dass sie das Ziel einer Verschwörung geworden sind?
- Haben Sie in letzter Zeit den Eindruck, dass Ihre Wahrnehmung sich verändert hat?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Sinne sensibler geworden sind?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie Geräusche oder Stimmen hören, obwohl keiner im Raum ist?
- Haben Sie das Gefühl Dinge zu sehen, die gar nicht da sein können?

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1. Klassifikation von Störungen, die mit Wahn und/oder Halluzinationen einhergehen

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt auf der Grundlage der International Classification of Disorders der WHO, aktuell 10. Revision, daher „ICD-10“. Hier finden Sie den Link zum Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen in der offiziellen deutschen Übersetzung, die das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgibt:

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/#V>

Für das Thema dieses Kapitels sind vor allem die Erkrankungen im Kapitel F20 zum Nachlesen relevant. Jedoch finden Sie psychische Störungen mit Wahn und/oder Halluzinationen auch im Kapitel F0 (Organische psychische Störungen) und im Kapitel F3 (wahnhaft Depression).

6.2. Lehrbuchkapitel

Übersicht über themenbezogene Kapitel in gängigen Lehrbüchern, z.B.:

- Möller HJ, Allgemeine Psychopathologie. In: Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 49-55.
- Lieb K, Brunnhuber S. Psychiatrisch-psychotherapeutische und apparative Diagnostik. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber (Hg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 5. Auflage, 2005. S. 14-22.

Darüber hinaus die in diesen oder den folgenden Lehrbüchern enthaltenen Kapitel zu den zugeordneten Krankheitsbildern.

- Gaebel W, Müller-Spahn F. Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2002.
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Verlag, 3. Auflage, 2008.

6.3. Literatur zur Vertiefung

Fakultativ für besonders Interessierte:

- Hubl D, Koenig T, Strik W, Dierks T (2008): Halluzinationen – Psychologie. In: T. Kircher & S. Gauggel, Neuropsychologie der Schizophrenie (S. 393-411). Heidelberg: Springer
- Moritz S, Lincoln T (2008): Wahn – Psychologie. In: T. Kircher & S. Gauggel, Neuropsychologie der Schizophrenie (S. 456-467). Heidelberg: Springer

7. Reflexion

7.1. Bezug zu neurologischen Erkrankungen

- Wahn kommt auch bei 60-70% der Demenzen vor
Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, Hua MS, Tang LY. Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. J Formos Med Assoc. 2006 Jul;105(7):556-62
- Halluzinationen können auch bei Epilepsien auftreten
Engmann, Birk; Reuter, Mike: Melodiewahrnehmung ohne äußeren Reiz. Halluzination oder Epilepsie? Nervenheilkunde 2009 Apr 28: 217-221

7.2. In welcher Beziehung stehen die Begriffe „Wahn“, „Halluzination“ und „Psychose“ zueinander?

Unter dem Begriff „Psychose“ fasst man schwere psychische Erkrankungen zusammen, bei denen die Betroffenen einen vorübergehenden weitgehenden Verlust des Bezugs zur Realität und oftmals eine nur eingeschränkte oder nicht vorhandene Krankheitseinsicht aufweisen. Man unterscheidet organische bedingte Psychosen (z.B. induziert durch Hirnerkrankungen, Hirnverletzungen, Intoxikationen/Drogen), affektive Psychosen (Depressionen, Manien, bipolar affektive Störungen) und schizophrene Psychosen. Inhaltliche Denkstörungen wie Wahn sowie Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen zählen dabei neben Ichstörungen zu den typischen Symptomen einer Psychose.

Die häufigste Form der nicht organisch bedingten Psychosen ist die Schizophrenie. Diese tritt bei Männern und Frauen in etwa gleich häufig mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1% auf. Die Lebenszeitprävalenz affektiver Psychosen ist zwar deutlich höher, jedoch treten psychotische Symptome (insbesondere Wahnphänomene) nur bei schweren affektiven Erkrankungen auf. Nicht organisch bedingte Psychosen beginnen meist zwischen der Pubertät und etwa dem 35. Lebensjahr, können sich jedoch prinzipiell in jedem Lebensalter entwickeln, wobei Psychosen im Kindesalter eher selten vorkommen. Im höheren Lebensalter treten Psychosen häufiger im Rahmen von internistischen Erkrankungen oder bei Hirnerkrankungen auf.

Die Prognose ist je nach zugrundeliegendem Krankheitsbild sehr unterschiedlich, z.B. können diese Symptome bei drogeninduziertem Wahn oder Halluzinationen wieder rasch abklingen, während Wahn oder Halluzinationen im Rahmen schizophrener Erkrankungen bei ungünstigem Krankheitsverlauf über Jahre bestehen bleiben können.

7.3. Bezug zu anderen Study Guides

SG 03 Ängstlichkeit

SG 29 Sozialer Rückzug

SG 47 Patient mit Selbst- und Fremdgefährdung

7.4. Internet-Links

- <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?id=47&nodeid=23>
- http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8713::Depression
- Themenhefte 50 (Schizophrenie) und 51 (Depressive Erkrankungen) der Gesundheitsberichterstattung:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Alle_Themenhefte/Themen_alle_node.html
- <http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/rdkns/index.htm>
z.B. Menüpunkt Betroffene&Interessierte/Kompaktinformationen
- www.psychenet.de/psychische.../psychosen.html
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychose>
- Leitlinien zu Schizophrenie, Depression, Demenz:
<http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>

1. Kapitelüberschrift (= Task)

60 Gedächtnisstörungen / Vergesslichkeit

2. Autor

Prof. Dr. med. Tillmann Supprian
Abt. Gerontopsychiatrie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

- 1) Alzheimer-Demenz
- 2) Altersassoziierte Vergesslichkeit
- 3) Leichte kognitive Störung (engl. „mild cognitive impairment“)
- 4) Andere Demenzformen, insbesondere:
 - vaskuläre kognitive Störungen
 - frontotemporale lobäre Degenerationen
 - Demenz bei Morbus Parkinson und Lewy-Körperchen-Demenz
 - Normaldruck-Hydrozephalus

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach der Bearbeitung dieses Kapitels sollen die Studierenden

1. Die typischen Symptome der Alzheimer-Demenz benennen können
2. Die wichtigsten Diagnose-Kriterien der Alzheimer-Demenz erläutern können
3. Unterschiede in der Verlaufsform der verschiedenen Demenzerkrankungen darstellen können
4. Die diagnostischen Methoden in der Demenzdiagnostik kennen und typische Befunde beschreiben können
5. Grundzüge der Pharmakotherapie der Alzheimer-Demenz benennen können
6. Die psychosozialen Auswirkungen einer Demenzerkrankung auf Beruf und familiäres sowie privates Umfeld analysieren können

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1 Wie wird die Alzheimer-Demenz in der ICD-10 Klassifikation definiert?

Die Diagnosekriterien finden sich im Kapitel F0 von ICD-10 (online erhältlich unter www.dimdi.de)

5.2 Pathophysiologie der Alzheimer-Erkrankung

Bei der Alzheimer-Demenz kommt es zur Störungen der Synapsenfunktion und zu Nervenzelluntergang (Apoptose). Welche Peptide werden hierfür verantwortlich gemacht? Wie lassen sich diese Peptide gegenwärtig nachweisen?

Welche Veränderungen entstehen im Krankheitsverlauf an den Nervenzellen und welche strukturellen Veränderungen resultieren im Gehirn?

- Vgl. Kapitel 2 „Alzheimer-Demenz“, von P. Häussermann, in: Neuropsychiatrische Erkrankungen, Kohlhammer-Verlag, 2013 (im Druck)
oder
Kapitel 4, „Ätiologie und Pathogenese“, von F. Padberg, T. Fuchsberger, J. Unger in: Alzheimer-Demenz. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2003

5.3 Was sind die klinischen Merkmale eines Delirs im höheren Lebensalter und welches sind die wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung eines Delirs?

- Das Delir ist eine klinisch häufige und potenziell lebensbedrohliche Komplikation im Verlauf einer Demenzerkrankung. Verschiedene Interventionen und Präventionsmöglichkeiten stehen zur Verfügung:
 - Antipsychotische und sedative Pharmakotherapie
 - Antiepileptische Pharmakotherapie
 Überwachung und ggf. Sicherung der Vitalfunktionen
 Thrombose- und Infektionsprophylaxe
 Dosierte Umweltreize (weder komplette Reizabschirmung noch Reizüberflutung)
- Insbesondere an diesem Syndrom lässt sich die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Bereich darstellen. Vgl. Kapitel 1 „Das Delirsyndrom“ von C. Thomas, in „Neuropsychiatrische Erkrankungen“, Kohlhammer-Verlag, 2013 (im Druck)

5.4 Welche Medikamente besitzen ein besonders hohes Potenzial, bei einem Patienten mit einer bestehenden Demenz, ein Delir auszulösen?

- Hier ist die potenziell inadäquate Medikation in der Pharmakotherapie älterer Menschen kritisch zu überdenken, Hinweise hierfür finden sich in der PRISCUS-Liste (www.priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf)

5.5 Die u.g. körperlichen Erkrankungen können Hirnleistungsstörungen im Sinne eines demenziellen Syndroms verursachen. Durch welche Untersuchungsverfahren werden sie erkannt?

- 1) Schilddrüsenfunktionsstörungen
- 2) Hypovitaminosen
- 3) chronische Subduralhämatome
- 4) Normaldruckhydrozephalus

5.6 Therapie der Alzheimer-Demenz mit Antidementiva:

A) Bei der Behandlung mit Acetylcholinesterase (AChE)Hemmern sind u.a. folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen häufig:

- Magen-Darmbeschwerden mit Übelkeit, Diarrhoe, Appetitlosigkeit
- Bradykardie

Durch welche Maßnahmen lassen sich die o.g. gastrointestinalen Beschwerden minimieren? Welche kardialen Erkrankungen stellen eine Kontraindikation für die Behandlung mit AChE-Hemmern dar? Worauf ist im EKG zu achten?

- Vgl. hierzu Kapitel 3, „Das cholinerge System und die Therapie der Alzheimer-Demenz“, S. 99-114, In: Antidementiva, Hans Förstl, Urban & Fischer Verlag, München, 2003

B) Welche klinischen Parameter sind bei der Behandlung mit dem Antidementivum Memantin zu beachten?

- Vgl. hierzu Kapitel 4, „Die glutamaterge Neurotransmission und Memantin“, S. 162-164, In: Antidementiva, Hans Förstl, Urban & Fischer Verlag, München, 2003

5.7 Die frontotemporalen lobären Degenerationen

Die frontotemporalen lobären Degenerationen stellen eine eigene Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen dar. Dabei nimmt die Demenz vom frontalen Typ (frontale Variante der frontotemporalen Demenz = fvFTD, Morbus Pick) eine besondere Stellung ein, weil Gedächtnisstörungen bei diesem Demenztyp keine wesentliche Rolle spielen. Welches sind die typischen Symptome zu Beginn dieser Demenzform?

Welche anderen psychiatrischen Erkrankungen kommen differenzialdiagnostisch bezüglich frontotemporaler lobärer Degenerationen in Frage?

- Wahnhafte Störungen (ICD-10 F 22.0) und schizophrene Psychosen mit Residualsymptomatik (ICD F 20.5)

Quelle zum Nachlesen:

- Vgl. „Frontotemporale Demenz“ von J. Greck und A. Kurz unter www.pick-demenz.de/FTD-WMS.PDF

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1 Filme mit Fachinformationen zum Thema Demenz

DVD-Box „Demenz - Filmratgeber für Angehörige“

Der Film kann zu Lehrzwecken über die Abt. Gerontopsychiatrie am LVR-Klinikum ausgeliehen werden.

Weitere Informationen unter www.einstages.lvr.de

6.2 Fachliteratur

- Lehrbuchkapitel „Alzheimer-Demenz“, von P. Häussermann, in: Neuropsychiatrische Erkrankungen, Kohlhammer-Verlag, 2013 (im Druck)
- Kapitel 2.2 (Diagnostik) Diagnose und Behandlungsleitlinie Demenz (Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin, 2010
Diese Leitlinie kann auch im Internet eingesehen werden:
http://www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_leitlinie_demenzen.pdf
- Kapitel 4, „Ätiologie und Pathogenese“ von F. Padberg, T. Fuchsberger, J. Unger in: Alzheimer-Demenz. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2003
- Kapitel 6 „Beratung von Betroffenen und Angehörigen bei Diagnosestellung einer Demenz“ in: Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen. Diagnostische Verfahren, Frühsymptome, Beratung. T. Supprian, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2010

6.3 Spielfilme zum Thema Demenzerkrankungen

„Eines Tages...“ Spielfilm im DVD-Ratgeber Demenz

„Mein Vater“, Spielfilm, Deutschland 2002, mit Götz George und Klaus J. Behrendt

„An Ihrer Seite“ (Engl. „Away from her“), Spielfilm, Kanada 2006, mit Julie Christie und Gordon Pinsent

„Iris“ Spielfilm, Großbritannien / USA 2001, mit Judi Dench und Jim Broadbent

7. Reflexion

7.1. Fehlende Selbstwahrnehmung der krankheitsbedingten Defizite (Anosognosie)

Bei vielen Demenzkranken besteht eine eingeschränkte oder sogar fehlende Wahrnehmung der kognitiven und mnestischen Leistungsbeeinträchtigungen. Dieses kann weitreichende Auswirkungen auf die Interaktion mit pflegenden Angehörigen und die Akzeptanz von Hilfsangeboten in verschiedenen Versorgungssystemen haben.

Analysieren Sie die Rolle des Hausarztes als primärer Ansprechpartner in Gesundheitsfragen. Durch welche Institutionen kann ein Hausarzt weitere Hilfen vermitteln, wenn fehlende Krankheitswahrnehmung die Behandlungsbereitschaft des Kranken einschränkt?

- Kessler H, Supprian T (2003) Zum Problem der Krankheitseinsicht bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ. Fortschritte Neurologie – Psychiatrie 71: 541-548
- Mann E (2010) Diagnostik der Demenz in der Hausarztmedizin: Barrieren und deren mögliche Überwindung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (<http://www.online-zfa.de/article/diagnostik-der-demenz-in-der-hausarztmedizin-barrieren-und/uebersicht-review/2010/11/1203>)

7.2. Mögliche rechtliche Konsequenzen bei Feststellung einer Demenzerkrankung

Eine Beeinträchtigung kognitiver und mnestischer Funktionen hat für die individuelle Lebensführung u.U. weitreichende Konsequenzen. Recherchieren Sie mögliche rechtliche Konsequenzen durch die Feststellung einer Demenzerkrankung. Recherchieren Sie das Verfahren der Einleitung einer Betreuung nach dem Betreuungsrecht (BtG). Was versteht man unter „Testierfähigkeit“ und was unter „Geschäftsfähigkeit“? Welche Inhalte sollte ein ärztliches Attest zur Vorlage beim Betreuungsgericht umfassen?

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Rechtliche Betreuung“

(<http://www.wegweiser-demenz.de/rechtliche-betreuung.html>)

7.3 Welche Funktion haben Selbsthilfeorganisationen und wie findet man Ansprechpartner?

Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft mit Sitz der Geschäftsführung in Berlin ist eine sehr professionelle Selbsthilfeorganisation, die sich um eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer Demenz und deren Angehörigen kümmert. Wie findet man regionale Hilfen?

- HomePage der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft: www.deutsche-alzheimer.de

7.3. Alleine leben trotz einer Demenzerkrankung?

Recherchieren Sie, wie hoch der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung ist (am Beispiel der Stadt Düsseldorf), die alleine leben. Wächst dieser Anteil? Welche Konsequenzen hat die Diagnose einer Demenzerkrankung für einen älteren, allein lebenden Menschen?

- Vgl. Gesundheitsbericht zur Gerontopsychiatrischen Versorgung in Düsseldorf, Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 2001
(http://www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/netzwerke_und_kooperationen/gbe/gerontopsychiatrie.pdf)

7.4. Wichtige Links im Internet für besonders Interessierte:

www.deutsche-alzheimer.de

www.alzheimer-europe.org

www.dzne.de

www.knd-demenzen.de

www.ftld.de

7.5. Spezielle Literatur für besonders Interessierte:

Demenzen. C.-W. Wallesch, H. Förstl (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart

1. Kapitelüberschrift (= Task)

79 Stimmungsschwankung und Depression/ Manie

2. Autor

Dr. med. Joachim Cordes und Priv.-Doz. Dr.med. Jürgen Zielasek
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-34402
Email: joachim.cordes@lvr.de; juergen.zielasek@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

1. Unipolare Depression
2. Bipolare Störung
3. Manie
4. Dysthymie
5. Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung
6. Schizophrenie
7. Angststörung
8. Organische affektive Störung

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

1. Die Krankheitsbilder der wichtigsten affektiven Störungen gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen erläutern
2. Die unterschiedliche Phänomenologie von emotionalen Stimmungsschwankungen bei Depression und Manie erklären
3. Die Bedeutung somatischer und psychischer Komorbidität bei Depressionen erläutern
4. Die Auswirkungen von Depression und Manie auf den Alltag der Betroffenen beschreiben.
5. Die Therapieoptionen und ihre Erfolgsaussichten bei Depression und Manie erläutern.

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1 Definition des Krankheitsbildes und seiner klinischen Unterformen, welche Ausschlussdiagnostik ist erforderlich?

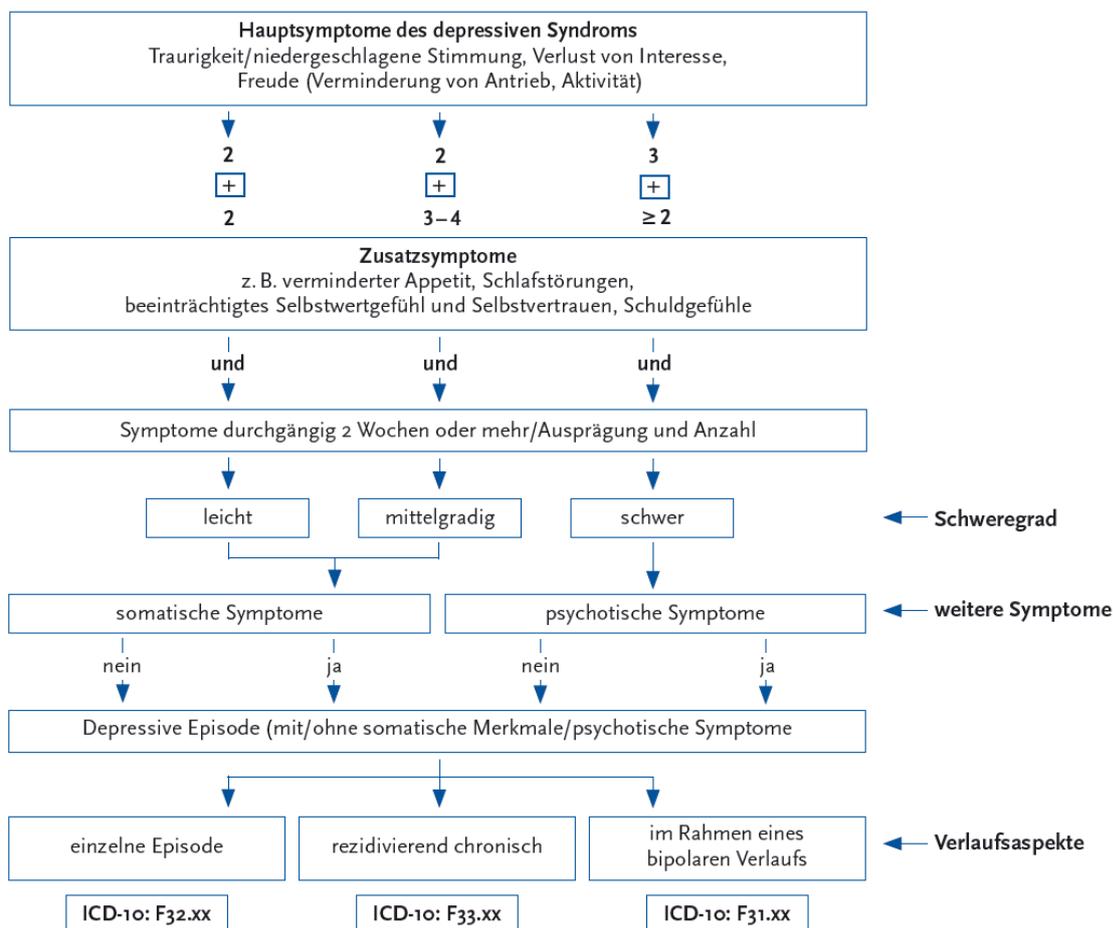
Symptomatik und Diagnosestellung sowie Differenzierung in Depressionen, Manien und bipolare Störungen gemäß ICD-10 (www.dimdi.de)

Ausschluss organischer Ursachen mittels Laboruntersuchungen (z.B. T3/T4/TSH zum Ausschluss einer Schilddrüsenerkrankung) und bildgebender Verfahren (z.B. kraniale Bildgebung zum Ausschluss einer entzündlichen Hirnerkrankung))

Ablaufschema der differenzierten Diagnostik depressiver Störungen nach ICD.-10

Aus: Wittchen HU et al.: Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin, Robert Koch Institut, 2010.

Abbildung 3
Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien
 Quelle: nach [4], S. A1755



Quelle:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/deT/depression.pdf?__blob=publicationFile

5.2. Sind affektive Störungen häufige Erkrankungen?

Affektive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen.

Lebenszeitprävalenz irgendeiner affektiven Störung: 19% (Männer 12%, Frauen 25%)

12-Monatsprävalenz irgendeiner affektiven Störung: 12%, dabei überwiegen die Depressionen (10,9%)

Quelle: Wittchen HU et al.: Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 51, Berlin, Robert Koch Institut, 2010.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/depression.pdf?__blob=publicationFile

5.3. Welche anderen Erkrankungen treten häufig bei Depression und Manie auf?

Besonders häufig und wichtig zu erkennen: Psychische und somatische Komorbidität, z.B.

1. Schilddrüsenerkrankungen
2. Herz- und Kreislauferkrankungen
3. Neurologische Erkrankungen (Hirntumoren, entzündliche Gehirnerkrankungen, M. Parkinson, Schlaganfall)
3. Demenz
4. Angst-Erkrankungen
5. Suchterkrankungen
6. Persönlichkeitsstörungen

5.4. Welche Fragen sollten sie einem Patienten/einer Patientin stellen, wenn Sie das Vorliegen einer Depression / Manie vermuten?

Depression:

Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung bietet z. B. der „Zwei-Fragen-Test“, der mit einer *Sensitivität von 96 %* und einer *Spezifität von 57 %* ein sehr zeitökonomisches Vorgehen darstellt:

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien erforderlich, da nur durch die explizite Erhebung aller relevanten Haupt- und Nebensymptome eine adäquate Diagnosestellung nach ICD-10 möglich ist. Dies geschieht in aller Regel über eine fundierte Exploration des Patienten im Gespräch.

Manie:

Gab es in der letzten Zeit Phasen, in denen Sie sich mehr als sonst aktiv fühlten, eine euphorische Stimmung hatten, künstlerisch aussergewöhnliche kreative Ideen hatten, unangemessen viel Geld ausgegeben haben oder sexuell aussergewöhnlich aktiv waren?

5.5. Welche Vorstellungen gibt es heute zur Ätiopathogenese und den Risikofaktoren von Depression und Manie?

Ätiopathogenetische Modelle

1. Biologische Ursachen
2. Psychologische Ursachen

Risikofaktoren

Affektive Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades

Eigene affektive Vorerkrankungen

Belastende Lebensereignisse

Schwere oder chronische körperliche Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Übersicht zum Nachlesen: Kapitel H1.3. der Leitlinie „Unipolare Depressionen“
<http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/>

5.6. Welche Therapieverfahren gibt es bei Depression und Manie und wie effektiv sind sie?

Depression

1. Medikamentöse Verfahren (Antidepressiva)
2. Nicht-medikamentöse somatische Verfahren (Wachtherapie, Lichttherapie, Elektroheilkampftherapie)
3. Psychotherapeutische Verfahren

Die Erfolgsraten dieser Therapieverfahren liegen bei leichten und mittelschweren Depressionen bei ca. 70%, wobei medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren etwa gleich wirksam sind. Die Wirklatenz dieser Verfahren nach Therapiebeginn liegt bei 2-4 Woche. Bei schweren Depressionen wird in der Regel eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie erforderlich. In besonders schweren oder therapieresistenten Fällen ist die Elektroheilkampftherapie eine sehr gut und rasch wirksame Alternative.

Manie

1. Medikamentös
 - Antipsychotika, insbesondere Haloperidol und Olanzapin
 - „Stimmungsstabilisatoren“: Lithium oder Antiepileptika (Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin)
2. Psychotherapie
3. Elektroheilkampftherapie

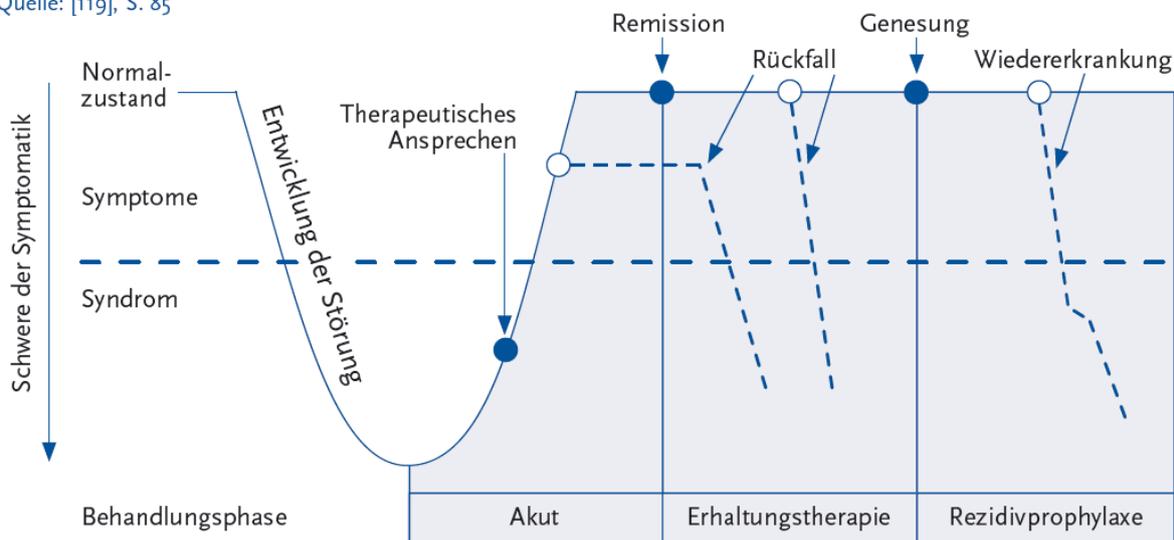
DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2012. <http://www.leitlinie-bipolar.de/downloads/>

Rezidivprophylaxe

Aufgrund des hohen Rezidivrisikos ist in der Regel eine längerfristige medikamentöse Rezidivprophylaxe erforderlich (Depressionen: Antidepressiva; Manie und bipolare Störung: Atypische Antipsychotika, Antiepileptika, Lithium).

Beachten Sie dabei die phasenabhängige Modifikation der Therapie, die sich aufgrund des in der Regel chronisch-rezidivierenden Verlaufs der affektiven Erkrankungen ergibt:

Abbildung 8
Terminologie für Verlauf und Behandlung rezidivierender affektiver Erkrankungen
 Quelle: [119], S. 85



Quelle: Wittchen HU et al.: Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin, Robert Koch Institut, 2010.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadST/depression.pdf?__blob=publicationFile

5.10. Wann ist eine stationäre Therapie erforderlich?

1. Suizidalität
2. Bei schwerer Vernachlässigung oder Verwahrlosung
3. Therapieresistenz
4. Schwere Komorbidität
5. Fehlende ambulante Therapiemöglichkeiten

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1. Klassifikation von Depression, Manie und bipolarer Störung

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt auf der Grundlage der International Classification of Disorders der WHO, aktuell 10. Revision, daher „ICD-10“. Hierfinden Sie den Link zum Kapitel der Zwangsstörungen in der offiziellen deutschen Übersetzung, die das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgibt:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>

6.2. Lehrbuchkapitel (die Nachbearbeitung eines der hier genannten Kapitel ist ausreichend)

Gaebel W, Müller-Spahn F. Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2002. S. 495-508.

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Verlag, 3. Auflage, 2008. S. 633-658.

Kordon A, Wahl K, Hohagen F. Zwangsstörungen. In: Berger M (Hg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier Verlag, 4. Auflage, 2012. S. 555-574.

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 129-138.

6.3. Zum vertiefenden Nachlesen (nur für besonders Interessierte):

DGPPN S3-Leitlinie „Unipolare Depressionen“

<http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/>

DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2012. <http://www.leitlinie-bipolar.de/downloads/>

Wittchen HU et al.: Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 51, Berlin, Robert Koch Institut, 2010.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile

Benkert, O., und Hippus, H.: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 8. Auflage, Springer Verlag Heidelberg, 2010.

Hautzinger, M.: Depressive Störungen. In: Martin Hautzinger (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie. Behandlung psych

Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2011). Psychoedukation bei depressiven Störungen - Erfassung von Interventionsmerkmalen und Behandlungs-kompetenzen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 61 (3-4): 148-153.

Schlarb, A. und Hautzinger, M.: BDI-II. Beck-Depressionsinventar. In: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.): Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. Göttingen 2011, S. 75-78.

7. Reflexion

7.1. Soziale Folgen schwerer Depressionen

Die folgende Tabelle beschreibt die Häufigkeit von Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Erkrankungen. Psychische Störungen und hierunter die depressiven Störungen haben daran einen erheblichen Anteil. Reflektieren Sie über die sozialen Folgen einer Berentung im mittleren Lebensalter, was bedeutet dies für die „Altersversorgung“ Ihrer Patienten mit einer Depression?

Tabelle 4
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2008
 Quelle: [107]

	Frauen	Männer	Gesamt
alle Diagnosen/Behandlungsanlässe	74.816	86.449	161.265
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	31.123	26.286	57.409
Affektive Störungen (F30–F39)	13.398	7.117	20.515
Bipolare affektive Störung (F31)	773	517	1.290
Depressive Episode (F32)	5.575	3.248	8.823
Rezidivierende depressive Störung (F33)	6.104	2.864	8.968

Quelle: Wittchen HU et al.: Depressive Erkrankungen. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin, Robert Koch Institut, 2010.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/depression.pdf?__blob=publicationFile

7.2. Diagnostik

In der aktuellen Behandlungsleitlinie zur Unipolaren Depression findet sich die folgende Liste von Fragen, die im Rahmen eines Explorationsgesprächs bei einem Patienten/einer Patientin mit einer Depression gestellt werden sollen, um das Spektrum der möglichen Symptome zu erfassen.

Reflektieren Sie, wie lange ein solches Gespräch in der ärztlichen Praxis dauern wird, und erproben Sie diese Fragen bei Ihrem nächsten Kontakt mit einem Patienten mit Depressionen!

Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der

7.3. Wie würden Sie einen Patienten mit einer schweren Depression versorgen, der sich in Ihrer Hausarztpraxis mit akuter Suizidalität vorstellt?

In diesem Fall sollte eine sofortige Aufnahme in eine stationäre psychiatrische Behandlung eingeleitet werden. Falls Sie sich nicht sicher sind, wie Sie in dieser klinischen Situation vorgehen müssen, so bearbeiten Sie den Behandlungsanlass 47 „Patient mit Eigen- oder Fremdgefährdung“ .

7.4. Bezug zu anderen Study Guides

Gerade bei affektiven Störungen ist das rechtzeitige Erkennen komorbider psychischer und somatischer Erkrankungen für die Therapieplanung sehr wichtig. Lesen Sie in den entsprechenden Lehrbuchkapiteln sowie in den Study Guides (SGs) nach, wenn Sie sich über die wichtigsten klinischen Zeichen von Erkrankungen wie zerebrovaskulären oder kardiovaskulären Erkrankungen, den Schilddrüsenerkrankungen oder den Suchterkrankungen und den Angst-Störungen nicht mehr sicher sind!

1. Kapitelüberschrift (= Task)

86 Vermindertes Bewusstsein

2. Autor

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Lange-Asschenfeldt
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
 Bergische Landstr. 2
 40629 Düsseldorf
 Tel. 0211-922-2019
 Email: kn50050@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

1. Delir
2. epileptischer Anfall (konvulsiv, nicht-konvulsiv – z. B. komplex-partiell, Absence)
3. zerebrale Raumforderung (Tumoren, Hämatome, Abszesse, Hirnödem, Liquoraufstau)
4. Schädel-Hirn-Trauma
5. zerebrale Ischämie
6. kardiales „Low output“-Syndrom bei Herzrhythmusstörungen, Hypotonie, akuter Herzinsuffizienz
7. Elektrolytstörung (z.B. Hyponatriämie, hyperosmolare Zustände, Ketoazidose, Laktatazidose)
8. Endokrinopathie (z. B. Ketoazidose, hyperosmolare Zustände bei Diabetes mellitus, Hypothyreose, Thyreotoxikose, M. Addison, M. Cushing, Hypo-/Hyperparathyreoidismus)
9. ZNS-Infektion (z. B. bakterielle oder virale Meningoenzephalitiden, Parasitosen)
10. metabolische Enzephalopathien (z. B. hepatische, urämische Enzephalopathie, Porphyrrie)
11. Intoxikationen (z. B. mit Alkohol, Hypnotika, Halluzinogene, Opiate, Psychostimulanzien, sonstige Drogen oder sedierende Psychopharmaka)
12. Vitaminmangelzustände (v. a. B-Vitamine)
13. Hypothermie, Hyperthermie

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

1. Bewusstseinsstörungen definieren und klassifizieren (Schweregrade, quantitativ vs. qualitativ)
2. die wichtigsten Differenzialdiagnosen von Zuständen verminderten Bewusstseins nennen und deren Häufigkeiten/Wahrscheinlichkeiten sowie Dringlichkeit der stationären Behandlung einschätzen
3. Methoden der Notfall- und weiterführenden Diagnostik bei vermindertem Bewusstsein nennen
4. Therapieprinzipien der wichtigsten Ursachen für vermindertes Bewusstsein nennen
5. prognostische Einschätzungen für die wichtigsten Ursachen treffen

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Wie werden Bewusstseinsstörungen definiert?

Bewusstseinsstörung = Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Wahrnehmung der Umwelt.

Unterschieden werden grundsätzlich **quantitative** (s. vor allem Study Guide „Akute Bewusstseinsstörungen“) und **qualitative** Bewusstseinsstörungen.

Bewusstseinsstörungen sind stets als medizinische Notfälle anzusehen und zu behandeln bzw. zunächst mit hoher Dringlichkeit diagnostisch abzuklären. Diagnostisch wegweisend sind fast immer sonstige klinische Symptome, v. a. internistischer und neurologischer Art.

5.2. Wie werden quantitative Bewusstseinsstörungen eingeteilt?

Quantitative Bewusstseinsstörungen sind Störungen der Wachheit und Reaktionsfähigkeit mit gradueller Unterteilung:

- Benommenheit: Psychomotorische Verlangsamung und Verarmung, Teilnahmslosigkeit, verminderte Reagibilität, Antwortlatenz, Orientierung evtl. eingeschränkt, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung
- Somnolenz: Verstärkung der Symptome der Benommenheit; zusätzlich: Schläfrigkeit mit Erweckbarkeit auf Ansprache, affektives Unbeteiligtsein bis Stumpfheit, Orientierungsstörungen je nach Tiefe (in der Reihenfolge des Auftretens: zeitlich, örtlich, autopsychisch = zur Person –situativ)
- Sopor: tiefschlafähnlicher Zustand, Erweckbarkeit evtl. noch auf forcierte Ansprache, immer auf Schmerzreize (lt. Definition), Abwehrbewegungen (Ausprägung je nach Tiefe)
- Koma: wie Sopor, zusätzlich fehlende Erweckbarkeit (Koma-einteilung s. Study Guide „Akute Bewusstseinsstörungen“)

Zur weiteren Diagnostik / Differenzialdiagnostik quantitativer Bewusstseinsstörungen wird auf den Study Guide „Akute Bewusstseinsstörungen“ verwiesen.

5.3. Wie werden qualitative Bewusstseinsstörungen definiert und welche Formen werden unterschieden?

Qualitative Bewusstseinsstörung = Störung der Selbst- und Umweltwahrnehmung bei Wachheit

1. Der Prototyp einer qualitativen Bewusstseinsstörung ist das **Delir** mit einem *hypoaktiven* und einem häufigeren *hyperaktiven* Prägnanztyp. Nach Kriterien der ICD-10 liegen hier eine verminderte Klarheit der Umgebungswahrnehmung vor sowie eine reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren und aufrechtzuerhalten bzw. umzustellen. Das Delir ist eine akute psychoorganische Störung, die durch einen oder zumeist mehrere somatische Faktoren ausgelöst wird (Schwellenkonzept). Neben Bewusstseins- und kognitiven Störungen treten häufig auch psychotische Symptome (z. B. Wahn, Halluzinationen) auf.
2. Der akute **Verwirrtheitszustand** wird diagnostisch nach ICD-10 und DSM-IV unter dem Delir subsumiert. Der Begriff des Verwirrtheitszustandes wird aus praktischen Gründen jedoch häufig benutzt, um etwa weniger schwere Verlaufsformen mit günstigerer Prognose und ohne ausgeprägte psychotische bzw. vegetative Symptomatik abzugrenzen.
3. Eine weitere Form qualitativer Bewusstseinsstörungen ist der sog. **Dämmerzustand**. Hierunter versteht man zeitlich begrenzte (Stunden bis Tage) Bewusstseinsverschiebungen mit herabgesetzter Selbst- und Umweltwahrnehmung bei weitgehend unbeeinträchtigter Handlungsfähigkeit. Patienten verhalten sich „traumwandlerisch“ (jedoch nicht zu verwechseln mit Somnambulismus, der keine Bewusstseinsstörung, sondern eine Parasomnie darstellt), gelegentlich psychomotorisch verlangsamt, aufmerksamkeitsgestört, automatenhaft und z.T. versonnen-verklärt.

5.4. Welche sonstigen Symptome außer der qualitativen Bewusstseinsstörung kennzeichnen das Delir und wie unterscheiden sich die hypoaktive und hyperaktive Form voneinander?

Das Delir ist neben der Bewusstseinsminderung gekennzeichnet durch Störungen der Kognition (v. a. Kurzzeitgedächtnis, Aufmerksamkeit und Orientierung), der Psychomotorik (meist mit Verlangsamung) sowie des Schlaf-Wach-Rhythmus. Obligates Kernmerkmal ist weiterhin eine Fluktuation der klinischen Ausprägung im Tagesverlauf.

Die genauen diagnostischen Kriterien nach ICD-10 können nachgeschlagen werden unter:

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12013/index.htm>

Tab. 1: Symptomatische Unterscheidung der Delirsubtypen

Hyperaktives Delir	Hypoaktives Delir
<ul style="list-style-type: none"> • (ängstliche) Erregung • psychomotorische Unruhe • erhöhte Irritabilität und Schreckhaftigkeit • (oft handlungsweisende) Sinnestäuschungen im Sinne von Halluzinationen und Illusionen • gedankliche Desorganisation • vegetative Begleitsymptomatik <p>Prototyp: Alkoholentzugsdelir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Reagibilität und Kontaktaufnahme • fehlender oder verminderter Blickkontakt • „Abwesenheit“, Apathie, Teilnahmslosigkeit • Passivität • Immobilität • Antwortlatenz • Sinnestäuschungen „auf den ersten Blick“ nicht erkennbar, erst durch genauere Exploration zu erschließen

modifiziert nach: Berzewski H: Der psychiatrische Notfall. Springer 2009

5.5. Welche Ursachen für ein Delir gibt es und welche Untersuchungen sind zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung erforderlich?

Unter therapeutischen und Notfallaspekten hat sich folgende Unterteilung in Hauptursachen bewährt:

1. Delir durch medizinische bzw. somatische Erkrankungen bzw. Faktoren
2. Entzugsdelir
3. Delir bei Demenz
4. postoperatives Delir (früher „Durchgangssyndrom“ genannt, der Begriff ist heute obsolet)
5. Delir bei Intoxikation bzw. substanzinduziert (Prototyp: zentrales anticholinerges Syndrom)

Die ätiologische Bandbreite ist v.a. bei 1) sehr hoch. Als Merkspruch hat sich z. B. bewährt:

„I WATCH DEATH“

Infections (z. B. Pneumonie, Harnwegsinfekt)

Withdrawal (z. B. Alkoholentzug)

Acute metabolic (z. B. Hypoglykämie)

Trauma (Schädel-Hirn-Trauma)

CNS pathology (z. B. Hirntumor - Metastasen)

Hypoxia (im weitesten Sinne, also z. B. auch Anämie, kardiale / pulmonale Ursachen etc.)

Deficiencies (z. B. Vitaminmangelzustände wie B1-/ B12-Mangel)

Endocrinopathies (z. B. Thyreotoxikose)

Acute vascular (zerebrale Ischämie, Hirnblutung)

Toxins or drugs (deliriogene Drogen oder Medikamente, z. B. trizyklische Substanzen)

Heat or heavy metals (Schwermetalle, z. B. Blei, Mangan)

Wichtig sind neben der Erhebung der allgemeinen spezifischen Anamnese und der sorgfältigen klinisch-internistischen und –neurologischen Untersuchungen folgende ergänzenden

Untersuchungen:

Labor:

- Entzündungsparameter (BSG, CRP)
- Blutbild bzw. Diff.-BB
- Glucose
- Elektrolyte
- Nierenwerte (Harnstoff, Kreatinin)
- Leberwerte
- Schilddrüsen screening: TSH
- ggf. Medikamenten- bzw. Drogenscreening
- Vitamin B12-/Folsäurespiegel

An sonstigen apparativen Untersuchungen sollte durchgeführt werden:

- EKG
- Röntgenthorax
- CCT bzw. CMRT
- EEG

5.6. Was sind die typischen Ursachen für einen Dämmerzustand?

1. Epilepsie: Aura, interiktal, Absence, nonkonvulsiver Status epilepticus, komplex-partielle Anfälle
2. Enzephalitis (Anfangsstadien)
3. pathologischer (Alkohol-)rausch = v. a. bei hirnorganischer Vorschädigung
4. dissoziativ

5.7. Wie wird eine Verminderung des Bewusstseins behandelt?

Bei *quantitativen Bewusstseinsstörungen erfolgt keine psychopharmakologische Therapie*, im Vordergrund steht immer die Notfallbehandlung der neurologisch-internistischen Grunderkrankung.

Bei *qualitativen Bewusstseinsstörungen* steht ebenfalls die Grunderkrankung im therapeutischen Fokus, allerdings erfolgt hier ggf. auch eine syndromgeleitete neuropsychiatrische Pharmakotherapie *bei zusätzlichen psychiatrischen Syndromen* (v. a. im Rahmen eines Delirs):

- bei Angst / Agitation: Sedierung (Benzodiazepine, z. B. Lorazepam oder niedrigpotente Antipsychotika, z. B. Pipamperon), ggf. hochpotente Antipsychotika bei massiver Symptomausprägung bzw. psychotischer Symptomatik (z. B. Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon)
- bei Wahn / Halluzinationen: Antipsychotika (z. B. Haloperidol, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon)
- bei psychotischer Symptomatik i. R. von Demenzerkrankungen („Delir bei Demenz“): Risperidon
- *CAVE: niedrige Dosierungen und langsame Dosissteigerung bei älteren Patienten*
- Sonderfall Alkoholentzug: Clomethiazol oder Benzodiazepine (z. B. Lorazepam), bei Halluzinationen ggf. zusätzlich Antipsychotika

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1. Klassifikation von organischen psychischen Störungen

Die Klassifikation organischer psychischer Störungen erfolgt im Block (Unterkapitel) F00-09 der ICD-10-WHO, deren offizielle deutsche Übersetzung auf der Website des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu finden ist (z. B. Delir und Subtypen: F05)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12013/block-f00-f09.htm>

6.2. Lehrbücher

Das Thema „Vermindertes Bewusstsein“ oder „Bewusstseinsstörungen“ wird in den gängigen Lehrbüchern einerseits in den Kapiteln zur Psychopathologie, andererseits zu organischen psychischen Störungen abgehandelt, z. B. in:

Berzowski H: Der psychiatrische Notfall. Springer Verlag, 3. Auflage 2009

Berger H (Hg.): Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie. Elsevier Verlag, 3. Auflage 2008

Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber (Hg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier Verlag, 6. Auflage, 2008.

Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag, 3. Auflage, 2008.

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009.

Neu P (Hg.): Akutpsychiatrie. Schattauer Verlag, 2. Auflage, 2011

Zur Nachbearbeitung dieses Kapitel ist die Durchsicht eines dieser Kapitel ausreichend.

Zur Vertiefung mit Fokus auf die Therapie bei Dämmerzuständen:

Benkert O, Hippus H (Hg.): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer Verlag, 9. Auflage, 2012

Gründer G, Benkert O (Hg.): Handbuch der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer Verlag, 2. Auflage, 2012

7. Reflexion

7.1 Dringlichkeit und Prognose

Vermindertes Bewusstsein ist ein Leitsymptom akuter organisch bedingter psychischer Störungen. Die Ursachen sind äußerst vielfältig und reichen von neurologischen und internistischen Erkrankungen zu Intoxikationen und Arzneimittelnebenwirkungen. Vermindertes Bewusstsein ist stets ein medizinischer Notfall und bedarf der unverzüglichen diagnostischen Abklärung und Therapie. Die Prognose hängt neben der Schwere der Grunderkrankung entscheidend vom Zeitpunkt der therapeutischen Intervention ab. Informieren Sie sich in der klinischen Abteilung, in der Sie den oder die Patientin, der/die Anlass für Ihre Bearbeitung dieses Kapitels war, wie die Überwachung eines deliranten Patienten organisiert ist und welche klinischen Zeichen routinemäßig und regelmäßig (in welchen Zeitintervallen) überprüft werden!

7.2 Terminologie

Die heute gültige Terminologie der zugrundeliegenden Störung wurde in diesem Study Guide vorgestellt und erfolgt in Anlehnung an die ICD-10 (siehe oben). Insbesondere bei qualitativen Bewusstseinsstörungen und hier v. a. beim Delir existieren klinische Jargonbegriffe, die vermieden werden sollten. Die Ausdrücke „HOPS“ (für „hirnorganisches Psychosyndrom“) oder „Durchgangssyndrom“ (bezeichnete einen „Durchgangszustand“, betonte also den interkurrenten Charakter der Störung) und erst recht der Jargon „durchgängig sein“ sind ungenau und obsolet und sollten nicht mehr verwendet werden. Wie würden Sie reagieren, wenn ein Kommilitone oder ein Arzt diese Begriffe verwendet?

7.3. Bezug zu anderen Study Guides

- | | |
|-------|--|
| SG 39 | Akuter Bewusstseinsverlust/-störung (Neurologie) |
| SG 56 | Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Psychiatrie und Psychotherapie) |

1. Kapitelüberschrift (= Task)

89 Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

2. Autor

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Zielasek
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel. 0211-922-2019
Email: juergen.zielasek@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

1. Zwangsstörungen
2. Zwangsgedanken
3. Zwangshandlungen
4. Schizophrenie
5. Depression
6. Angst-Erkrankungen
7. Tic-Störung

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieser Study Guide kann der/die Studierende

1. Die Krankheitsbilder der wichtigsten Zwangsstörungen gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen erläutern
2. Die unterschiedliche Phänomenologie von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bei Zwangsstörungen, Schizophrenien und Tic-Störungen erklären
3. Die Häufigkeit der Komorbidität von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen erläutern
4. Die Gefahr und Häufigkeit der sekundären Arzneimittel- und Alkoholabhängigkeit bei Zwangsstörungen erklären.
5. Mögliche Auswirkungen von Zwangsstörungen auf den Alltag der Betroffenen beschreiben.
6. Die Therapieoptionen und ihre Erfolgsaussichten bei Zwangsstörungen erläutern.

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]**5.1. Wie ist das Krankheitsbild der Zwangsstörungen definiert?**

Definition des Krankheitsbildes und seiner klinischen Unterformen gemäß ICD-10 (www.dimdi.de)

1. F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
2. F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
3. F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
4. F42.8 Sonstige Zwangsstörungen
5. F42.9 Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet

5.2. Welche anderen Erkrankungen treten häufig bei Zwangsstörungen auf?

Besonders häufig und wichtig zu erkennen:

1. Depressionen
2. Angst-Erkrankungen
3. Suchterkrankungen
4. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
5. Tic-Störungen

5.3. Welche phänomenologischen Attribute unterscheiden Zwangssymptome im Rahmen eines Wahnes (z.B. bei einer Schizophrenie) oder bei Tic-Störungen von den Zwangssymptomen, die bei „Zwangsstörungen“ im engeren Sinne laut Kapitel 4 der ICD-10 auftreten?

Schizophrenie: Führend ist die wahnhaftige Überzeugung, dass die Durchführung der Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken von aussen befohlen oder eingegeben wird, oder dass die Durchführung wahnhaft motiviert als sinnvoll oder „normal“ erlebt wird

Zwangsstörung nach ICD-10 F4: Eigene Überzeugung, dass die Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken nicht sinnvoll sind; bei Versuch der Unterdrückung oder Unterlassung der Zwangshandlungen/Zwangsgedanken treten Angst oder Unruhe auf

Tic-Störung: Unwillkürliche motorische oder vokale Tics erscheinen nur scheinbar zwanghaft – der Betroffene kann sie nicht unterdrücken und beim Versuch, diese zu unterdrücken, kommt es nicht zu Angst oder Unruhe

5.4. Welche klinischen Erscheinungsformen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gibt es?

Zwangsgedanken: Grübelzwang, Zählzwang, endlose Überlegungen alternativer Vorgehensweisen in bestimmten Situationen, Vermeiden bestimmter Gedanken, Wiederholung bestimmter Gedanken (z.B., dass man einer anderen Person etwas antun müsse), Gedanken an Sortieren oder Ordnen, Aggressivität (Eigen- oder Fremdschädigung), Sexualität (Vorstellen von sexuellen Handlungen mit Minderjährigen, Vergewaltigungen oder anderen ungewöhnlichen oder verbotenen Sexualpraktiken)

Zwangshandlungen: Kontrollzwang, Sortier- und Ordnungszwang, Waschzwang (z.B. aus Angst vor Verschmutzung oder Verunreinigung bei alltäglichen Berührungen), Wiederholungszwänge, Unterlassungszwänge, Berührungszwänge, verbale Zwänge (Aussprechen bestimmter Worte oder Sätze)

5.5. Welche Fragen sollten sie einem Patienten/einer Patientin stellen, wenn Sie das Vorliegen einer Zwangsstörung vermuten?

1. Verbringen Sie viel Zeit des Tages mit Körperpflege, Wäschewaschen oder Putzen?
2. Kontrollieren Sie ihre eigenen Handlungen sehr häufig immer wieder nach?
3. Haben Sie quälende oder sich Ihnen immer wieder aufdrängende Gedanken, die Sie nicht oder nur schlecht unterdrücken können?
4. Benötigen Sie sehr viel Zeit für alltägliche Verrichtungen?
5. Machen Sie sich häufig Gedanken um die Ordnung oder die Symmetrie von Gegenständen an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Wohnung?

5.6. Welche Vorstellungen gibt es heute zur Pathophysiologie von Zwangsstörungen?

Biopsychosoziales Konzept:

1. (Neuro)Biologische Faktoren: Funktionsstörung frontostriataler Netzwerke mit Disinhibition thalamokortikaler Aktivität. Veränderungen des Serotonin- und Dopaminsystems (Serotoninmangel in den Basalganglien, erhöhte Dopaminkonzentrationen im Nucl. Caudatus und daraus resultierender vermehrter Aktivität der „direkten Bahn“).

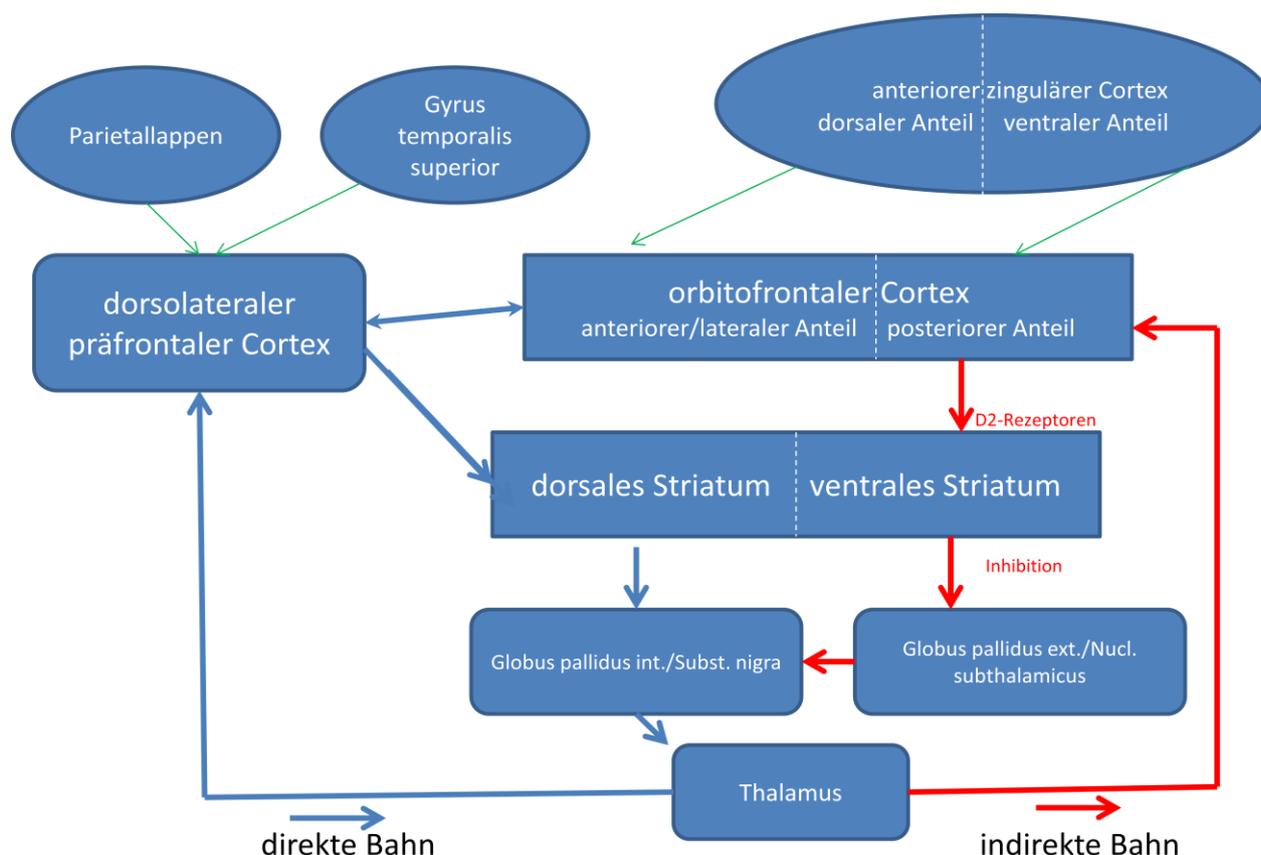


Abb. 1: Pathophysiologisches Modell der Zwangsstörung: Dysbalance der direkten und indirekten Verbindungen zwischen frontalem Kortex und Striatum bei der Zwangsstörung. In der direkten Bahn bestehen aktivierende kortikale Einflüsse auf das Striatum und den Thalamus, die indirekte Bahn hat eine inhibierende Wirkung auf den Thalamus. Bei Zwangsstörungen kommt es zu einer übermäßigen Aktivierung der direkten Bahn und damit zu einer vermehrten Aktivität im Thalamus, die eine Aktivitätszunahme im Kortex zur Folge hat. Die verstärkte Aktivierung subkortikaler Strukturen führt vermutlich zu vermehrtem Auftreten von automatischen Verhaltensweisen und einer Zunahme von Ängsten. Neben den thalamokortikalen Bahnen sind auch Veränderungen im Parietallappen mit Auswirkungen auf die direkte Bahn sowie des limbischen Systems beschrieben worden. Modifiziert nach Karch & Pogarell, Nervenarzt 2011;82:299-307.

2. Psychologische Faktoren: Angst wegen falscher Verknüpfung von harmlosen Vorgängen mit übermäßiger Gefahr, Entwicklung von Vermeidungsverhalten oder Ritualen, um die vermeintliche Gefahr abzuwenden oder zu kontrollieren; „Katastrophendenken“, Angst vor Kontrollverlust

3. Soziale Faktoren: Verschlechterung bei sozialem oder persönlichem Distress, z.B. neue Arbeitsstelle, Beginn eines Studiums u.ä.

Fakultativ für besonders Interessierte:

Übersicht über psychologische und biologische Modelle (in Englisch):

http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/obsessive_compulsive_disorder/obsessive_compulsive_disorder_information_guide/Pages/ocd_causes.aspx

Neurobiologisches Modell:

Karch S, Pogarell U. Neurobiologie der Zwangsstörung. Nervenarzt 2011; 82:299-307.

5.7. Wieso können Zwangsstörungen zu Einschränkungen im Alltag führen?

1. Zeitaufwand für die Zwangshandlungen/Zwangsgedanken (in schweren Fällen viele Stunden pro Tag)
2. Unmöglichkeit, diese zu unterbrechen, auch z.B. bei Alltagsaktivitäten
3. Ablenkung und dadurch bedingte Konzentrationsmängel durch intrusiv auftretende Zwangsgedanken
4. Sekundärer Suchtmittelmissbrauch (vor allem Alkohol oder Sedativa) und dessen Folgen
5. Körperliche Folgen der Zwangshandlungen (z.B. Exsikkationsdermatitis bei Waschzwang)

5.8. Welche Therapieverfahren gibt es bei Zwangsstörungen und wie effektiv sind sie?

1. Psychotherapieverfahren: Kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions- und Reaktionsvermeidungsübungen
2. Pharmakotherapieverfahren: SSRI (höhere Dosierungen als in der antidepressiven Therapie sind erforderlich, ggf. bis zur maximal verträglichen individuellen Höchstdosis; lange Wirklatenz von mehreren Wochen)
3. Augmentation mit Antipsychotika
4. Kombinationsverfahren (Psycho- und Pharmakotherapie)
5. Tiefenhirnstimulation

Insbesondere die Psychotherapie ist sehr effektiv, wenn sie als kognitive Verhaltenstherapie mit Expositions- und Reaktionsvermeidungsübungen durchgeführt wird (langfristige Therapieerfolge bei ca. 50% der Patienten). Die Pharmakotherapie ist ähnlich effektiv, insbesondere bei komorbider Depression oder bei Vorwiegen von Zwangsgedanken (ca. 50% Ansprechrage). Die Therapie mit SSRI ist meist schneller verfügbar als ein Psychotherapie-Behandlungsplatz. Beides sind heute Therapieoptionen der 1. Wahl. Eine Augmentation mit Antipsychotika wird insbesondere bei komorbider Tic-Störung empfohlen. Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie ist insbesondere bei schweren oder therapieresistenten Fällen empfehlenswert. Die Tiefenhirnstimulation bei Zwangsstörungen ist noch in Entwicklung und sollte schweren Fällen mit Nicht-Ansprechen auf Pharmako- und Psychotherapieverfahren vorbehalten bleiben, die Ansprechraten liegen bei etwa 60%. Die Tiefenhirnstimulation ist ein reversibles, effektives und nebenwirkungsarmes Verfahren und sollte die älteren ablativen neurochirurgischen Verfahren ersetzen.

Fakultativ zum vertiefenden Selbststudium:

Rosa-Alcázar A, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F: Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(8): 1310–25.
 Külz AK, Voderholzer U. Psychotherapie der Zwangsstörung. *Nervenarzt* 2011;82:308-318.
 Kordon A, Zurowski B, Wahl K, Hohagen F. Evidenzbasierte Pharmakotherapie und andere somatische Therapieverfahren bei Zwangsstörungen. *Nervenarzt*. 2011; 82:319-20, 322-4.

Schläpfer TE, Kayser S. Die Entwicklung der tiefen Hirnstimulation bei der Behandlung therapieresistenter psychiatrischer Erkrankungen. *Nervenarzt* 2010; 81: 696-701.

5.9. Wann ist eine stationäre Therapie erforderlich?

1. Suizidalität
2. Bei schwerer Vernachlässigung oder Verwahrlosung
3. Therapieresistenz
4. Schwere Komorbidität (Depression, Suchterkrankung)
5. Fehlende ambulante Therapiemöglichkeiten

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

6.1. Klassifikation von Zwangsstörungen

Die Klassifikation psychischer Störungen erfolgt auf der Grundlage der International Classification of Disorders der WHO, aktuell 10. Revision, daher „ICD-10“. Hier finden Sie den Link zum Kapitel der Zwangsstörungen in der offiziellen deutschen Übersetzung, die das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgibt:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>

6.2. Epidemiologie und Versorgungsrealität bei Zwangsstörungen

Lebenszeitprävalenz ca. 1-2%

Langes Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlungsbeginn (durchschnittlich 6 Jahre)

Häufiges Nicht-Erkennen der Erkrankung durch behandelnde Ärzte

Verheimlichung der Symptome durch Betroffene (Selbststigmatisierung)

Nicht ausreichende Umsetzung evidenzbasierter Therapieverfahren in der Versorgungspraxis (nur in ca. der Hälfte der Behandlungsfälle)

Fakultativ für besonders Interessierte und Quelle dieser Angaben:

Voderholzer U, Schlegl S, Külz AK. Epidemiologie und Versorgungssituation von Zwangsstörungen. Nervenarzt 2011; 82: 273-280.

Wahl K, Kordon A, Kuelz KA, Voderholzer U, Hohagen F, Zurovski B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognised disorder: a study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. Eur Psychiatry. 2010 Nov;25(7):374-7.

6.3. Die Zwangsstörung im Film

Besser geht's nicht; USA, 1997 (Hauptdarsteller: Jack Nicholson, Helen Hunt)

http://de.wikipedia.org/wiki/Besser_geht%2%80%99s_nicht

Eine Komödie, die typische Zwangssymptome in humoristischer Weise darstellt, aber auch durchaus ernsthaft die Frage der Beziehungsfähigkeit aufwirft, wenn der Alltag durch Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bestimmt wird. Sehr empfehlenswert!

6.4. Die Zwangsstörung als „neurotische“ Störung

Bei der Beschäftigung mit der Literatur zum Thema „Zwangsstörungen“ wird Ihnen auffallen, dass die Zwangsstörungen zu den „neurotischen“ Störungen zählen. Erkundigen Sie sich in Ihrem Psychiatrielehrbuch über diesen Begriff: Wie würden Sie ihn definieren? Warum zählt man die Zwangsstörungen in diese Gruppe psychischer Störungen? Einen guten Einstieg in diese Thematik finden Sie auch in der Wikipedia (<http://de.wikipedia.org/wiki/Neurose>).

6.5. Lehrbuchkapitel

Übersicht über themenbezogene Kapitel in gängigen Lehrbüchern – eines davon sollte gelesen werden.

Frauenknecht S, Brunnhuber S. Zwangsstörungen. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber (Hg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Thieme Verlag S. 6. Auflage, 2008. S. 249-259.

Hohagen F. Zwangsstörungen. In: Gaebel W, Müller-Spahn F. Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Stuttgart, Kohlhammer Verlag, 2002. S. 495-508.

Kapfhammer HP. Zwangsstörung. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Verlag, 3. Auflage, 2008. S. 633-658.

Kordon A, Wahl K, Hohagen F. Zwangsstörungen. In: Berger M (Hg.). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier Verlag, 4. Auflage, 2012. S. 555-574.

Möller HJ, Laux G, Deister A. Duale Reihe. Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 4. Auflage, 2009. S. 129-138.

6.6. Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Fakultativ für besonders Interessierte:

Walitza, Susanne; Melfsen, Siebke; Jans, Thomas; Zellmann, Henrike; Wewetzer, Christoph; Warnke, Andreas. Zwangsstörung im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(11): 173-9; DOI: 10.3238/arztebl.2011.0173; <http://www.aerzteblatt.de/archiv/81312>

7. Reflexion

7.1. Bezug zu neurologischen Erkrankungen

Reflektieren Sie über die Unterscheidung von Zwangshandlungen und anderen repetitiven Bewegungen, die Sie z.B. in der Neurologie oder der Psychiatrie kennengelernt haben: Tremor, Tics (Tourette-Syndrom), Myoklonien und Myorhythmien, Iterationen, Stereotypien (z.B. bei Patienten mit Schizophrenie oder Autismus). Warum werden diese klinischen Bilder nicht zu den Zwangsstörungen gezählt?

7.2. Kleptomanie

Wieso zählt das „zwanghafte Stehlen“ (Kleptomanie) nicht zu den Zwangsstörungen? Informieren Sie sich über die Diagnosekriterien und der Einordnung der Kleptomanie mit Hilfe der im Internet verfügbaren ICD-10-Kataloge des DIMI (www.dimdi.de)!

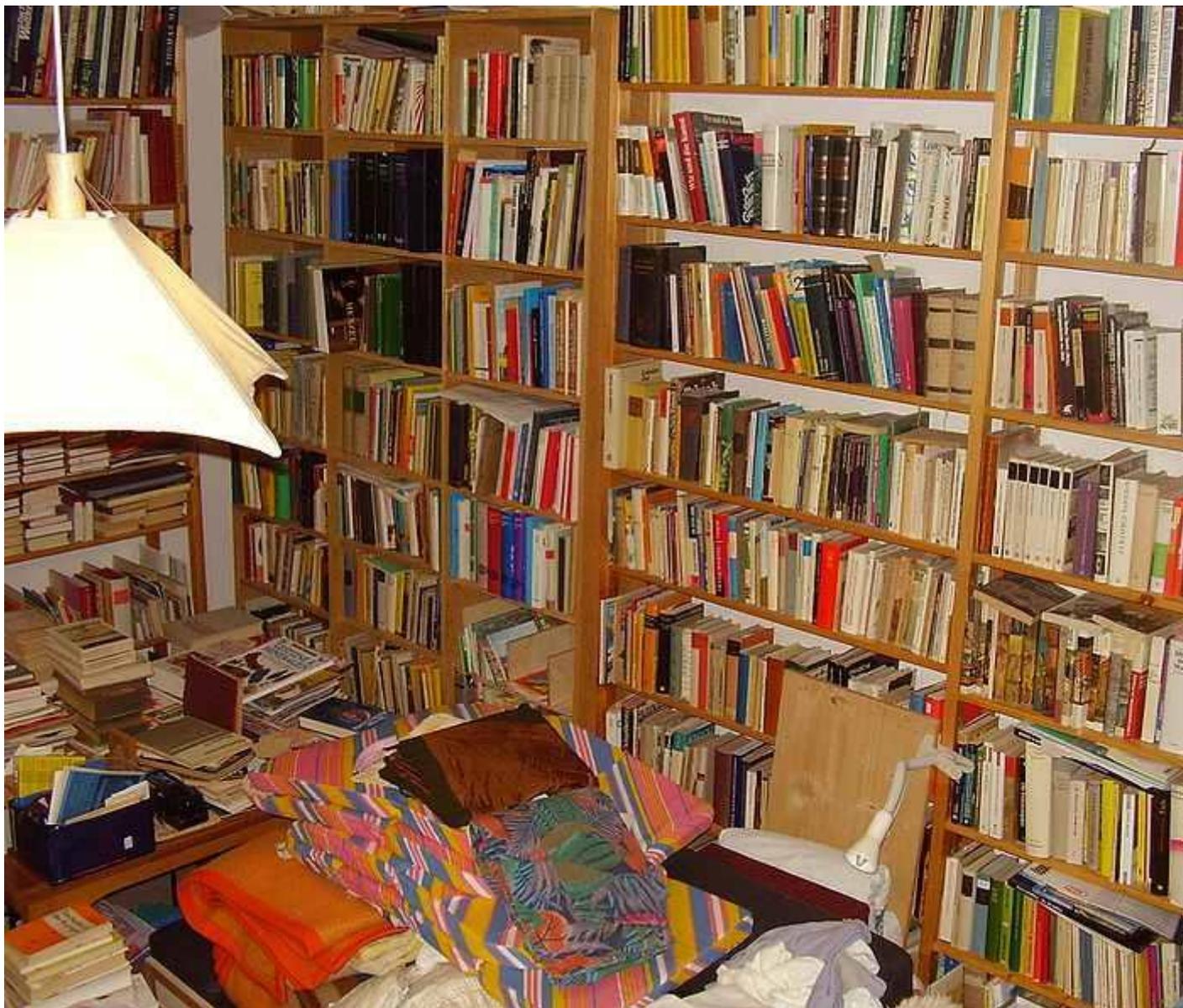
7.3. Bezug zu anderen Study Guides

Gerade bei der Zwangsstörung ist das rechtzeitige Erkennen komorbider Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen sehr wichtig, da diese Erkrankungen häufig komorbid mit Zwangsstörungen auftreten. Lesen Sie in den entsprechenden Lehrbuchkapiteln sowie in den Study Guides (SGs) nach, wenn Sie sich über die wichtigsten klinischen Zeichen dieser Erkrankungen nicht mehr sicher sind!

SG 55	Bewegungsstörung und unwillkürliche Bewegung (Neurologie)
SG 56	Denk- und Wahrnehmungsstörungen (Psychiatrie und Psychotherapie)
SG 79	Stimmungsschwankung und Depression/Manie (Psychiatrie und Psychotherapie)

7.4. Das sogenannte „Messie-Syndrom“ – eine Zwangsstörung?

Zwanghaftes Horten kann zur Verwahrlosung der Wohnung führen (in der populärwissenschaftlichen Literatur häufig als „Messie-Syndrom“ bezeichnet). Hier sehen Sie zwei Fotos, die in Wohnungen von Betroffenen mit Zwangsstörungen aufgenommen worden sein könnten. Wieso kann eine Zwangsstörung so unterschiedliche Auswirkungen haben?



http://www.google.de/imgres?q=Messie+Wohnung+Wikipedia&hl=de&sa=X&biw=1441&bih=684&tm=isch&prmd=imvns&tbnid=IJ3-AUabprWLSM:&imgrefurl=http://de.wikipedia.org/wiki/Messie-Syndrom&docid=nkd2ITb6o8l8VM&imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/e/e0/Messie_Syndrom_Arbeitszimmer_10.JPG/220px-Messie_Syndrom_Arbeitszimmer_10.JPG&w=220&h=165&ei=teCeUM2hDM7Vsgbi9oCADg&zoom=1&iact=hc&vpx=210&vpy=183&dur=2801&hovh=132&hovw=176&tx=122&ty=149&sig=104563645763493592264&page=1&tbnh=132&tbnw=176&start=0&ndsp=26&ved=1t:429,r:0,s:0,i:69



QUELLE:

http://www.google.de/imgres?q=Messie+Wohnung+Wikipedia&hl=de&sa=X&biw=1441&bih=684&tbid=IJ3-AUabprWLSM:&imgrefurl=http://de.wikipedia.org/wiki/Messie-Syndrom&docid=nkd2ITb6o818VM&imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/e/e0/Messie_Syndrom_Arbeitszimmer_10.JPG/220px-Messie_Syndrom_Arbeitszimmer_10.JPG&w=220&h=165&ei=teCeUM2hDM7Vsgbi9oCADg&zoom=1&iact=hc&vpx=210&vpy=183&dur=2801&hovh=132&hovw=176&tx=122&ty=149&sig=104563645763493592264&page=1&tbnh=132&tbnw=176&start=0&ndsp=26&ved=1t:429,r:0,s:0,i:69

7.5. Gesprächsführung mit Betroffenen, die über Zwangsstörungen berichten

Gerade bei psychischen Störungen wird den Betroffenen häufig von Angehörigen oder gut meinenden Arbeitskollegen geraten, sie müssten sich nur mehr anstrengen, dann könnten sie ihre Symptome selber heilen.

Wieso klappt das bei der Zwangsstörung nicht, und wieso sollten Sie als Arzt einem Betroffenen auf keinen Fall mit dieser Empfehlung begegnen?

7.6. Zum vertiefenden Nachlesen (nur für besonders Interessierte):

Das Buch geht inhaltlich weit über die Beschreibung der Therapie hinaus – eine sehr gute Einführung auch in die Diagnostik und Differentialdiagnostik der Zwangsstörungen, sehr empfehlenswert.

Förstner U, Külz AK, Voderholzer U. Störungsspezifische Behandlung der Zwangsstörung. Ein Therapiemanual. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2011. 288 Seiten, EUR 42,90.

Rezension: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/117044/Zwangsstoerungen-Empfehlenswertes-Arbeitsbuch?src=search>

1. Kapitelüberschrift (= *Task*)

31 Verhaltensauffälligkeiten beim Kind

2. AutorInnen

Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Hapfelmeier und Dr. phil. U. Bowi
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Tel 0211 922 4503
Fax 0211 922 4514
gerhard.hapfelmeier@lvr.de
ulrike.bowi@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem *Task*

1. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
2. einfache Aktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörung
3. Sozialverhaltensstörung /early starter- SVS
4. emotionale Störung des Kindesalters
5. Auffälligkeiten bei Teilleistungsstörungen
6. Tic-Störungen
7. tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismusspektrumstörungen)

4. *Task*-bezogene Lernziele:

Nach der Bearbeitung dieses Kapitels können die Studierenden

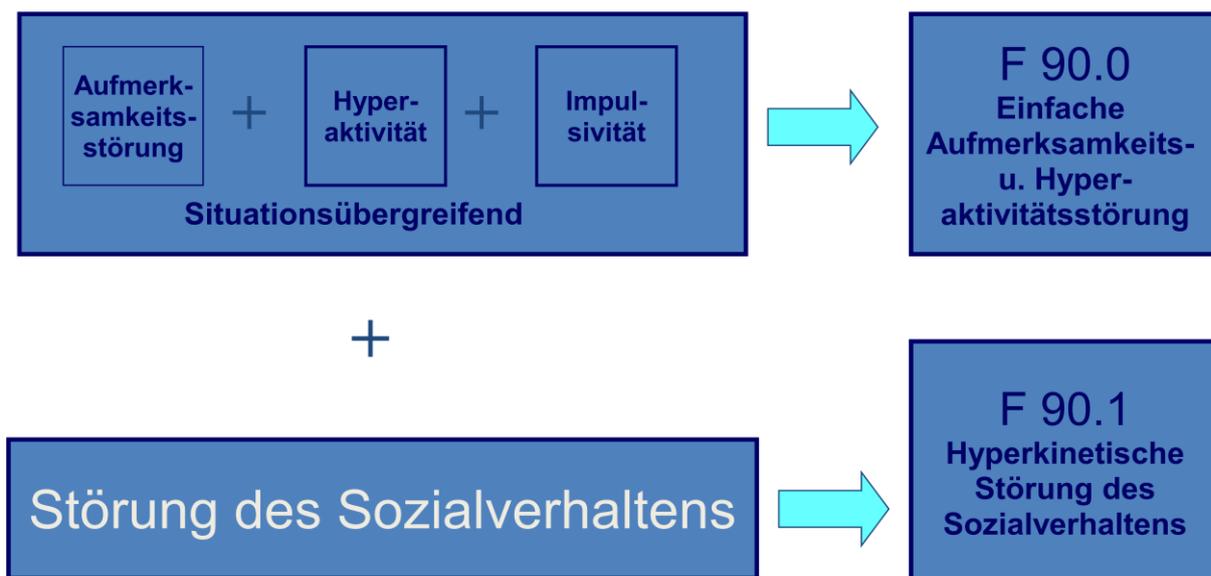
1. Die wichtigsten Störungsbilder, bei denen Verhaltensauffälligkeiten auftreten, gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen erkennen, einordnen und erläutern
2. Die Häufigkeit der Komorbiditäten (Angst, Depression, Substanzmissbrauch) nennen
3. Relevanz und Folgephänomene von Teilleistungsstörungen erkennen und erläutern
4. Therapieoptionen (psychotherapeutisch und medikamentös) und die Prognose erläutern

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Definition der Krankheitsbilder in Anlehnung an ICD-10

- hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)
- einfache Aktivitäts-/ Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)

Diagnose nach ICD-10



- verschiedene Formen von Störung des Sozialverhaltens (F91.X)
- kombinierte Störungen von Sozialverhalten und der Emotionen (F92.X)
- verschiedene Formen von Störung der Emotionen (F93.X)

ICD-10 online: www.dimdi.de

5.2. Möglichkeiten der Diagnostik und wichtige Differenzialdiagnosen

- Psychopathologischer Befund
- Verhaltensbeobachtung
- Testpsychologie
- Entwicklungsdiagnostik

Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 WHO

1. Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom
2. Achse: umschriebene Entwicklungsstörung
3. Achse: Intelligenzniveau
4. Achse: körperliche Symptomatik
5. Achse: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände: psychische Erkrankung in der Familie, verzerrte Kommunikation, abweichende Elternsituation
6. Achse: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung:
0=hervorragend, 8=ständige Betreuung

- Literatur:
Schmidt, M. H. (2008). Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendliche. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 3-9.

5.3. Techniken der Anamnese und Untersuchung beim Kind

- besondere Berücksichtigung der Fremdanamnese
- besondere Berücksichtigung des Entwicklungsstands des Kindes
- besondere Anpassung in der Gesprächsführung an den Entwicklungsstand des Kindes

5.4. Ätiologie der betreffenden Störungsbilder

- Besondere Relevanz und Berücksichtigung des *biopsychsozialen Störungskonzepts* bei kindlichen Störungsbildern
- Besondere Relevanz der Entwicklungspsychopathologie
(Abgrenzung normaler von pathologischer Entwicklung)
- Besondere Relevanz der Entwicklungspsychopharmakologie

5.5. Behandlungsansätze

- Psychotherapieverfahren
- Einbeziehung der Bezugspersonen (Eltern, weitere Bindungspersonen, Schule und Jugendamt)
- Pharmakotherapie bei Minderjährigen (u.a. Berücksichtigung des ‚Off Label Use‘)
- besondere Wichtigkeit eines multimodalen Behandlungsplanes

Literatur:

Mattejat, F. (2008). Individuelle Psychotherapie. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 45-62.

Warnke A. (2008). Medikamentöse Therapie. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 30-44.

5.6. Indikationsstellung für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung

- Fokus auf störungsbedingte akute Eigen- und Fremdgefährdung
- Berücksichtigung komorbider Erkrankungen
- Berücksichtigung der alters- und entwicklungsbezogenen Alltagsbewältigung
- Berücksichtigung der Belastung des sozialen Systems

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

- Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (2008) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme.
- <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html>

7. Reflexion

7.1. Aufgaben zur Reflexion

- Reflexion der besonderen ethischen, sozialen und nicht zuletzt volkswirtschaftlichen Bedeutung. Konkret: U. a. Abschätzung von Folgekosten bei störungsbedingtem Schulabbruch gegenüber dem „Wert“ der schulischen Reintegration.
- Zwangsbehandlungen, freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen, Sorgerechtseingriffe:
Wer sind die zuständigen Behörden: Jugendamt, Familiengericht
- Reflexion besonderer Aspekte von Migrationshintergründen (u. a. kultursensitive Aspekte, Zweisprachigkeit etc.)

7.2. Bezüge zu anderen Fächern und Study Guides

- Neuropädiatrie
- Sozialpädiatrie

1. Kapitelüberschrift (= Task)

32 Wachstums-/ Gedeih- und Entwicklungsverzögerungen

2. AutorInnen

Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Hapfelmeier und Dr. phil. U. Bowi
 Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychosomatik und Psychotherapie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
 Tel 0211 922 4503
 Fax 0211 922 4514
gerhard.hapfelmeier@lvr.de; ulrike.bowi@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

- 1) Ausscheidungsstörungen
- 2) frühe Regulationsstörungen
- 3) tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismusspektrumstörungen)
- 4) Z. n. Frühgeburtlichkeit

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Bearbeitung dieses Kapitels können die Studierenden

1. Die wichtigsten Entwicklungsstörungen- und Verzögerungen gemäß ICD-10 und ihre wichtigsten klinischen Erscheinungsformen erkennen, einordnen und erläutern
2. Die Häufigkeit der Komorbiditäten (Auto- und Fremdaggression, emotionale und soziale Auffälligkeiten, Angst, Depression) nennen
3. Relevanz und Folgephänomene erkennen und erläutern
4. Therapieoptionen (psychotherapeutisch und medikamentös) und Prognose erläutern, Einbeziehung außerklinischer Helfersysteme (Frühförderung, Jugendhilfe, Heilpädagogisch, Förderschulsystem) kennen

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Definition der Krankheitsbilder in Anlehnung an ICD-10

- Enuresis (F98.0)
- Enkopresis (F98.1)
- exzessives Schreien, Fütterstörung, Schlafstörung (F43.2)
- frühkindlicher Autismus (F84.0)
- Asperger-Autismus (F84.5)
- Störungsbilder, bei denen Frühgeburtlichkeit als Risikofaktor gilt (z. B. ADHS)

ICD-10 online: <http://www.dimdi.de>

5.2. Möglichkeiten der Diagnostik und wichtige Differenzialdiagnosen

- Wichtigkeit der pädiatrischen und neuropädiatrischen Diagnostik
- Besondere Berücksichtigung der Entwicklungsdiagnostik
- Kenntnis über die qualitativen Merkmale autistischer Störungen
 - Qualitative Beeinträchtigung von Interaktion und Kommunikation
 - Fehlende emotionale Gegenseitigkeit
 - Beeinträchtigung der ‚theory of mind‘
 - Stereotypien und Rituale
 - Komorbidität mit geistiger Behinderung
 - Differenzialdiagnostische Abgrenzung zu sozialer Ängstlichkeit, elektiven Mutismus, Intelligenzminderung

5.3. Techniken der Anamnese und Untersuchung beim Kind

- besondere Berücksichtigung der Fremdanamnese
- besondere Berücksichtigung des Entwicklungsstands des Kindes
- besondere Anpassung in der Gesprächsführung an den Entwicklungsstand des Kindes
- besondere Berücksichtigung der Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung (bei autistischen Störungen)

5.4. Ätiologie der betreffenden Störungsbilder

- Kenntnis des *biopsychsozialen Störungskonzepts*
- Besondere Relevanz der Entwicklungspsychopathologie (Abgrenzung normaler von pathologischer Entwicklung) und Entwicklungspsychopharmakologie
-
- Literatur:
Warnke A. (2008). Medikamentöse Therapie. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. (30-44) Stuttgart: Thieme.

5.5. Behandlungsansätze

- Enuresis + Enkopresis

Überwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

- frühe Regulationsstörungen

Überwiegend interaktionsbasierte Interventionen

- Literatur:
Von Hofacker N. & Papousek M. (2008). Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 121-132.

- autistische Störungsbilder

Förderung zur verbesserten Alltagsanpassung

- Literatur:
Remschmidt H. & Kamp-Becker I. (2008). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Autismus-Spektrum-Störungen. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 134-146.

5.6. Indikationsstellung für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung

- Fokus auf störungsbedingte akute Eigen- und Fremdgefährdung
- Berücksichtigung komorbider Erkrankungen
- Berücksichtigung der alters- und entwicklungsbezogenen Alltagsbewältigung
- Berücksichtigung der Belastung des sozialen Systems

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

- Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (2008) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. (s.o.)
- Poustka F., Schmidt M. (2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Bölte S. (2009) Autismus. Bern: Huber
- <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html>
- Film/DVD „Vincent will Meer“)

7. Reflexion

7.1. Reflexion

- Reflexion der besonderen ethischen, sozialen und nicht zuletzt volkswirtschaftlichen Bedeutung der Behandlung und auch ausbleibenden, unzureichenden oder verzögerten Behandlung psychischer bzw. psychosozialer Beeinträchtigungen von Minderjährigen und deren Familien.

Überlegen Sie, wie oft die Kenntnis über die hier behandelten KJP-relevanten Störungsbilder überflüssige Mehrfach- und Zusatzuntersuchungen vermeiden hilft. Z. B. Kenntnis über die Mutter-Säugling-Interaktionsproblematik bei Fütterstörungen hilft unnötige Untersuchungen des Säuglings und ggf. Klinikaufenthalte zu vermeiden.

- Reflexion der ethischen und rechtlichen Grenzbereiche in Diagnostik und Behandlung von Minderjährigen
(Meldepflichten, Offenbarungspflichten, rechtfertigender Notstand, Sorgerechteinriffe, Zwangsbehandlungen, freiheitsentziehende Maßnahmen)

Versetzen Sie sich in die Perspektive des betroffenen Kindes, z. B. mit einer autistischen Störung: Was kann das Kind? Was will es können? Was muss es können? Unterscheiden Sie zwischen dem Leidensdruck bei dem Kind und dem bei den Eltern. Was erwarten die Eltern von ihrem Kind? Was erwarten die Eltern von Ihnen als Arzt? Welche Erwartungen können Sie überhaupt erfüllen?

Fragen Sie sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stets: wer will was? Wessen Anliegen kann ich als Arzt erfüllen? Wen brauche ich hierfür noch (z. B. Jugendamt, Schule)? Liegt überhaupt eine Krankheit oder eine Störung beim Kind vor?

7.2. Bezüge zu anderen Study Guides

- Neurologie
- Pädiatrie
- Neuropädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Sozialpädiatrie

1. Kapitelüberschrift (= Task)

42 Kindesmisshandlung

2. AutorInnen

Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Hapfelmeier und Dr. phil. U. Bowi
 Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychosomatik und Psychotherapie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
 Tel 0211 922 4503
 Fax 0211 922 4514
 gerhard.hapfelmeier@lvr.de
 ulrike.bowi@lvr.de

3. Zuordnung von Krankheitsbildern zu diesem Task

- 1) Misshandlung durch Gewalt
- 2) Misshandlung durch Vernachlässigung
- 3) emotionale Misshandlung/Missbrauch
- 4) sexueller Missbrauch
 - innerhalb der Familie
 - außerhalb der Familie
 - institutionell
 - einmalig/sporadisch
 - langanhaltend/regelmäßig
- 5) Störungsbilder/Bedingungen als Risikofaktor für Kindesmisshandlung
- 6) Folgestörung/-Phänomene von Kindesmisshandlung
- 7) protektive Faktoren (Resilienz) oder protektive Bedingungen
- 8) primäre und sekundäre Prävention
- 9) rechtliche Aspekte
 - Schweigepflicht
 - Anzeigepflicht
 - rechtfertigender Notstand

4. Task-bezogene Lernziele:

Nach Durcharbeiten dieses Kapitel können die Studierenden

1. verschiedenen Formen der Misshandlung/des Missbrauchs im Kindesalters erläutern
2. die rechtlichen Implikationen von Kindesmisshandlung/Kindesmissbrauch darstellen
3. die einzubeziehenden Institutionen (Jugendamt, Kinderschutz) benennen
4. die klinischen/phänomenologischen Erscheinungsformen von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sowie hinsichtlich körperlicher Folgen erläutern:
 - posttraumatische Belastungsstörung
 - Bindungsstörungen
 - emotionale Störung/depressive Entwicklung
 - Entwicklungsverzögerung
 - Gedeihstörung
 - Minderwuchs
 - Verzögerung in motorischer, sprachlicher und Sauberkeitsentwicklung
 - Sozialverhaltensstörung
 - Persönlichkeitsentwicklungsstörung

5. Besonderheiten beim klinischen Management [Key Features]

5.1. Definition der Begrifflichkeiten Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch

5.2. Kenntnisse zu den epidemiologischen Daten

Literatur: König, C., Fegert, J.M. (2008). Sexueller Missbrauch. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme. S. 452-462.

5.3. Möglichkeiten der Diagnostik unter besonderer Berücksichtigung möglicher Fehlerquellen

- Bedeutung von Verhaltensauffälligkeiten und unspezifischen Symptomen
- Fremd-/Eigenexploration
- Verhaltens- / Interaktionsbeobachtung
- Kritische Betrachtung von „Checklisten“
- Einbeziehung der Möglichkeit von Falschanzeigen

Literatur: Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: new theory and research. New York: Free Press.
 Bange, D. & Körner, W. (Hrsg.). (2002). Handwörterbuch Sexuellen Missbrauch (S. 162-171). Göttingen: Hogrefe.

5.4. Behandlungsansätze

- Opferschutz/Trennung von Täter und Opfer
- symptomatische Behandlung
- Behandlung körperlicher Folgeschäden
- Heranziehen wichtiger Bezugspersonen
- Vermeidung von Retraumatisierung/Reaktivierung

Literatur: Reiner, F. (2008). Therapie psychischer Störungen bei körperlicher Misshandlung. In: Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (Hrsg.) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. (445-450) Stuttgart: Thieme.

5.5. Kenntnisse über Kooperationen / institutionelle Helfersysteme

- Jugendhilfe
- Kinderschutzbund / Beratungsstellen zur Vermeidung von Gewalt und Missbrauch
- Familiengericht
- Gesundheitsamt
- Kinderklinik
- Gerichtsmedizin

6. Wichtige Quellen zur Nachbereitung

- Remschmidt H., Mattejat F., Warnke A. (2008) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme.
- <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie.html>

7. Reflexion

7.1. Welche medizinisch-psychiatrischen, psychischen, ethischen und sozialen Folgen von frühen Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen in der Familie erwarten Sie bei Kindern?

7.2. Reflexion der ethischen und rechtlichen Grenzbereiche in Diagnostik und Begleitung von Minderjährigen mit Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen (Meldepflichten, Offenbarungspflichten, rechtfertigender Notstand, Sorgerechteinriffe)

Wenn Gefahr im Verzug ist, muss ich als Arzt handeln. Welche Möglichkeiten habe ich, das Kind zu schützen?

Wenn der Schutz des Kindes vorläufig gegeben ist, z.B. durch Unterbringung in einer Klinik, muss ich als Arzt Schweigepflichtaspekte beachten und muss/darf nicht überstürzt Dritte einbeziehen.

7.3. Reflexion von Kooperation und Schnittstellen mit Kinderklinik, Rechtsmedizin, Jugendhilfe, Justiz und Polizei. Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, ist dies an die Jugendbehörde zu melden. Alle weiteren Maßnahmen (Einbeziehung von Rechtsmedizin oder Justiz werden von der Jugendbehörde koordiniert.

7.4. Bitte beachten Sie auch die Bezüge dieses Themas zu den folgenden Study Guides:

- Rechtsmedizin
- Pädiatrie
- Kindertraumatologie
- Kinderchirurgie
- Kindergynäkologie